

**João André Santos de Oliveira**

**ENCONTROS ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE E PESSOAS  
EM SITUAÇÃO DE RUA NO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR,  
BAHIA: VIOLÊNCIAS, POTÊNCIAS E INSURGÊNCIAS**

Tese apresentada à Universidade Federal  
de São Paulo – Escola Paulista de  
Medicina, para obtenção do título  
acadêmico de Doutor em Ciências.

São Paulo

2021

**João André Santos de Oliveira**

**ENCONTROS ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE E PESSOAS  
EM SITUAÇÃO DE RUA NO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR,  
BAHIA: VIOLÊNCIAS, POTÊNCIAS E INSURGÊNCIAS**

Tese apresentada à Universidade Federal  
de São Paulo – Escola Paulista de  
Medicina, para obtenção do título  
acadêmico de Doutor em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Rosemarie  
Andreazza

Coorientadora: Profa. Dra. Lumena  
Almeida Castro Furtado

São Paulo

2021

Santos de Oliveira, João André

Encontros entre trabalhadores de saúde e pessoas em situação de rua no Centro Histórico de Salvador, Bahia: violências, potências e insurgências / João André Santos de Oliveira. – São Paulo, 2021. xix, 290f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Meetings between health workers and homeless people in the Historic Center of Salvador-BA: violence, powers and insurgencies.

1. Atenção à saúde. 2. Educação permanente. 3. Pessoas em situação de rua. 4. Pesquisa qualitativa. 5. Centros de atenção psicossocial.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Chefe de Departamento:**

Profa. Dra. Rosemarie Andreazza

**Coordenadora do curso de pós-graduação:**

Profa. Dra. Zila van der Meer Sanchez

**João André Santos de Oliveira**

**ENCONTROS ENTRE TRABALHADORES DE SAÚDE E PESSOAS  
EM SITUAÇÃO DE RUA NO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR,  
BAHIA: VIOLÊNCIAS, POTÊNCIAS E INSURGÊNCIAS**

Presidente da banca:

Profa. Dra. Rosemarie Andreazza

---

Banca examinadora:

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

---

Prof. Dra. Laura Camargo Macruz Feuerwerker

---

Profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato

---

Prof. Dr. Luís Augusto Vasconcelos da Silva

---

Data de aprovação: 09 de agosto de 2021.

## **Dedicatória**

Dedico esta tese às existências insurgentes que conheci nas minhas andanças pelo Centro Histórico de Salvador e, posteriormente, pelo território de Itapuã. Especialmente, às trabalhadoras e aos trabalhadores do CAPSad Gregório de Matos e do Consultório na Rua do Pelourinho (aqui, representando todas as equipes de CnaR de Salvador), que resistem, persistem e seguem, a cada dia, se reinventando e produzindo novos possíveis.

## **Agradecimentos**

A Grace, minha companheira de vida e meu amor, presença, parceria e suporte afetivo e intelectual durante todo o doutorado, especialmente no processo, quase sempre solitário, de escrita da tese; por, mesmo sobrecarregada, arranjar tempo para ler alguns capítulos e me ajudar a seguir em frente; por ser terra firme quando parecia que eu ia me afogar; por possibilitar as condições para que eu pudesse cursar o doutorado; por me incentivar sempre, por conseguir ver o melhor de mim e por me ajudar a ser um homem melhor! Sem você, eu não teria conseguido! Te amo!

A Sossó e Larinha, meus amorzinhos, por sempre me ajudarem a lembrar o que é importante nessa vida, pela compreensão nas minhas “ausências” mesmo fisicamente presente, pelo carinho cotidiano, por existirem em minha vida e serem meus maiores tesouros. Amo vocês!

A dona Fátima e a Armandão, pelo carinho, por me fazerem sentir como seu filho, por serem esses avós maravilhosos para as meninas, pelo suporte com elas quando as coisas apertavam. A Armandão, por sempre perguntar e conversar comigo sobre a escrita da tese, dando-me oportunidade de falar e reorganizar as ideias na minha cabeça e por me inspirar com as escritas de seus livros. À dona Fátima, pelo cuidado de sempre.

A pai e Nina, pelo exemplo, referência, incentivo e amor na minha vida. Vocês também são grandes responsáveis por esse momento tão importante na minha vida.

A minha mãe, pelo carinho e incentivo, por sempre perguntar sobre o doutorado, pelo amor e presença na minha vida, sempre.

A Tico, por participar da minha vida de forma tão próxima, mesmo distante geograficamente; por me aguentar falando sobre minhas angústias, idas e vindas da pesquisa e escrita da tese; por tentar, mesmo sem ter tempo, ler os capítulos quando ficavam prontos; pela referência que é para mim e por ter me dado Cecizinha, minha “primeira” sobrinha.

A Manuca, pelas acolhidas em sua casa quando ia a São Paulo para as aulas do doutorado; pelos encontros no café da manhã, mesmo quando fazia um bate e volta; por estar presente na minha banca de qualificação e ser a representante da família em um momento tão importante para mim!

À Clara, pelo carinho e por se fazer presente à distância; pelos sobrinhos lindos que me deu e de quem sempre tenho tanta vontade de estar mais próximo.

À Duda, por ser minha irmã caçula, por perguntar pelo doutorado sempre que nos falamos; mesmo distante, é bom saber que você está por perto.

À Rose e à Lumena, orientadoras presentes, generosas, cuidadosas; minhas guias na cartografia! Sem vocês, acho que teria me perdido e tropeçado muito mais do que me perdi e tropecei! Obrigado pelo carinho, pelos encontros e contribuições preciosas, afetuosas e imprescindíveis. Obrigado pela confiança e por apostarem comigo nessa produção que tem tanto de mim, mas, também, de vocês.

Às trabalhadoras e aos trabalhadores das equipes do CAPSad Gregório de Matos (que já era uma escola para mim antes de iniciar o doutorado) e do Consultório na Rua do Pelourinho, pela confiança, encontros, trocas e enormes aprendizados que experienciei na relação com vocês; por toparem participar da pesquisa de forma tão generosa. Esta tese tem muito de vocês, pois, ao me habitarem com suas existências, me ajudaram a construir outras para mim e a seguir nos caminhos erráticos e provisórios da cartografia.

Às usuárias e aos usuários que encontrei nesses anos, por me permitirem conhecer um pouco mais sobre suas vidas, intimidades e sofrimentos intensos; por me ajudarem a ser outros: outro homem, outro médico, outro professor, outro pesquisador; por me ensinarem sobre as violências, as delicadezas e as durezas, as potências e as insurgências de estar vivo e produzindo vida apesar de tudo! Por, através dos encontros com vocês, poder entender um pouco mais sobre a vida e as inúmeras possibilidades de existir. Agradeço a Billy Jean, Robson, Carlos Fernando, Gabriel, Antonino, D. Lúcia, Sheila Maloca, Antônio e, especialmente, a D. Fátima (Fátima Cavalcanti), que partiu tão cedo, pelas conversas, compartilhamentos e histórias, por me chamar de “meu conterrâneo” e me ensinar tanto!

A Luiz Cecílio, por ser uma referência no campo da Saúde Coletiva desde o início dos anos 2000, quando ainda estava na graduação; pelo afeto, cuidado, simplicidade, generosidade e potência de suas participações nas aulas do doutorado; pela linda participação na banca de qualificação, quando nos presenteou com o poema “O inefável”, que tanto me inspirou na pesquisa e na escrita da tese! Uma oferta generosa e afetiva, com uma dimensão epistêmica importante para mim! Você fez mais parte desta tese do que você consegue imaginar! Obrigado, Luiz!!



A Emerson, por ser a enorme referência que é para mim, há tanto tempo; por ter me inspirado e me convidado, inicialmente, a sentir e a pensar diferente o “ser médico”, e, depois, o “ser professor”, o “ser pesquisador”, o “ser outro”; pela confiança, pelo carinho, pelo afeto e pelas orientações! Foi um privilégio tê-lo na banca de qualificação e de defesa! Obrigado, Emerson!

À Laura, pelo carinho, presença, escuta, aposta e orientações potentes! Pela referência que é para mim desde a graduação; por estar próxima nessa caminhada desde sempre! Foi um privilégio e uma alegria tê-la na banca de defesa (na de qualificação, você estava afetivamente)! Obrigado, Laura!

A Arthur, por ter me recebido de braços abertos, por apostar na minha proposta para a pesquisa; pelo respeito, afeto, disponibilidade, cuidado e generosidade em toda a caminhada do doutorado. Muito obrigado, Arthur! Foi uma enorme alegria ter você na banca de qualificação!

À Sabrina, pela generosidade, cuidado, delicadeza e potência nas suas contribuições nas bancas de qualificação e de defesa! Foi um privilégio tê-la próxima nessa caminhada! Obrigado, Sabrina!

A Luís Augusto, pela disponibilidade e por ter aceitado prontamente compor a banca de defesa! Muito obrigado pelas valiosas contribuições!

A Nery, por ser uma referência para mim, pelos aprendizados e trocas nas supervisões e espaços de formação com os Consultórios na Rua, pela generosidade e pelas devolutivas cuidadosas em relação à tese. Obrigado Nery!

À Patrícia Flach, pelas trocas e ensinamentos nos espaços de discussão com os Consultórios na Rua e no campo (Praça da Piedade), pelas ofertas generosas da sua linda tese. Obrigado Patrícia!

A todas e todos as/os colegas de pós-graduação, especialmente Giliate e Ana Paula, pelas trocas, cumplicidade e leveza, que tornaram aquelas idas a São Paulo ainda mais interessantes!

Aos meus colegas da equipe do Consultório na Rua de Itapuã, pelas trocas e infinitos aprendizados; por tolerarem meus esquecimentos e desatenções nos momentos de maior cansaço; por serem inspiração e ensinamentos em relação a esse universo que é produzir o cuidado com o outro na rua; pela resistência, perseverança e insurgências, apesar de tudo!

## Resumo

**Objetivo:** Esta tese objetivou analisar os efeitos dos encontros para a produção do cuidado nos corpos dos usuários e trabalhadores saúde de dois serviços acessados intensamente por pessoas em situação de rua no território do Centro Histórico de Salvador, Bahia. **Método:** É uma pesquisa qualitativa, em uma perspectiva cartográfica, realizada com um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e um Consultório na Rua, entre 2017 e 2019, e que acompanhou a caminhada de um trabalhador de saúde afetado, e em mútua produção, pelos encontros com as pessoas que habitam esses serviços. Parte do reconhecimento do conhecimento como uma produção que se dá a partir dos afetos e das ressonâncias que os mesmos provocam nos nossos corpos. Foram construídos mapas utilizando-se diferentes estratégias, como a confecção de diários cartográficos e encontros com as equipes para a construção de narrativas individuais e coletivas em relação à experiência de cuidado com as pessoas em situação de rua, colocando-se em análise os efeitos das experiências produzidas rizomaticamente por esses sujeitos em suas relações com o mundo. Uma análise de implicação permeou toda a tese, o que possibilitou a produção de visibilidade para as implicações que habitam meu corpo de pesquisador branco, professor e médico. **Resultados:** As situações de violência vividas em um dos serviços tornaram-se importantes analisadores, apontando para a produção de outros mapas da cartografia, como o lugar das drogas na produção das existências; o papel do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas no cuidado às pessoas em situação de rua; a produção do sofrimento dessas pessoas atravessado pela necropolítica, humilhação social e pelo racismo estrutural; o sofrimento dos trabalhadores de saúde e suas implicações, afetados pela precarização produzida pelo neoliberalismo contemporâneo, pelo sofrimento e “demandas vorazes” trazidas pelos usuários, e atravessados pelo modo de subjetivação colonial-capitalístico hegemônico. **Conclusões:** Este trabalho propõe (ou reconhece) o conceito-ferramenta “existências insurgentes” como forma de apontar a necessidade de instauração de novos modos de existências para trabalhadores de saúde e pessoas em situação de rua, deslocando o lugar da droga do centro da vida para um dos agenciamentos das várias vidas em produção. Fortalece a necessidade, no campo da saúde, de engravidar o sentido da produção do cuidado como produção de mais vida,

assim como deslocar os conceitos pobres de “profissionais de saúde” e de “pessoas em situação de rua” como formas de representar essas existências que são multiplicidade e potência, que se encontram e se produzem mutuamente por múltiplas linhas de força que agenciam suas formas de viver.

**Palavras-chave:** Atenção à saúde. Educação permanente. Pessoas em situação de rua. Pesquisa qualitativa. Centros de atenção psicossocial.

## Abstract

**Objective:** This thesis aimed to analyze the effects of meetings for the production of care in the bodies of users and health workers of two services intensively accessed by homeless people in the territory of the Historic Center of Salvador, Bahia. **Method:** It is a qualitative research, from a cartographic perspective, carried out with a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs and a Street Clinic, between 2017 and 2019, and which followed the path of an affected health worker, and in mutual production, by the encounters with the people who inhabit these services. It starts from the recognition of knowledge as a production that takes place from the affections and resonances they provoke in our bodies. Maps were constructed using different strategies, such as the making of cartographic diaries and meetings with the teams for the construction of individual and collective narratives in relation to the experience of caring for people living on the streets, analyzing the effects of experiences rhizomatically produced by these subjects in their relationships with the world. An analysis of implications permeated the entire thesis, which enabled the production of visibility for the implications that inhabit my body as a white researcher, professor and physician. **Results:** The situations of violence experienced in one of the services became important analyzers, pointing to the production of other maps of cartography, such as the place of drugs in the production of stocks; the role of the Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs in the care of people living on the streets; the production of the suffering of these people crossed by necropolitics, social humiliation and structural racism; the suffering of health workers and its implications, affected by the precariousness produced by contemporary neoliberalism, by the suffering and "voracious demands" brought by users, and crossed by the hegemonic colonial-capitalistic mode of subjectivation. **Conclusions:** This work proposes (or recognizes) the concept-tool "insurgent stocks" as a way to point out the need to establish new ways of stocks for health workers and homeless people, displacing the place of drugs from the center of life for one of the agencies of the various lives in production. It strengthens the need, in the field of health, to make pregnant the sense of care production as production of more life, as well as displace the poor concepts of "health professionals" and "homeless people" as ways to represent these existences that they

are multiplicity and potency, which meet and produce each other through multiple lines of force that govern their ways of living.

**Keywords:** Health care. Continuing education. Homeless persons. Qualitative research. Mental health services.

## Sumário

<b>Dedicatória.....</b>	<b>v</b>
<b>Agradecimentos .....</b>	<b>vi</b>
<b>Resumo .....</b>	<b>ix</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>xi</b>
<b>Apresentação: um convite para a leitura de uma tese-experiência .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 1 – DEVIR-BORBOLETA: EM BUSCA DE UMA CARTOGRAFIA DO INEFÁVEL.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 2 – CONVERSÇÕES: INTERCESSORES NA PRODUÇÃO DA PESQUISA.....</b>	<b>20</b>
2.1 Andando com as minhas implicações nos caminhos da cartografia: um diálogo com a análise institucional (AI).....	22
2.2 Pesquisar no campo da saúde é pôr em análise minhas próprias implicações: a cartografia como forma de andar na pesquisa .....	24
2.3 A produção do conhecimento se dá pelos afetos, em movimento, através das conexões e da ação .....	29
2.4 O “estar no mundo” é produzido por agenciamentos que se formam em um emaranhado de rizomas .....	34
2.5 A cartografia como aposta na produção do conhecimento implicado .....	36
2.6 Uma “tese-experiência”: a escrita da tese como exercício de transformação (ou abandono) de mim .....	38
<b>CAPÍTULO 3 – PREÂMBULO: CARTOGRAFIA DA MINHA APROXIMAÇÃO DO TERRITÓRIO DO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR (OS TERRITÓRIOS POR MIM E EM MIM) .....</b>	<b>43</b>
3.1 Algumas pistas na aproximação do Centro Histórico de Salvador: aspectos históricos e atuais .....	46
3.2 A Faculdade de Medicina da Bahia: reconstruindo uma história e construindo um território.....	51
3.3 Retratos da violência em Salvador e na Bahia.....	56
3.4 Movimentos de aproximação do território .....	58
3.4.1 O Pelourinho-paisagem: de repente, docente em uma USF do Pelourinho	

3.4.2	O Pelourinho e as pessoas em situação de rua começam a me habitar	60
3.4.2.1	O retorno ao Pelourinho como docente .....	60
3.4.2.2	A ampliação do olhar para o território (inclusive o existencial) a partir de uma pesquisa-diferença .....	62
3.4.3	O reencontro com minha ancestralidade: outras ancestralidades vêm à tona	65
3.4.4	O CAPSad Gregório de Matos é mais que um campo de estágio: tornando-me trabalhador e pesquisador <i>in-mundo</i> .....	68
3.4.5	A pesquisa do doutorado: reabitando o território no “devir-caçador-cartógrafo” .....	70
3.4.5.1	Caracterizando o CAPSad Gregório de Matos .....	71
3.4.5.1	Caracterizando o Consultório na Rua do Pelourinho .....	73
3.5	Afinal, de que territórios estou falando? .....	75
<b>CAPÍTULO 4 – APOSTANDO EM ALGUMAS ESTRATÉGIAS DE APROXIMAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DA PRODUÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA .....</b>		<b>81</b>
4.1	A produção dos Diários Cartográficos: primeiro e segundo movimentos de aproximação.....	81
4.2	A produção de um plano comum: terceiro movimento de aproximação .....	84
<b>CAPÍTULO 5 – CARTOGRAFIA DA INVESTIGAÇÃO: A CONSTRUÇÃO DO “CAÇADOR-CARTÓGRAFO” EM BUSCA DO OBJETO DA PESQUISA .....</b>		<b>90</b>
5.1	O modelo médico-hegemônico e suas marcas: a educação permanente como dobra na pesquisa.....	91
5.2	Da droga como definição à droga como dimensão da existência: primeiro deslocamento do objeto da pesquisa.....	95
5.3	Do olhar para a produção do cuidado ao olhar para o encontro entre existências: segundo deslocamento do objeto da pesquisa .....	101
<b>CAPÍTULO 6 – MAPA 1 – CARTOGRAFIA DAS VIOLÊNCIAS NO CAPSad: A VIOLÊNCIA COMO ANALISADOR DA PRODUÇÃO DO CUIDADO .....</b>		<b>106</b>
6.1	A violência no CAPSad como um analisador da produção do cuidado com as pessoas em situação de rua .....	106
6.2	Primeiros olhares sobre a violência no CAPSad: o dia do “surto coletivo” .....	109

6.3 “Lá fora, ficam pianinho e aqui são valentes”: a violência no CAPSad e outros olhares sobre a produção do cuidado .....	115
6.4 “Até os cachorros valem mais do que eu”: o racismo e a humilhação social no encontro com as pessoas em situação de rua .....	125
6.5 O julgamento moral nas relações de cuidado como expressão das violências institucionais.....	132
<b>CAPÍTULO 7 – MAPA 2 – PRIMEIRO DESDOBRAMENTO: SOBRE A NECESSIDADE DE COLOCARMOS AS DROGAS ENTRE PARÊNTESES .....</b>	<b>141</b>
7.1 Estar na rua: o que é normal e o que é anormal? .....	151
<b>CAPÍTULO 8 – MAPA 3 – SEGUNDO DESDOBRAMENTO: CARTOGRAFIA DO CAPSad NO CUIDADO COM AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UM LUGAR DOS QUE NÃO TÊM LUGAR.....</b>	<b>159</b>
8.1 As demandas vorazes: de um lugar dos que não têm lugar .....	159
8.2 A dobra onipotência-impotência do CAPSad: para além da institucionalização do cuidado .....	167
8.3 Crise de identidade: impossibilidades na conexão do CAPSad com as necessidades das pessoas em situação de rua.....	177
<b>CAPÍTULO 9 – MAPA 4 – TERCEIRO DESDOBRAMENTO: CARTOGRAFIA BREVE DA PRODUÇÃO DO SOFRIMENTO DE “CERTOS HUMANOS”: UMA QUESTÃO ÉTICA E POLÍTICA.....</b>	<b>189</b>
9.1 A humilhação social e o sofrimento ético-político: as dores indizíveis da necropolítica à brasileira .....	189
9.2 Invisibilização do racismo que atravessa os corpos das pessoas em situação de rua	199
<b>CAPÍTULO 10 – MAPA 5 – QUARTO DESDOBRAMENTO: CARTOGRAFIA DO ESGOTAMENTO: ALGUNS ASPECTOS DA PRODUÇÃO DO SOFRIMENTO DO TRABALHADOR DE SAÚDE NO CUIDADO COM AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.....</b>	<b>208</b>
10.1 Devir colonial-salvacionista: “resolver a vida do usuário” é a nossa missão, no “lugar daqueles que não têm lugar”? .....	212
10.2 Expectativa-cobrança-controle-falha-punição-sofrimento: diálogos entre o julgamento moral e a necropolítica .....	220



10.3 Um pouco mais sobre a dobra tutela-autonomia e como estas nos atravessam	225
10.4 Amarrando algumas questões sobre o sofrimento do trabalhador de saúde na relação com as pessoas em situação de rua .....	228
<b>CAPÍTULO 11 – DEVIR-ANÔMALO-CARTÓGRAFO E AS EXISTÊNCIAS INSURGENTES: REFLEXÕES SOBRE A INSTAURAÇÃO DE NOVOS MODOS DE EXISTÊNCIA.....</b>	<b>233</b>
11.1 O “não saber” como uma potência na produção de anômalos no mundo do cuidado e do trabalho em saúde .....	239
11.2 Perspectivas éticas e a necessidade de instaurar outros modos de existência, em relação .....	250
<b>Referências gerais .....</b>	<b>260</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>276</b>
Anexo 1 – Parecer Consubstanciado CEP .....	276
Anexo 2 – Carta de Anuência CAPSad Gregório de Matos .....	284
Anexo 3 – Carta de Anuência Consultório na Rua.....	286
Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	288

## Lista de figuras

Figura 1. Devir-borboleta.....	16
Figura 2. Margarida com Pétalas caindo.....	17
Figura 3. Vista do Largo do Pelourinho.....	46
Figura 4. Pelourinho, bairro do Centro Histórico de Salvador.....	47
Figura 5. BJ, usuária-guia.....	64
Figura 6. Capa da Tese.....	66
Figura 7. Crack é cadeia ou caixão: sem consumo o tráfico para.....	149
Figura 8. Devir-movimento em relação.....	255

## Lista de siglas

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AI</b>	Análise Institucional
<b>Aids</b>	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
<b>ARD-FC</b>	Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti
<b>CAPSad</b>	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
<b>Cedad</b>	Cetro de Estudo e Terapia de Abuso de Drogas
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CHS</b>	Centro Histórico de Salvador
<b>CID</b>	Classificação Internacional das Doenças
<b>CnaR</b>	Consultório a Rua
<b>Covid-19</b>	<i>Corona Virus Disease</i>
<b>CsO</b>	Corpo sem Órgãos
<b>DBA</b>	De Braços Abertos
<b>Deltur</b>	Delegacia do Turista
<b>Denem</b>	Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
<b>DSF</b>	Departamento de Saúde da Família
<b>EPM</b>	Escola Paulista de Medicina
<b>EPS</b>	Educação Permanente em Saúde
<b>ESF</b>	Equipes de Saúde da Família
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>Fesf</b>	Fundação Estatal Saúde da Família
<b>Fiocruz</b>	Fundação Oswaldo Cruz
<b>FMB</b>	Faculdade de Medicina da Bahia
<b>HIV</b>	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
<b>Ipea</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>MFC</b>	Medicina de Família e Comunidade
<b>MNPR</b>	Movimento Nacional das Pessoas em Situação de Rua
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MTST</b>	Movimento dos Trabalhadores sem Teto

<b>OAB</b>	Ordem dos Advogados do Brasil
<b>Pnab</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PSR</b>	Pessoas em Situação de Rua
<b>PTS</b>	Projeto Terapêutico Singular
<b>RAC</b>	Rede de Avaliação Compartilhada
<b>Raps</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>RD</b>	Redução de Danos
<b>RPB</b>	Reforma Psiquiátrica Brasileira
<b>Samu</b>	Serviço Móvel de Urgência
<b>SBMFC</b>	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
<b>Sesab</b>	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
<b>Siab</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>Sida</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>Suas</b>	Sistema Único de Assistência Social
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>SVO</b>	Serviço de Verificação de Óbitos
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UAI</b>	Unidade de Acolhimento Institucional
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFBA</b>	Universidade Federal da Bahia
<b>UFRJ</b>	Universidade Federal do Rio de Janeiro
<b>Unifesp</b>	Universidade Federal de São Paulo
<b>Uniraam</b>	Universidade da Reconstrução Ancestral e Amorosa
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento
<b>UPE</b>	Universidade de Pernambuco
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>VSBA</b>	Voluntárias Sociais da Bahia

## **Apresentação: um convite para a leitura de uma tese-experiência**

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação, há 31 anos, sofre com um processo crônico de subfinanciamento e de deslegitimação diante da população brasileira. Tal processo é fruto de interesses econômicos e financeiros a serviço da perspectiva ética e política para a qual a saúde é uma mercadoria e não um direito de cidadania que deve ser garantido para todos pelo Estado. Atualmente, o SUS está vivendo uma de suas mais graves crises, tanto no campo do financiamento (Reis et al., 2016) quanto em relação a sua legitimidade em torno da produção e disputa de certa narrativa e ideário do que deve se tornar.

Em meio a uma crise econômica, social e política de proporções gigantescas pela qual o Brasil passa já há alguns anos, agravada pela crise sanitária gerada pela pandemia do novo Coronavírus, o desemprego aumentou de maneira significativa e a reforma trabalhista levou a uma flexibilização dos vínculos de trabalho, impondo a milhões de brasileiros uma situação de completa insegurança. Tal fato aumenta a proporção da população que depende exclusivamente de ações e serviços ofertados pelo SUS para ter respostas às suas necessidades de saúde.

A narrativa do atual Ministério da Saúde (MS) aponta para a possibilidade de o SUS não ser para todos, e vem colocando em curso mudanças não só no financiamento, mas também na organização do sistema. No campo da saúde mental, incluindo o cuidado às pessoas que fazem uso intensivo de álcool e outras drogas, o MS realiza alterações preocupantes ao fortalecer o papel do manicômio na rede de cuidados, com aumento considerável do seu financiamento, reforço à internação compulsória e centralidade nas comunidades terapêuticas no cuidado em álcool e drogas. Além disso, retira da política de álcool e outras drogas a perspectiva da redução de danos (Brasil, 2019; Abrasco, 2020).

Dado tal contexto, é possível perceber uma estratégia de “guerra às drogas” que vai muito além da discussão sobre o cuidado, pois é atravessada por fortes interesses políticos e econômicos, e depende da criminalização do uso das drogas. O uso de drogas é tratado como uma questão de segurança pública, não de saúde ou das dimensões da vida que as pessoas vão construindo para si (Petuco, 2014; Lancetti, 2015). Dos pontos de vista ético, político e filosófico, assistimos a um aumento da intolerância, do desrespeito às diferenças e do entendimento delas como ameaças, da naturalização da violência e do seu uso como forma de anulação das

multiplicidades e da diversidade das existências, assim como de extermínio simbólico e físico dos que destoam da normalização hegemônica que se pretende impor à sociedade ou daqueles que são descartáveis nesta, em diálogo com uma perspectiva necropolítica (Mbembe, 2018).

A despeito de ser uma das trincheiras civilizatórias brasileiras, o SUS vem definindo pouco a pouco. Nesse cenário, há importantes lutas que precisam ser travadas e o estão sendo em um movimento intenso de resistência, em vários âmbitos da sociedade.

Um desses âmbitos de disputa é onde as práticas de cuidado e de gestão são produzidas, no cotidiano dos serviços de saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde, nos inúmeros e múltiplos encontros realizados entre trabalhadores de saúde e as pessoas que são usuárias do SUS. Esses movimentos apontam para o entendimento de que as portarias e normas publicadas pelo Ministério da Saúde não se expressam, em nenhum contexto, no mundo da vida cotidiana como a etapa final de uma correia de transmissão, como mero efeito da dimensão de “aparelho” que habita os serviços de saúde (Merhy, 2016).

Dessa forma, reinventar as práticas de saúde e, nesse processo, aprender e produzir conhecimentos sobre o SUS que está sendo construído como uma potência, como um devir, torna-se uma aposta ética e política. É uma tarefa de relevância histórica e social, uma tarefa que deve ser construída em conjunto pelos(as) trabalhadores(as) e pelas pessoas usuárias do SUS.

Nesse processo, a produção micropolítica das práticas de cuidado e de gestão no SUS, os aprendizados e as transformações que vão sendo fabricados tornam-se importantes objetos de interesse e de investigação do campo da Saúde Coletiva.

Este estudo localiza-se exatamente nesse cenário, constituindo-se como resultado da pesquisa “Produção do Cuidado das Pessoas em Situação de Rua que também fazem uso de Drogas do Centro Histórico de Salvador-BA” (Linha de Pesquisa: Gestão do Cuidado e do Trabalho em Saúde). Essa investigação se desenvolve no contexto da construção da tese de doutoramento no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, área de concentração em Política, Planejamento e Gestão, da Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp).

A pesquisa teve como foco a experiência dos trabalhadores de saúde e das pessoas em situação de rua, no contexto da produção do cuidado, no território do

Centro Histórico de Salvador, Bahia. Ela é fruto da relação do trabalhador-pesquisador-autor com esse território e com dois serviços que atuam no cuidado com essas pessoas: o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) Gregório de Matos, ligado à Universidade Federal da Bahia (UFBA); e o Consultório na Rua do Centro Histórico, ligado à Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e que tem como sede o 19º Centro de Saúde.

O projeto de pesquisa “Produção do cuidado das pessoas em situação de rua usuárias de drogas que vivem no Centro Histórico de Salvador, Bahia: uma cartografia dos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários” teve como recorte a seguinte questão inicial: “quais os efeitos dos encontros entre os trabalhadores de saúde e as pessoas em situação de rua usuárias dos principais serviços de saúde acessados por essa população no Centro Histórico de Salvador-BA (o CAPSad Gregório de Matos e o Consultório na Rua do Pelourinho)?”

A relação com esse território sempre me afetou, no papel de médico, de professor, de gestor e, agora, como pesquisador. Parte, portanto, de uma inquietação e de uma percepção de que a produção do cuidado com essas pessoas nos coloca questões profundas e produz afecções, as quais precisamos visibilizar e compreender melhor caso estejamos comprometidos ética e politicamente com a construção de práticas de cuidado que sejam mais potentes e produtoras de mais vidas possíveis de serem vividas. Aos poucos, fui percebendo que não era possível, pelo menos não de acordo com a aposta ética e política da pesquisa que eu desejava produzir e sustentar, falar genericamente dos “trabalhadores de saúde” e de “pessoas em situação de rua”. Por esse motivo, ao investigar esses encontros, também estava investigando minha própria experiência como trabalhador de saúde.

Como desenvolverei mais à frente, apostei na cartografia de minhas experiências nos dois serviços de saúde citados, no território do Centro Histórico de Salvador, como forma de caminhar na pesquisa. Nesse processo, procurei reconhecer que, nessa caminhada, estava ocorrendo, ao mesmo tempo, a produção do campo da pesquisa, do objeto da pesquisa e a minha produção como pesquisador – todas dimensões indissociáveis uma da outra.

Como a experiência que me atravessou mais intensamente foi a relação com pessoas em situação de rua quando fiz parte da equipe de um CAPSad, em um primeiro momento, o “recorte AD” se impôs para mim, adquirindo uma centralidade maior e me atravessando de uma forma importante, a ponto de o título da pesquisa

expressar esse recorte. Com o caminhar da produção da pesquisa, fui percebendo que, na relação com a equipe do Consultório na Rua e com as pessoas em situação de rua com as quais essa equipe se relaciona (algumas, inclusive, são as mesmas que acessam o CAPSad), o uso intensivo de álcool e outras drogas simplesmente não aparecia. Era como se, de repente, ficasse invisível ou se diluísse. Fiquei no meio de uma pequena crise: será que a minha relação com o cuidado das pessoas que fazem uso intensivo de álcool e outras drogas é uma sobreimplicação (Lourau, 2004) com a qual não consegui lidar?

Nesse meio tempo, comecei a trabalhar em uma outra equipe de Consultório na Rua, também em Salvador, na qual pude acompanhar de forma mais intensa e longitudinal algumas pessoas, e conhecê-las um pouco melhor. Nesse processo, percebi que, apesar de as pessoas em situação de rua não definirem suas existências pelas drogas (algumas sequer fazem uso), estas podem ser um importante atravessamento nas suas vidas e no seu cotidiano.

Dessa forma, eu tive que mergulhar nas várias compreensões sobre as drogas, a multiplicidade de papéis que as drogas desempenham singularmente nas vidas das pessoas e, também, naquelas em situação de rua, e transformar o meu olhar para poder ver além do que estava conseguindo ver até então. Por fim, o recorte “cuidado das pessoas em situação de rua que fazem uso intensivo de álcool e outras drogas” continuou a habitar a pesquisa, ou a habitar o meu olhar, mas não com a centralidade que tinha antes.

A partir daí, as existências desses sujeitos que se encontram, e como elas invadem a produção do cuidado, passaram a permear a pesquisa, em um movimento de busca pelo que ocorre no “entre”, pelos seus efeitos nos corpos dos envolvidos, pelo rastreio das experiências/metamorfoses, pela sensação de alcançar o inefável, mesmo que ele sempre seja efêmero e fugidio.

Esta é uma tese que foi produzida durante uma caminhada nômade, errática, com paradas e acelerações, com intensificações e afrouxamentos, na qual cada palavra foi como um passo que nem sempre foi tão firme como eu gostaria ou pensava que deveria ser. Ela não é muito afeita a estruturas – introdução, justificativa, objetivos, referencial teórico, metodologia –, preferindo devires, borboletas, inefáveis, Barros, Amados, Conceições, Caetanos, Miltons, Edsons, pistas, afetos, efeitos, encontros e insurgências. Isso não quer dizer que flertou com uma “anarquia metodológica”. Ao contrário, buscou sempre ser coerente com sua aposta ética, estética e política de



andar na pesquisa, de se construir como uma produção de mapas enquanto ia por ela caminhando: uma cartografia, um acompanhamento de processos de produção e “desmanchamento” de territórios; um “dando” em várias transformações; uma experiência; uma tese-experiência. Nessa busca e nesse sentido, procurou ser consistente do ponto de vista analítico e metodológico.

Para poder seguir (nem sempre em frente), ela foi temperada com uma pitada de liberdade, com um pouquinho de subversão, com um punhado de coragem, com boas porções de “não saber”, com um gostinho de música e de poesia, e com o desejo de ser muitas, tantas quantos forem seus leitores e as multidões que os habitam.

Convido o(a) leitor(a) a se encontrar com esta tese-experiência e a me acompanhar nesse caminhar cartográfico... Não, nada disso! Convido o(a) leitor(a) a fabricar seus próprios caminhos, os que forem possíveis de serem fabricados como efeito desse encontro com a tese. Bom encontro e boa experiência!

## Referências

Associação Brasileira de Saúde Coletiva (BR) [Internet]. Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas [cited 2020 Jan 28]. Available from: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>.

Brasil. Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas; 2019.

Lancetti A. Contrafissura e plasticidade psíquica. São Paulo: Hucitec; 2015. (Políticas do desejo).

Lourau R. Implicação e sobreimplicação. In: Altoé S, organizador. René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 140-53.

Magrão S, Sá LC. Caçador de mim. In: Mazzola M, Nascimento M, produtores. Caçador de mim. Ariola, 1981.

Mbembe A. Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte. Santini R, tradutor. 3a ed. São Paulo: n-1; 2018.

Merhy EE. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças (Prefácio). Aciole GG. A Saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. Campinas: Hucitec; 2016.

Petuco DR. Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado. In: Ramminger T, Silva M, organizadores. Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 133-48.

Reis AA, Sóter AP, Furtado LA, et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. Saúde Debate. 2016 dez.; Spec n 40:122-135.

Rolnik S. Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo. 2a ed. Porto Alegre: Sulina, UFRGS; 2011.

## CAPÍTULO 1 – DEVIR-BORBOLETA: EM BUSCA DE UMA CARTOGRAFIA DO INEFÁVEL

*“Por tanto amor, por tanta emoção, a vida me fez assim. Doce ou atroz, manso ou feroz, ‘Eu, caçador de mim’. Preso a canções, entregue a paixões, que nunca tiveram fim. Vou me encontrar longe do meu lugar, ‘Eu, caçador de mim’. Nada a temer senão o correr da luta. Nada a fazer senão esquecer o medo. Abrir o peito à força, numa procura. Fugir das armadilhas da mata escura. Longe se vai sonhando demais, mas onde se chega assim. Vou descobrir o que me faz sentir: ‘Eu, caçador de mim’.”*

“Caçador de Mim” (Magrão, Sá, 1981).

Começo trazendo a letra da música “Caçador de mim”, eternizada na voz de Milton Nascimento, porque acho que ela expressa de forma muito sensível minha busca pelo meu lugar no mundo. Acho que, pelas minhas escolhas existenciais e por vários outros atravessamentos (como os geracionais, por exemplo), para mim, sentir-me bem e feliz implica estar bem e satisfeito com a minha inserção profissional a ponto de o mundo do trabalho se confundir com a minha vida pessoal.

Em tempos de aprofundamento do trabalho afetivo como *modus operandi* central do capitalismo contemporâneo, esse “confundimento” não é apenas uma “característica” minha, mas um modo de subjetivação que opera na minha vida e na de milhões de pessoas, levando-nos a não conseguir distinguir onde o trabalho termina e onde as outras dimensões da vida começam (Hardt, 2003). Isso tem sido tão profundo na tessitura social que muitos de nós terminam fundindo a militância<sup>1</sup> com o trabalho. Terminamos construindo e vivendo a ideia de que o trabalho é a nossa forma de contribuir com as transformações sociais e políticas de forma alinhada com um ideal de sociedade em que acreditamos. Com isso, colocamos uma energia afetiva e existencial no trabalho que, muitas vezes, não conseguimos nem dimensionar ou perceber; armadilha contemporânea perigosa em que, a todo momento, tento não cair

---

<sup>1</sup> De acordo com o Dicionário Online de Português (2021), militância é “[...] prática da pessoa que defende uma causa, busca a transformação da sociedade através da ação: militância política, social, estudantil. [...] Quem participa ativamente a favor de um ideal político ou social.”

– ou da qual, na maioria das vezes, tento sair, já que costumo cair nela com alguma frequência.

No meu caso – fiz a graduação em Medicina –, tenho como norteador ético a aposta no Sistema Único de Saúde (SUS) e, assim, a defesa da Reforma Sanitária, a defesa da vida e a certeza do princípio constitucional de que saúde é um direito e não uma mercadoria. Ao assumir esses compromissos, o produto do meu trabalho termina se constituindo como a garantia de um direito básico que, apesar de constar na Constituição de 1988, nem de longe está dada.

Pude construir essa aposta e essa ética durante a graduação, através da participação no movimento estudantil, através do Diretório Central de Estudantes Paulo Freire e do Diretório Acadêmico de Medicina Josué de Castro, ambos na Universidade Estadual de Pernambuco (UPE), e da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem). Assim, a construção da minha militância, de fato, terminou se materializando no trabalho e, para exercê-la, era preciso ter inserções profissionais atreladas a um projeto mais amplo, através do qual pudesse fazer as disputas que achava necessárias e que julgava ter condições de fazer.

Assim, considero-me um militante em defesa da vida e, apesar de nunca ter participado de forma orgânica de nenhum partido político e nem de qualquer movimento social após o término da graduação, sinto-me parte de um movimento maior: que defende a saúde como expressão do direito de viver uma vida plena, de uma sociedade justa e equânime. Um militante que atua no SUS e disputa seus sentidos e seus princípios ético-políticos micropoliticamente, no cotidiano, através de práticas de cuidado, de formação e de gestão que apontam para a garantia dos direitos de cidadania e da ampliação das potências do viver. Princípios que o próprio SUS carrega como aposta e que viraram tópicos constitucionais em 1988, constituindo-se, mais do que uma reforma do setor saúde, um projeto civilizatório brasileiro.

Nessa militância, conectado com o ideário do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (Fiocruz, 2020; Escorel, 1999), fui buscando e sendo atraído por meus semelhantes, grupos, coletivos e projetos com os quais, ou nos quais, identificava que poderia fazer essa disputa. Por ser médico e ainda ter o mercado de trabalho favorável (número de médicos/as menor do que a necessidade do país) (Mourão Netto et al., 2018), tive o privilégio de poder escolher inserções profissionais que apontassem para a defesa do SUS nessa perspectiva.

As coisas aconteceram muito rápido. Sem nem entender direito o que era atenção básica, atuei um ano e meio como médico de uma unidade de saúde da família em Aracaju; sem conhecer bem os hospitais, e ainda me sentindo (como sempre me senti) desconfortável e um estranho no ambiente hospitalar, atuei na gestão da rede hospitalar própria do estado da Bahia, na Secretaria Estadual de Saúde (Sesab), e fui apoiador institucional de hospitais gerais de grande porte, maternidades e centros de referências; sem conhecer bem a realidade dos municípios baianos, e ainda distante de compreender a atenção básica na sua complexidade, fui apoiador institucional da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) para ofertar e apoiar a implantação de serviços de atenção básica em municípios de pequeno porte no interior da Bahia; sem ainda ter feito mestrado ou doutorado, tornei-me professor do curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), atuando como preceptor de estudantes da graduação em uma Unidade de Saúde da Família (USF) e em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPSad) no Pelourinho, em Salvador; sem ainda ter feito mestrado em Saúde Coletiva (terminei em 2013), considerava-me sanitaria; sem ter feito residência médica, tornei-me preceptor do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Escola Estadual de Saúde Pública, da Sesab, e, posteriormente, apoiador pedagógico e preceptor do Programa de Residência em MFC da FESF, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) da Bahia.

Nessa caminhada, fui-me forjando sanitaria, professor, médico de família e comunidade, aspirante a pesquisador; tornando-me uma espécie de “generalista” do SUS, sempre procurando habitar novos e desconhecidos territórios. Para além desse desconforto inicial de não estar preparado teoricamente a esses desafios, coloquei-me nesse movimento de me fabricar habitando novos territórios, enfrentando os medos do desconhecido, reconhecendo essa multiplicidade que também me habita; isso terminou virando uma “constante” na minha vida como trabalhador de saúde.

Nenhuma dessas experiências (sim, posso chamar todas de “experiências”, pois todas produziram transformações em mim), no entanto, mexeu tanto comigo quanto o encontro com as pessoas em situação de rua. Quando busco na memória – e memórias nos marcam porque são sempre marcadas por afetos –, um encontro específico com um homem em situação de rua marcou uma abertura para esse universo de pessoas em extrema vulnerabilidade que “chegam” (quando conseguem acesso) de outra forma na atenção básica e, até então, não faziam parte do meu

campo de visibilidade e de atuação como trabalhador de saúde; pelo menos, não da forma como passou a fazer parte a partir de então. Esse encontro se deu em 2013, na Unidade de Saúde da Família (USF) do Terreiro de Jesus, que funciona nas dependências da sede da Faculdade de Medicina da UFBA, no Pelourinho, onde atuava semanalmente como professor de clínica de estudantes do quarto semestre do curso de Medicina, na prática ambulatorial que ocorria na atenção básica.

Nesse dia, estava sozinho, sem estudantes, pois era recesso da graduação. Sempre nos organizávamos para continuar com uma agenda semanal na unidade, no intuito de construir uma relação com o serviço que não fosse meramente instrumental. Surgiu essa demanda de atendimento de um homem negro, jovem, em situação de rua, e que estava muito incomodado com um problema em seu corpo. As pessoas em situação de rua tinham (e têm) muita dificuldade de acesso às USF, naquela unidade não era diferente. O mau cheiro e a sujeira (posteriormente pude entender que havia mais elementos envolvidos nessa repulsa além desses dois) eram uma barreira para mim também e senti-me incomodado ao atendê-lo. No entanto, dos professores que atuavam nesse serviço, apenas eu e mais outros dois colegas nos disponibilizávamos a atender as pessoas em situação de rua quando elas tentavam acessar o serviço. Nesse espaço físico, também funcionava um ambulatório docente-assistencial da Pediatria e alguns professores se incomodavam muito com a presença das pessoas em situação de rua “drogadas”, que também eram usuárias do CAPSad.

Esqueci meu incômodo, meu medo do desconhecido e fui examiná-lo. Naquele momento, expressou-se em mim um imperativo ético e político de garantir o acesso daquele homem ao sistema de saúde via atenção básica; uma ética que tem a ver com a forma como me coloco no mundo e construo minha existência, pautado na ideia de que todos e todas são portadores/as de direitos de cidadania, devem ser reconhecidos/as e acolhidos/as nas suas diferenças, tratados/as com respeito e sem distinção de raça, cor, gênero, orientação sexual, religião ou orientação política. Tal posição, ali, naquele encontro, pedia ação.

O homem apresentava uma fístula anal, com drenagem de secreção purulenta. Fiquei bastante mobilizado com sua situação e comecei a articular o acesso dele a um proctologista no hospital universitário. Agendei uma consulta para o outro dia bem cedo; orientei-o em relação ao horário, endereço, como chegar, documentos que deveria ter em mãos. Apesar de ter uma forte suspeição de que ele não iria comparecer na consulta, ainda nutria alguma esperança de que ele conseguiria ir;

afinal, estava bastante incomodado, e havia bastante tempo. Combinei com ele que, se tivesse qualquer dificuldade, poderia voltar no outro dia para vermos juntos o que fazer.

Ele não foi para a consulta nem retornou à unidade de saúde. Nesse momento, tive a sensação (ou a constatação) de que meu repertório era muito pobre em relação a esse tipo de situação; que raramente havia atendido na atenção básica uma pessoa em situação de rua; que havia me passado despercebida uma série de aspectos daquela existência singular; que realmente eu tinha pouquíssima noção do que estava envolvido em cuidar de uma pessoa em situação de rua; que aquele encontro tinha sido para mim algo bastante diferente do que tinha sido para ele; que esse fazer convocava em mim tecnologias de cuidado que eu não consegui mobilizar ou desenvolver.

Enfim, percebi que havia uma penumbra em relação a esse outro, uma espécie de cegueira que não me permitia enxergar essa existência tão complexa e diferente da minha. Prevaleram, nesse encontro, as minhas próprias perspectivas, verdades e certezas. Aconteceu um encontro entre duas existências, habitadas por vários mundos, mas não foi possível a criação de um espaço intercessor, de uma conexão, de um comum.

Alguns anos depois, já atuando no CAPSad, um estudante que me acompanhava de forma extracurricular, ao sair para o território com uma redutora de danos, encontrou um homem bem desorganizado. Combinou com ele um encontro no serviço no início da manhã do dia seguinte e me avisou; o estudante, o homem e eu chegamos praticamente no mesmo horário e, quando comecei a interagir com ele, percebi que era o mesmo homem com quem eu havia tentado “articular o cuidado” anos antes. Ele não lembrava de mim! Estava com tuberculose pulmonar e síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), mas havia interrompido o tratamento. Em equipe, esforçamo-nos para construir um plano de cuidados com ele; contatamos sua mãe e sua irmã, marcamos reavaliação no centro de referência em HIV (*Human Immunodeficiency Virus*), entre outras ações. Algum tempo depois, ele piorou e precisou ser internado. Mediei sua internação no hospital de referência em doenças infectocontagiosas e, alguns dias depois, ele faleceu.

Esse encontro (e esse reencontro) foi muito marcante para mim, em meio a tantos outros que também me marcaram de alguma forma. Trago ele porque acho que, de algum modo, simboliza esse estranhamento/incômodo que é o pano de fundo

de mais um importante movimento de transformação, iniciado quando passei a habitar esse território do Centro Histórico de Salvador – como uma metamorfose. Coloco “mais um” porque sei que passei por muitos até então, e continuo passando; como trabalhador do SUS, ao atuar algum tempo na atenção básica, relacionei-me com pessoas e formas de viver tão diferentes da minha, que precisei entrar em muitos processos autoanalíticos. Amadureci em relação a aspectos da vida e do viver, atravessado pelas relações sociais, que são entremeadas pela política, ética, ciência, contradições e desigualdades sobre as quais nossa sociedade é construída, e que se entrelaçam com a produção dos saberes e com as práticas sociais em saúde. Com isso, claro, vou-me fabricando como sujeito, o que se reflete no médico que busco ser.

No entanto, os sentimentos que experimentei naquele e em tantos outros encontros que vivi com pessoas em situação de rua me indicavam que a maturidade, a sensibilidade e a empatia que pretensamente julgava já ter desenvolvido nas experiências como médico na atenção básica não serviam para me ajudar no encontro com uma pessoa em situação de rua. Havia questões e tensões nesse encontro e em mim para as quais eu ainda não tinha lentes para enxergar.

Outra experiência bem marcante foi participar da pesquisa nacional coordenada por Emerson Merhy, professor titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), intitulada “Rede de Avaliação Compartilhada (RAC): avalia quem pede, quem faz e quem usa” (Merhy et al., 2016). Eu fazia parte do coletivo de pesquisa da Bahia e, pela minha inserção e a de outro colega no território do Centro Histórico de Salvador, como professores, e no CAPSad, nos propusemos a pesquisar a rede de atenção psicossocial. Em conjunto com a equipe desse serviço, tomamos como usuário-guia<sup>2</sup> uma mulher chamada BJ, que frequentava há alguns anos o CAPSad (Oliveira et al., 2016). Abordarei mais amiúde essa experiência no capítulo 3: “Preâmbulo: cartografia da minha aproximação do território do Centro Histórico de Salvador (os territórios por mim e em mim)”.

O apanhado geral do resultado desse processo é que nós, como grupo, não conseguimos “entrar” de fato no campo mais vivo, que se dá no encontro, e

---

<sup>2</sup> A RAC tinha como proposta tomar os usuários que eram considerados mais complexos e que mais mobilizavam a equipe como dispositivos da pesquisa, que seriam capazes de produzir visibilidade para aspectos importantes sobre como a própria equipe se organizava e produzia o cuidado. Esses usuários foram chamados de “usuários-guia”.



terminamos tangenciando apenas de forma tímida o que estava colocado como uma aposta da pesquisa: sair do lugar de pesquisador sabido e construir o lugar de pesquisador *in-mundo*. Ou, dito de outra forma, aquele que “abre espaço para a experiência, para o exercício de produzir um conhecimento interessado, implicado na transformação de práticas e saberes que, por exemplo, prescrevem formas universais de se andar a vida” (Abrahão et al., 2013, p. 134).

Ao revisitar essa experiência, percebo que não consegui me colocar nesse lugar de quem também está pesquisando a sua própria experiência, e continuei habitando de forma mais preponderante o campo transcendente das representações. Minha sensação é a de que os encontros que produzi com BJ e com a equipe do serviço, naquele momento, não foram capazes de ativar meu corpo vibrátil (Rolnik, 2011); de que não consegui aproveitar a potência dos encontros justamente por não ter conseguido reconhecer e entrar em contato (muito menos lidar) com as implicações que me atravessavam ao estar diante de uma existência tão diferente da minha, com formas de estar no mundo que eram muito difíceis de digerir, mesmo que, racionalmente, isso não fosse uma questão para mim naquele momento.

Encontrar de uma outra forma com BJ exigia que eu me encontrasse comigo mesmo e pudesse lidar com as questões que me afetavam. Não como uma etapa prévia, pois entendo que os próprios encontros, em ato e de forma viva, é que vão possibilitar esse processo. Mas isso não foi possível para mim, pelo menos não naquele período.

Percebi que pouco sabia e pouco entendia sobre as pessoas em situação de rua, sobre suas necessidades (de saúde ou de outras ordens), sobre as construções políticas e sociais que levaram à existência delas (além de uma visão insuficiente de que a existência de pessoas em situação de rua é apenas um produto do capitalismo e da desigualdade social), sobre o papel das drogas (lícitas e ilícitas) nas suas vidas. Por conseguinte, sabia pouco sobre que caminhos seguir na produção do cuidado delas. Após algum tempo, compreendi que não há caminhos a seguir se não os construídos com cada uma das pessoas, a partir das possibilidades existentes, ou possíveis de serem fabricadas, e dos desejos que as movimenta.

Percebi que eu precisava me encontrar longe do meu lugar habitual e confortável; senti necessidade de fazer essa busca ao tentar ir na direção de lugares com os quais eu não estava habituado, longe da minha zona de conforto, e construir outros e diferentes territórios existenciais, como um “caçador de mim”. Para isso,

precisava desmanchar os contornos desses territórios já conhecidos; precisava me entender melhor e entender o que me atravessava (e me atravessa) como trabalhador de saúde, o que me afeta e o que esses afetos produzem em mim. Precisava encontrar meios de fabricar e de expressar esses novos movimentos, novos sentimentos, novas formas de ser e de existir; novas formas de expressão, lançar mão de novas línguas para falar, novos olhos para ver. Flagrar esses movimentos, torná-los visíveis e dizíveis. Precisava, assim, não ser somente um “caçador de mim”, mas um “caçador de devires”: um “caçador-cartógrafo”.

Para sair da minha zona de conforto, admitindo que as línguas que eu falava e os territórios que eu habitava não mais me serviam, e no afã de me colocar no movimento de experienciar o novo, decidi não mais atuar no cuidado somente no papel de professor/preceptor da graduação. Entendi que era necessário viver a produção do cuidado em saúde a partir de outro lugar, fazendo parte de uma equipe de saúde e não como em uma inserção pontual, protegida e recortada como a inserção na condição de professor possibilitava, apesar dos meus esforços de integração e compartilhamento com as equipes de saúde da família (ESF) da USF do Pelourinho e do CAPSad.

No início de 2017, como era meu desejo, comecei a trabalhar no CAPSad Gregório de Matos como clínico, cinco turnos semanais somando-se à função de professor (um turno semanal).

Nesse mesmo período, comecei minha aproximação com a Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com o intuito de ingressar no curso de doutorado. Iniciei o doutorado em agosto de 2017, com a proposta de realizar uma pesquisa sobre a produção do cuidado com as pessoas em situação de rua e usuárias de drogas que habitavam o Centro Histórico de Salvador, Bahia.

Atuei no CAPSad Gregório de Matos de fevereiro de 2017 a julho de 2018. Meu campo de pesquisa do doutorado se iniciou nesse período em que atuei no CAPSad e prolongou-se pelo segundo semestre de 2018 e, principalmente, no ano de 2019, quando acompanhei as equipes do CAPSad e do Consultório na Rua.

Em maio de 2020, fiquei sabendo, por acaso, que estava acontecendo uma seleção para médico de uma nova equipe do Consultório na Rua em Salvador, que estava se iniciando no Distrito Sanitário de Itapuã. Fui selecionado justamente por minha inserção no território do Centro Histórico: atuação no CAPSad Gregório de

Matos, onde vivi as dores, delícias e “impossibilidades”<sup>3</sup> do cuidado às pessoas em situação de rua; e pelo acompanhamento às atividades do Consultório na Rua, durante a produção do campo da pesquisa do doutorado.

No processo de trabalho das cinco equipes do Consultório na Rua de Salvador, está previsto um encontro semanal de educação permanente com o professor Antônio Nery Filho<sup>4</sup>, nas tardes de quinta-feira. Em um dos encontros, ele nos provocou com uma reflexão que fez muito sentido para mim, na qual falou que trabalhar na rua exigia um processo de metamorfose; a partir daí, trouxe a metáfora da borboleta: a lagarta, ao comer as folhas, não o faz para destruir a planta, mas para ter energia para poder sofrer a metamorfose e virar uma outra coisa, a borboleta, a qual poderá contribuir com a semeadura dessa mesma planta.

Vi-me nessa metáfora. Ao me encontrar com o universo de existências na rua, com a multiplicidade que habita as pessoas em situação de rua e com a diferença<sup>5</sup> (Deleuze, 2006) que nos habita e que povoa a potência desses encontros, percebo que vou me nutrindo, transformando-me em outro (ou outros) como há muito não fazia. Transformação que também é mediada por dores, medos, angústias e incertezas, constitutivos da metamorfose e matérias-primas dela. Sentir que ainda sou uma lagarta ou que já estou virando borboleta é uma inquietação que acompanha todo esse processo (Figura 1).

---

<sup>3</sup> Forma como um dos sujeitos da pesquisa, da equipe do CAPSad, expressou o fato de que esse serviço não estava conseguindo responder às necessidades apresentadas pelas pessoas em situação de rua.

<sup>4</sup> O professor Antônio Nery Filho foi o idealizador do primeiro Consultório de Rua do Brasil, em Salvador (CETAD/UFBA, 1999), o qual contribuiu com a criação dos Consultórios na Rua pelo Ministério da Saúde como equipes que estão prevista na Política Nacional de Atenção Básica. Desde o início dos Consultórios na Rua, em 2012, Antônio Nery Filho vem fazendo a supervisão clínica das equipes e participando da sua formação.

<sup>5</sup> A diferença, em Deleuze, não tem a ver com a construção de identidades. Segundo Rolnik (1995), para Deleuze, a diferença é que “nos arranca de nós mesmos e nos faz devir outro”; é o que nos desassossega. Dito de outra forma, seria tudo o que nos faz desacomodar de verdades universais e preestabelecidas e nos coloca em movimento, no sentido de ser, pensar e sentir de outra forma: ser outro.



Fonte: Rosa (2021).

**Figura 1. Devir-borboleta.**

O que importa é a potência inscrita na lagarta e as possibilidades de transformação constitutivas no processo da metamorfose, o “devir-borboleta” que é constitutivo dessa caminhada. Esta tese é sobre esse processo e seus efeitos na produção do cuidado com as pessoas em situação de rua; sobre os encontros, as transformações aí inscritas, sobre as marcas que ficam no meu corpo (sem órgãos) e nos corpos que são atravessados por esses encontros; sobre os aprendizados e conhecimentos produzidos nesse processo, sempre em relação. É puro devir.

A aposta para me aventurar nesse devir é a aposta ética, política e estética da cartografia, com toda a delicadeza e complexidade que exige na caminhada da

pesquisa, como um trabalho artesanal. Para seguir, é preciso me construir como um olhar atento, vibrátil, sensível, em busca do não dito, do não palpável, do não explícito, dos acontecimentos, no entre (intercessor), que se dá nos encontros que experiencio, seja no encontro com os corpos de outras pessoas, seja no encontro com as memórias que ainda ressoam no meu corpo, com um pensamento, com um registro.

Ser caçador de mim convoca a fabricação de um cartógrafo que “caça”, ou que pesquisa, devires; estes, como possibilidades, são impalpáveis. Cecílio (2018) conseguiu, com muita sensibilidade, apreender essa dimensão fugidia que se apresentava na proposta desta pesquisa e nos presenteou com o belíssimo poema “O inefável”, escrito durante a Banca de Qualificação do Projeto de Pesquisa. Com esse poema ressoando em mim e tomando-o como norte, segui em frente na caminhada cartográfica (Figura 2).



Fonte: <https://br.depositphotos.com/stock-photos/petalas-caindo.html>. Acesso em: 12 ago. 2021.

**Figura 2. Margarida com Pétalas caindo.**

### **O INEFÁVEL**

Inefável: *adjetivo de dois gêneros*

1. que não se pode nomear ou descrever em razão de sua natureza, força, beleza; indizível, indescritível.
2. *por extensão* que causa imenso prazer; inebriante, delicioso, encantador.

O inefável é

O véu translúcido que oculta o interior da casa  
e atenua a claridade ofusca da rua

O inefável é

O peso das asas da libélula  
A brisa que balança a chama

A chama  
 O inefável é  
 O vento que entreabre a cortina  
 O silêncio da marcha das baratas no escuro  
 a fragrância no vidro de perfume vazio  
 um suspiro.  
 O inefável é  
 A poeira atravessada por um raio de sol  
 O mistério por trás da janela cerrada  
 O que desaparece na curva da estrada  
 O inefável é  
 A pausa no barulho do liquidificador  
 O descanso da britadeira  
 Uma ausência  
 Um silêncio  
 O inefável  
 É um espanto  
 O inefável é  
 O relampejo no céu limpo  
 O clarão do vaga-lume na campina escura  
 O inefável é um clarão  
 O inefável é  
 Uma troca de olhares que não se sustenta  
 O inefável é um rubor  
 O inefável é  
 A luz atravessando o cristal  
 O arco-íris depois da chuva  
 Uma folha desprendendo-se do galho  
 A pétala que cai da rosa no vaso.  
 O rastro da gota de chuva na pétala  
 O inefável é um rastro.  
 O inefável é  
 O sonho que se esquece ao acordar  
 O orvalho na teia da aranha  
 A aranha pendurada por um fio na teia  
 A teia  
 O inefável é  
 Um lapso  
 Um sussurro  
 A paina que flutua no espaço  
 A trinca invisível do cristal  
 O inefável  
 Carrega em si  
 As cicatrizes dos espantos do mundo.  
 Para o João André e suas orientadoras,  
 que estão se propondo a pesquisar o inefável.

São Paulo, 30 de agosto de 2018  
 Com afeto,  
 Luiz Cecílio.

## Referências

Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MP, et al. O pesquisador *in-mundo* e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. Lugar Comum. 2013;39: 133-44.

Cecílio LC. O Inefável. Poema elaborado durante a Banca de Qualificação de Doutorado de João André Santos de Oliveira. Título: Produção do cuidado das pessoas em situação de rua usuárias de drogas do Centro Histórico de Salvador/BA: uma cartografia dos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo; 2018 Ago 30.

Deleuze G. Diferença e repetição. Orlandi L, Machado R, tradutores. 3a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2006.

Dicionário Online de Português [Internet]. Militância [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://www.dicio.com.br/militancia/>.

Escorel S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Fiocruz (BR). Reforma Sanitária [cited 2020 Ago 6]. Available from: <https://bvsarouca.iciet.fiocruz.br/sanitarista05.html>

Hardt M. Trabalho Afetivo. O Reencantamento do Concreto: Cadernos de Subjetividade. 2003;143-58.

Magrão S, Sá LC. Caçador de mim. In: Mazzola M, Nascimento M, produtores. Caçador de mim. Ariola, 1981.

Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, et al., organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua [cited 2020 Ago 6]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)

Mourão Netto JJ, Rodrigues AR, Aragão OC, et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018 [cited 2021 May 25]. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e2>

Oliveira JÁ, Barretto LD, Dultra LS. Cuidar é afetar-se: “BJ” coloca em xeque as velhas formas de produzir o cuidado em saúde. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, et al., organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

Rolnik S. Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo. 2a ed. Porto Alegre: Sulina, UFRGS; 2011.

Rolnik S. Ninguém é deleuziano. Entrevista a Lira Neto e Silvio Gadelha. O Povo. 1995 Nov 18, Caderno 6.

## CAPÍTULO 2 – CONVERSÇÕES: INTERCESSORES NA PRODUÇÃO DA PESQUISA

*“A maior riqueza do homem é sua incompletude. Nesse ponto sou abastado. Palavras que me aceitam como sou – eu não aceito. Não aguento ser apenas um sujeito que abre portas, que puxa válvulas, que olha o relógio, que compra pão às 6 da tarde, que vai lá fora, que aponta lápis, que vê a uva etc. etc. Perdoai. Mas eu preciso ser Outros. Eu penso renovar o homem usando borboletas.”*

“Retrato do artista quando coisa” (Barros, 1998).

A obra do poeta Manoel de Barros nos faz um convite à reinvenção e ao movimento; convida-nos à ideia de que somos processos contínuos e intensos de subjetivação que se dão na nossa relação com a natureza e com seus viventes, com as coisas e com as ideias. Aliás, ele nos convoca a nos entender como parte da natureza e não como externos ou apartados dela, trazendo a noção de que somos uma coisa só; portanto, nossas ideias, sentimentos, pensamentos e atos são produções que se dão sempre nessa relação, como produtos dos encontros que fazemos durante toda a nossa vida.

Abro o capítulo intitulado “Conversações” com esse poema específico de Manoel de Barros (1998) pela força que ele tem ao falar da incompletude como riqueza do homem e da necessidade de “ser outros”. Conversar com autores e seus pensamentos é, de alguma forma, encontrar-me com eles; é alimentar e nutrir os encontros e as relações que tenho construído nesse movimento de ser outros, ajudando-me a “desencarnar” de mim mesmo e dar força à ideia de que sou muitos produzidos sempre em relações, e não um “sujeito constituinte”. Recusar esse sujeito não é dizer que não existe, mas “fazer aparecer os processos próprios de uma experiência em que o sujeito e o objeto se formam e se transformam um em relação ao outro e em função do outro” (Foucault, 2004, p. 631).

Cada um desses muitos é um pouco de todos os outros com quem me relaciono ou me relacionei, o que, no entre dessas relações, forma a multidão que me habita (Hardt, Negri, 2005). São os alimentos da lagarta na eterna metamorfose.

Dessa forma, as conversações que pretendo fazer têm a intenção de construir uma espécie de “cartografia dos encontros com alguns conceitos”, que operam como



intercessores (Deleuze, 2013). Assim, eles se produzem pelos movimentos, pelo que acontece no “entre”, pelo que está se dando, pelo que deve ser pensado na relação de interferência produzida no encontro ou contágio entre domínios. São intercessores os conceitos que estão cheios de força e de crítica, e capazes de serem operadores de realidade, de produzirem crise e desestabilizar, funcionando, portanto, como conceitos-ferramenta (Passos, Barros, 2000).

Assim, alguns conceitos-ferramenta têm funcionado como intercessores em mim e vêm-me ajudando a operar minhas crises e transformações, levando à fabricação de minhas experiências (Bondía, 2002; Pelbart, 2016). Essas conversas me interessam porque o processo de produzir sentido para essas transformações possibilita a produção de outras lentes para olhar o trabalho e o cuidado em saúde e, assim, outras visibilidades, outras dizibilidades, outras formas de estar e produzir no mundo, outras práticas sociais. Como genialmente coloca Manoel de Barros (1996, p. 75),

[...] Só a alma atormentada pode trazer para a voz um formato de pássaro.  
Arte não tem pensa:  
o olho vê, a lembrança revê, a imaginação transvê.  
É preciso transver o mundo.  
Isto seja:  
Deus deu a forma. Os artistas desformam.  
É preciso desformar o mundo:  
Tirar da natureza as naturalidades [...]

A ideia de uma pesquisa cartográfica, e, na escrita deste capítulo mais especificamente, de uma “cartografia dos encontros com alguns conceitos”, é um esforço de “transver” o que meu olho costuma ver, e “tirar da natureza as naturalidades” com que me posiciono diante do meu fazer no campo da saúde. Implica percursos rizomáticos, erráticos, tortuosos, inacabados, com múltiplas possibilidades de conexão e entradas, que ajudam a tirar as naturalidades, a desformar o mundo. Como nos colocam Deleuze e Guattari (2009, p. 13), “escrever nada tem a ver com significar, mas como agrimessar, cartografar, mesmo que sejam regiões ainda por vir”. Mas o que é “rizoma” e “cartografia” para mim? O que seriam essas regiões ainda por vir? Qual o papel que possuem nessa produção? Vamos começar as conversações fazendo um diálogo (não respondendo) com essas questões.

## **2.1 Andando com as minhas implicações nos caminhos da cartografia: um diálogo com a análise institucional (AI)**

O encontro entre parte do campo da Saúde Coletiva e da análise institucional vem ocorrendo há algum tempo, levando a produções extremamente ricas e potentes de vários grupos de pesquisa, de pós-graduação e de intervenção. Destaca-se, nesse contexto, as produções de Solange L'Abbate (2003, 2012, 2013). Inúmeras outras produções, apesar de não investigarem especificamente a relação entre a análise institucional e o campo da Saúde Coletiva, trazem os conceitos-ferramenta da AI para pensar as produções de práticas sociais na saúde, entre os quais se destaca a “análise da implicação”.

Para Lourau (2004, p. 147-148), “estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim e ao cabo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias, etc.” No entanto, implicados todos nós estamos. Segundo esse autor,

O útil ou necessário para a ética, a pesquisa e a ética da pesquisa não é a implicação – sempre presente em nossas adesões e rechaços, referências e não referências, participações e não participações, sobremotivações e desmotivações, investimentos e desinvestimentos libidinais... –, mas a análise dessa implicação (Lourau, 2004, p. 190).

Por esse motivo, tomo a análise de implicação como um dispositivo central da pesquisa, na perspectiva trazida por Deleuze (1996) de repúdio dos universais, de recusa às totalizações e unificações, de afirmação das processualidades, singularidades e multiplicidades (Coimbra, Nascimento, 2008). Dessa forma,

[...] é fundamental que possamos empreender uma análise constante e cotidiana dos lugares por nós ocupados e das forças que nos atravessam e nos afetam em diferentes momentos, não somente em nossos trabalhos de intervenção como também em nossas vidas. Ou seja, queremos apontar que a análise de implicações, tomada enquanto um dispositivo, é sempre micropolítica, é sempre um colocar em análise nossos modos de existência que, segundo Espinoza e Nietzsche, devem ser pensados a partir de critérios imanentes, sem nenhum apelo a valores transcendentais (Coimbra, Nascimento, 2008, p. 147).

Reconhecer e declarar que fui professor e médico em um dos serviços de saúde no qual construí a pesquisa e no período que esta se desenvolveu, mas também entender como esses lugares institucionais operam nos meus processos de

subjetivação, nas relações de poder que estabeleço, na forma como me relaciono ou me comunico e na produção das minhas práticas, é tomar minhas implicações primárias como matéria-prima da pesquisa (Lourau, 2004).

No entanto, como já colocado em outros momentos, também falo do lugar de um homem branco, pertencente à classe média brasileira e que goza de incontáveis privilégios no nosso meio social. Olhar para esses atravessamentos, suas ressonâncias na minha produção como sujeito social e como isso se expressa nos encontros que estabeleço com outros trabalhadores de saúde e com os usuários dos serviços é trazer para a análise meu modo de produzir sentido ao problema que estou investigando (Merhy, 2004); é tomar minhas implicações secundárias como elementos centrais para todo o processo de investigação (Lourau, 2004).

Nesse sentido, como colocam Coimbra e Nascimento (2008, p. 147),

[...] a análise de implicações por ser micropolítica encontra-se no plano da imanência, no plano dos encontros onde se produzem as enunciações, onde se presentificam o “fazer ver e o fazer falar”. Ou seja, utilizar a análise de implicações é tornar visível e audível as forças que nos atravessam, nos afetam e nos constituem cotidianamente.

A micropolítica “envolve os processos de subjetivação em sua relação com o político, o social e o cultural, através dos quais se configuram os contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva” (Rolnik, 2011, p. 11). Dialogando com essa ideia, Feuerwerker e Merhy (2015, p. 442) colocam que

[...] todo o lugar no qual se produzem as práticas de saúde opera no campo dos processos de subjetivação, expressando-se na construção de territórios de subjetividades comprometidos com a produção de certos sentidos para aquelas práticas. Um modo de produção do cuidado que opera por fluxos de intensidade, mediados pelas tecnologias de trabalho, produz e é produzido também pelos afetos entre os sujeitos. Ou seja, estes ao produzirem o mundo do cuidado em saúde, produzem a si mesmos e se afetam mutuamente, o que vai lhes imprimindo uma certa identidade subjetiva, na alteridade.

Aos poucos, foi ficando claro que, à medida que fui produzindo meu objeto de investigação e o próprio campo da pesquisa, eu também estava sendo produzido intensamente, me incomodando, revendo meus contornos e os tensionando na direção de produção de outros territórios existenciais. Tomando a pesquisa e o conhecimento como produções inseparáveis da minha própria subjetivação (Gomes et al., 2014), é impossível me distinguir desse processo, a ponto de que minha produção através das relações que estabeleci e que fui estabelecendo também foram

produzidas como campo da pesquisa. Escolhi reconhecer que esse processo de desterritorialização estava em curso e tomei-o como agenciamento da própria pesquisa.

## **2.2 Pesquisar no campo da saúde é pôr em análise minhas próprias implicações: a cartografia como forma de andar na pesquisa**

O modelo de racionalidade que dá suporte à ciência moderna começou a tomar forma a partir da revolução científica do século XVI, foi amadurecendo basicamente no campo das ciências naturais e, no século XIX, se estendeu para as ciências sociais emergentes (Santos, 2010).

Essa racionalidade científica hegemônica se estrutura através da ideia de que a verdade está lá fora, em algum lugar, em forma de conhecimento, esperando para ser desvelada ou descoberta pelo sujeito que construiu algumas hipóteses sobre um objeto de estudo recortado e que se posiciona no lugar de exterioridade em relação a ele. Nesse modelo, o pesquisador desempenha o papel de um especialista sabido que deve se armar com certas ferramentas metodológicas respaldadas e adequadas para coletar, sistematizar e analisar dados sobre o objeto de estudo, sendo possível, dessa forma, desvelar o conhecimento-verdade-transcendente que estava escondido, esperando para ser encontrado. Segundo essa racionalidade, o processo que acabei de escrever é a única forma legítima de produzir conhecimento.

Não me identifico com esse modelo de ciência e de pesquisa. Como venho construindo no decorrer deste capítulo, as reflexões e análises trazidas nesta tese partem de uma aposta que reconhece que a construção do conhecimento também se dá no mundo da vida, onde as práticas sociais estão sendo produzidas, pelos próprios sujeitos produtores dessas práticas.

A desconstrução desse modelo hegemônico, de fundo positivista, nos traz inúmeros desafios. Um deles é assumir que, no âmbito da produção das práticas sociais (como são as da saúde), há outras maneiras pelas quais o conhecimento é produzido; nesse âmbito, o contexto, a cultura, o período histórico, o território, as relações e, portanto, as experiências dos sujeitos envolvidos na produção dessas práticas são centrais e atravessam todo o processo de produção, não só das práticas, mas também do conhecimento.

Nesse sentido, tornam-se imprescindíveis pesquisas sociais qualitativas que tomem as pessoas como sujeitos da própria pesquisa, e não como seus objetos. Que considerem que a produção do conhecimento pode ocorrer no encontro que esses sujeitos estabelecem entre si e na relação com seus espaços de construção da vida, através do investimento do seu desejo, pois estão, ao mesmo tempo, produzindo esses espaços e produzindo a si mesmos. “O desejo é a própria produção do real e ‘só há real social’; assim, a produção do desejo, produção de realidade, é ao mesmo tempo (e indissociavelmente) material, semiótica e social [...]” (Rolnik, 2011, p. 46).

Apostar na desconstrução da racionalidade científica hegemônica como o único modelo legítimo e capaz de “alcançar” o conhecimento é apostar ética e politicamente na ideia de que o conhecimento é sempre uma construção coletiva e relacional, que está profundamente atravessada e posicionada no tempo e no espaço em que está sendo construída.

Com isso, outro desafio se apresenta: reconhecer que cada sujeito tem pressupostos, é atravessado por construções já estabelecidas previamente e por certas ideias do que é ou não verdade, por certas representações sobre os fenômenos com os quais se relaciona, e que, nesse processo, fabrica realidades para si. No entanto, fazer esse reconhecimento não é suficiente.

Pela importância para a construção desta pesquisa e desta tese, entendo como necessário fazer uma conversa com alguns autores do campo da Saúde Coletiva brasileira que são intercessores em mim há muito tempo. Eles fazem parte da minha formação como militante e como sujeito implicado com a construção e disputa cotidiana do SUS.

Além das ofertas conceituais, reflexivas e teóricas, esses autores são produtores de agires implicados capazes de “borrar” as fronteiras da produção do conhecimento no setor saúde, apropriando-se antropofagicamente de outros campos do saber, como a filosofia, a antropologia, a psicologia social e a psicanálise. Os mesmos autores oferecem pistas que me ajudaram a seguir por um caminho desafiador, crítico e inquietante, o qual me leva a repensar-me e a pensar outros sentidos para a produção do conhecimento, para os papéis do pesquisador e para a própria pesquisa nesse campo.

Entre esses autores, destacam-se Emerson Elias Merhy, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio e Laura Camargo Macruz Feuerwerker. Destaco algumas das muitas ofertas deles com as quais me encontrei no decorrer dos anos, pela conversa que

produzem com a discussão que faço neste tópico: “conhecer militante do saber implicado” (Merhy, 2004); “pesquisador *in-mundo*” (Abrahão et al., 2013; Merhy et al., 2014); questão do “duplo/tríplice estatuto” nos estudos sobre gestão e organizações de saúde no SUS (Cecílio, 2014); educação permanente e formação em saúde (Feuerwerker, 2014).

Para além dos encontros com ofertas teóricas desses autores, foram os encontros e as trocas com eles próprios (entre tantos outros) em espaços de debates, orientações e trabalhos conjuntos que me ajudaram a fabricar outros devires-trabalhador de saúde e outras formas de habitar a própria Saúde Coletiva.

A ideia e o reconhecimento de que o cotidiano dos serviços de saúde (suas práticas de cuidado, de gestão e de formação) são um laboratório permanente e extremamente intenso de produções/invenções de tecnologias e de conhecimentos são estruturantes para a fabricação do SUS. São também estruturantes para esta pesquisa de doutorado, que parte do reconhecimento de que esses conhecimentos produzidos no cotidiano dos serviços de saúde são válidos e constitutivos dos processos de subjetivação, sempre no “entre” do encontro, e da própria produção dos sujeitos, enquanto se produzem coletivamente as práticas de cuidado, gestão e formação (Rolnik, 2011; Merhy, 2015; Feuerwerker, 2005).

Nesse sentido, os encontros que aconteceram e as relações que se estabeleceram entre mim e outros trabalhadores de saúde, e entre mim e pessoas em situação de rua que são usuárias dos referidos serviços, têm um papel fundamental.

A Saúde Coletiva é um campo de produção de saberes e práticas bastante polifônico, polissêmico, múltiplo, interdisciplinar e sem fronteiras muito bem delimitadas; também, bastante tenso e cheio de disputas em torno do que é reconhecido como conhecimento válido e de quais formas são consideradas legítimas para “alcançá-lo”.

Além de anunciar esse reconhecimento, é preciso desenvolvermos estratégias para “enxergá-lo” (torná-lo visível) e “dar línguas” ou formas de expressão a ele (torná-lo dizível). Esse processo vem sendo construído há algum tempo, mas não a partir de um “amadurecimento” epistemológico isolado, linear e transcendente; ao contrário, foi um movimento convocado por atores sociais que se transformavam e protagonizavam mudanças no cenário político e social brasileiro de maneira geral e, mais especificamente, na saúde, no fim dos anos 80 e início dos anos 90 do século passado. Transformações que geraram outras necessidades, outros desafios e outras

agendas para o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, que, no período, disputava a tarefa de implantar o SUS no contexto dos sistemas locais de saúde pelo Brasil afora: “foi o retorno do sujeito”. Esse cenário demandou outras estratégias, outras tecnologias, outras epistemologias que se faziam também necessárias a partir de certo momento, trazendo uma centralidade maior para os estudos qualitativos (Cecílio, 2014).

Cecílio (2014, p. 4-5) destaca um

[...] deslocamento do interesse ou foco de atenção das grandes “estruturas”, da grande política, para o cotidiano, para o mundo de trabalhadores produzindo o cuidado, disputando sentidos para seu trabalho, daí a relevância crescente dos estudos qualitativos na Saúde Coletiva.

Esse autor coloca que têm sido cada vez mais frequentes pesquisas nas quais os pesquisadores são, ao mesmo tempo, militantes, trabalhadores de saúde ou gestores das experiências, das políticas públicas ou modelos tecnoassistenciais que estão investigando. São os pesquisadores e, ao mesmo tempo, os pesquisados (Cecílio, 2014).

Para Merhy (2004, p. 2), essas apostas de pesquisa criam uma questão para os pesquisadores para a qual há uma

[...] insuficiência da noção de pesquisador interessado, dizendo que todo pesquisador, como já está consagrado pelas discussões sobre o “fazer ciência”, é, além de sujeito epistêmico, ou seja, portador de teorias e métodos que lhe permitem se debruçar e estudar certos objetos da ciência, um sujeito ideológico, um sujeito “cultural”, ou seja, um sujeito interessado que dá valor a certas coisas e não outras, que tem certas opções e não outras, que tem certas concepções ideológicas e não outras.

Segundo o autor, o desafio não seria o fato de o pesquisador, nesses casos, ser um sujeito interessado; o problema seria que, além de sujeito interessado, ele é implicado: é o analisador e o analisado. “É um sujeito militante que pretende ser epistêmico, e os desenhos de investigação que temos como consagrados no campo das ciências não dão conta deste tipo de processo [...]” (Merhy, 2004, p. 2).

Como tenho pontuado, esse é exatamente o meu caso. Sou um sujeito militante pela vida, no sentido da produção da diferença como potência, e pela defesa e construção de um Sistema Único de Saúde público, equânime, universal e de qualidade; um SUS que seja um projeto emancipatório e civilizatório, de dimensão societária, e a expressão de uma democracia na qual a saúde é um direito de todos e

um dever do Estado. Ao mesmo tempo, sou um sujeito epistêmico (propus-me a realizar uma pesquisa no campo da Saúde Coletiva, no âmbito de um programa de pós-graduação) e interessado.

Além disso, proponho-me investigar a produção dos encontros com trabalhadores de duas equipes de saúde e com as pessoas em situação de rua no Centro Histórico de Salvador, no contexto da produção do cuidado em saúde destes, e as transformações pelas quais passei nesse processo. O mais “delicado” é que atuei como preceptor de estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FMB-UFBA) e também fui membro da equipe de um dos serviços (o CAPSad Gregório de Matos) durante parte do período no qual construí toda a investigação. Por isso, inequivocamente, também sou um sujeito implicado, pois me coloco no lugar de analisador e analisado (Merhy, 2004); assim como o são todas as pessoas que estiveram nos encontros comigo e que, de alguma forma, participaram da pesquisa.

Como colocam Gomes et al. (2014, p. 28),

[...] todo pesquisador é um sujeito epistêmico na sua formação não temos dúvidas. No entanto, o revelador para nós, sujeitos pesquisadores, foi perceber os atravessamentos de nossas implicações com o tema da pesquisa. Nós, pesquisadores na dobra do sujeito do epistêmico e implicado. Nós pesquisadores no entre do saber e fazer. A micropolítica do trabalho e cuidado em saúde se dá no espaço desse entre, fazer e saber, nessa dobra. O trabalho vivo em ato, em saúde tem essa condição, o saber se institui a partir do encontro com o outro, pois todo e qualquer trabalho em saúde se faz no encontro, com o usuário.

Portanto, torna-se central o diálogo da Saúde Coletiva com a análise institucional (mais especificamente através das produções de René Lourau, Georges Lapassade e Félix Guattari) e suas contribuições para o campo da clínica, das intervenções, da formação de trabalhadores de saúde e da pesquisa/produção do conhecimento, a partir da criação de um espaço intercessor entre os dois campos.



### **2.3 A produção do conhecimento se dá pelos afetos, em movimento, através das conexões e da ação**

Outra conversa que quero fazer é com a ideia de produção de conhecimento, que, por sua vez, se confunde com a produção da pesquisa, seus pressupostos éticos e epistemológicos.

Entendo a produção do conhecimento em uma perspectiva imanente, na qual ele é uma produção que se dá através dos encontros e das experiências, que habita os processos de subjetivação e é efeito dos afetos que os encontros produzem nos corpos. É constitutivo, portanto, da invenção, conservação e fabricação das próprias existências. Uma produção cartográfica em movimento, nas relações, nos encontros.

Essa conversa se dá, assim, pelo encontro com alguns conceitos-ferramenta, como os ofertados pela teoria das afecções, de Spinoza (2018), e pela teoria da autopoiese, de Maturana e Varela (1995). Franco (2015), ao estudar a teoria das afecções de Spinoza (2018), coloca que o conhecimento se dá pelos afetos. A teoria da autopoiese me convida a “recusar o modelo da representação”, no qual “conhecer não é representar, como se supõe em uma perspectiva que toma a cognição como processamento da informação transferida do meio para o organismo” (Passos, Barros, 2000, p. 76).

Franco (2015), para refletir o trabalho em saúde, dialoga com a teoria das afecções presente na obra “Ética” (Spinoza, 2018); esse diálogo nos aproxima da produção extremamente complexa desse filósofo e tira proveito de algumas de suas ofertas conceituais, o que nos ajuda a pensar os processos de subjetivação e sua relação com a produção do conhecimento pelos humanos.

Franco coloca que, segundo Spinoza, “os corpos têm a capacidade de afetar uns aos outros no encontro entre si, e o efeito dos afetos é o que ele chama de afecções” (Franco, 2015, p. 105). Assim, as afecções são alterações de estado desses corpos, os quais, a depender da forma como são afetados, podem ter sua potência de agir aumentada/estimulada (paixões alegres) ou, ao contrário, diminuída/refreada (paixões tristes) (Franco, 2015; Vinci, 2018).

A partir da ideia de que os corpos se afetam e mudam de estado, Spinoza propõe três gêneros de conhecimento, com os quais dialogo sem a pretensão de aprofundar a teoria complexa do filósofo. O primeiro gênero do conhecimento diz

respeito à opinião ou imaginação, e é resultado de forças externas que povoam nosso processo de subjetivação e produzem paixões, ou ideias inadequadas e confusas. O segundo gênero se relaciona com a razão, com os universais do conhecimento, formando campos comuns de representação em relação às propriedades das coisas, que seria o conhecimento científico. Já o terceiro gênero do conhecimento se dá quando há o entendimento sobre as forças que afetam o corpo ou seu processo de subjetivação (Franco, 2015; Spinoza, 2018). Assim, o terceiro gênero do conhecimento oferta a ideia de que “[...] o compreender [...] não é um ato apenas racional, mas significa produzir um conhecimento pela ‘ciência intuitiva’. Um aprendizado pelo corpo e com o corpo, em uma ideia na qual corpo e mente não se separam, o que supõe o conhecimento também pelos afetos.” (Franco, 2015, p. 109).

A partir desse entendimento, Franco (2015, p. 112) coloca que

[...] processos cognitivos e afetivos andam juntos a partir da exposição das pessoas ao seu próprio trabalho, o que proporciona um aprendizado pela razão e pelo corpo ao mesmo tempo e como um único processo. Desta forma, reconhecemos todas as formas de produção de conhecimento que consideram que a aprendizagem se dá ao mesmo tempo por processos cognitivos e afetivos, em que cognição e subjetivação envolvem a construção de um devir humano, a pessoa em permanente mudança.

Já o pensamento de Maturana e Varela (1995) questiona o representacionismo e o cartesianismo da ciência clássica moderna e traz o movimento como categoria imanente (Araújo, 2020). Eles propõem a teoria da autopoiese ou biologia do conhecer, que, segundo Maturana (2001, p. 12), consiste em

[...] uma explicação do que é o viver e, ao mesmo tempo, uma explicação da fenomenologia observada no constante vir-a-ser dos seres vivos no domínio de sua existência. Enquanto uma reflexão sobre o conhecer, sobre o conhecimento, é uma epistemologia. Enquanto uma reflexão sobre nossa experiência com os outros na linguagem, é também uma reflexão sobre as relações humanas em geral, e sobre a linguagem e a cognição em particular.

Segundo Maturana e Varela, no seu livro “A árvore do conhecimento” (1995, p. 68),

[...] o fenômeno do conhecer não pode ser equiparado à existência de “fatos” ou objetos lá fora, que podemos captar e armazenar na cabeça. A experiência de qualquer coisa “lá fora” é validada de modo especial pela estrutura humana, que torna possível uma coisa” que surge na descrição. Tal circularidade, tal encadeamento entre ação e experiência, tal inseparabilidade entre ser de uma maneira particular e como o mundo nos

parece ser, indica que todo ato de conhecer produz um mundo. [...] Todo fazer é conhecer e todo conhecer é fazer.

Félix Guattari, na sua obra “Caosmose” (2006, p. 118), defende a expansão da teoria da autopoiese para além do sistema biológico, “estendendo-a às máquinas sociais, às máquinas econômicas e até mesmo às máquinas incorporais da língua da teoria, da criação estética”.

A conversa com a teoria das afecções e com a teoria da autopoiese intenciona sustentar a aposta na produção do conhecimento através da experiência, do lançamento dos corpos aos encontros e às conexões, através dos quais são afetados e transformados. Essa aposta compreende os corpos a partir da ideia de “corpo sem órgãos” (Deleuze, Guattari, 2012), caracterizados pela sua capacidade de afetar e de ser afetado, de se produzir a partir de experimentações e diferenciações, por sua imanência, por sua potência, por sua capacidade de vir a ser outros, por sua liberdade, por seus devires.

É nos encontros que os corpos afetados sofrem abalos, que os territórios existenciais se desmancham e outros são fabricados (Rolnik, 2011), que ocorrem os movimentos. No movimento da ação, nos encontros, nas afetações mútuas e na construção de novos mundos, através de uma espécie de violência, o pensamento e o conhecimento vão sendo produzidos, pois “pensar é também objeto de um encontro, um encontro que faz signo, incomoda e força a pensar já que naturalmente não pensamos, mas somente quando somos incomodados e, portanto, levados a pensar” (Damasceno, 2010, p. 90).

Suely Rolnik (2011, p. 12) coloca que, “segundo pesquisas recentes, cada um de nossos órgãos do sentido é portador de uma dupla capacidade, uma cortical e outra subcortical”. Ela chama essa segunda capacidade dos órgãos do sentido em conjunto de “corpo vibrátil”, o qual

[...] nos permite apreender a alteridade em sua condição de campo de forças vivas que nos afetam e se fazem presentes em nosso corpo sob a forma de sensações. O exercício desta capacidade está desvinculado da história do sujeito e da linguagem. Com ela, o outro é uma presença que se integra à nossa textura sensível, tornando-se, assim, parte de nós mesmos. [...] Entre essa vibratibilidade do corpo e sua capacidade de percepção há uma relação paradoxal. É a tensão desse paradoxo que mobiliza e impulsiona a potência de criação, na medida em que nos coloca em crise e nos impõe a necessidade de criarmos formas de expressão para as sensações intransmissíveis por meio de representações de que dispomos. Assim, movidos por esse paradoxo, somos continuamente forçados a pensar/agir de modo a transformar a paisagem subjetiva e objetiva (Rolnik, 2011, p.12-13).

Trago para a conversa uma produção mais recente de Suely Rolnik (2017) que entendo ser devedora das produções de outros autores, como Spinoza, Deleuze e Guattari, dialogando, portanto, com as conversas que acabei de fazer. Apesar de algumas de suas ideias centrais já terem sido trabalhadas neste capítulo, pela sua atualidade, pela articulação que a autora faz com o que estamos vivendo no mundo e, especificamente, no Brasil, e por sua capacidade de síntese em relação aos principais pontos das conversas anteriores, achei importante fazer esse diálogo.

Rolnik (2017) denomina de “inconsciente colonial-capitalístico” a dinâmica do inconsciente característica do capitalismo financeiro contemporâneo, o qual tem como elemento principal a redução da subjetividade à sua experiência como sujeito. A função do sujeito tem um papel essencial para a vida em sociedade, que é nos capacitar para decifrar os códigos e dinâmicas relacionais próprias da sociedade em que vivemos, de modo a produzir sentido, criar hábitos e uma sensação de familiaridade, constituindo-se como uma experiência sensorial e sentimental (emoção psicológica) na qual “o outro é vivido como um corpo externo, separado do sujeito, e com ele se relaciona pela via da comunicação, baseada no compartilhamento de uma mesma linguagem” (Rolnik, 2017, p. 108-109).

A redução da subjetividade ao sujeito, no entanto, exclui a **experiência imanente à condição humana**, um “fora do sujeito”. Essa experiência, extirpada pelo regime de inconsciente colonial-capitalístico, é extrapessoal, pois somos os efeitos variáveis das forças do mundo, não havendo contorno pessoal; extrassensorial, dando-se via afetos e não por percepções; e extrassentimental, dando-se via emoção vital, que é diferente da emoção psicológica (Rolnik, 2017). Nessa esfera da experiência, a relação com o outro se dá pela empatia, “na qual não há distinção entre sujeito cognoscente e objeto exterior, como é o caso na experiência do sujeito” (Rolnik, 2017, p.109). Segundo essa autora,

Na experiência subjetiva fora-do-sujeito, o outro vive efetivamente em nosso corpo, ele nos habita por meio de seus efeitos. É na relação com sua presença viva, os afetos, que se produz a empatia. Ao habitarem nosso corpo, as forças do mundo nos fecundam, gerando embriões de outros mundos em estado virtual. Estes nos provocam uma sensação de estranhamento, distinta da familiaridade que nos proporciona nossa experiência enquanto sujeitos (Rolnik, 2017, p. 109-110).

Segundo Buber (2001), o mundo, para o homem, é duplo, de acordo com a dualidade das palavras-princípios que ele pode proferir, as quais não são vocábulos

isolados, pois andam em pares. Ele coloca que uma palavra-princípio é o “par Eu-Tu”, e a outra é o “par Eu-Isso”. Segundo esse autor, o Eu não existe separado do Tu ou do Isso. Assim, quando alguém diz “Eu”, quer dizer o Eu presente no Tu e no Isso; ao mesmo tempo, quando diz “Tu” ou “Isso”, o Eu de uma ou de outra palavra-princípio está presente. Por isso, “aquele que profere uma palavra-princípio penetra nela e aí permanece” (Buber, 2013, p. 52).

Esse autor coloca, ainda:

Afirma-se que o homem experiencia o seu mundo [...] O homem explora a superfície das coisas e as experiencia. Ele adquire delas um saber sobre sua natureza e sua constituição, isto é, uma experiência. Ele experiencia o que é próprio às coisas. Porém, o homem não se aproxima do mundo somente através de experiências. [...] Eu experiencio alguma coisa. [...] Eu experiencio uma coisa. [...] O experimentador não participa do mundo: a experiência se realiza “nele” e não entre ele e o mundo. O mundo não toma parte da experiência. Ele se deixa experienciar, mas ele nada tem a ver com isso, pois, ele nada faz com isso e nada disso o atinge. O mundo como experiência diz respeito à “palavra-princípio Eu-Isso”. A “palavra-princípio Eu-Tu” fundamenta o mundo da relação (Buber, 2013, p. 52-53).

E, ainda segundo Buber (2013, p. 60), “[...] relação é reciprocidade. Meu “Tu” atua sobre mim assim como eu atuo sobre ele. [...] Nós vivemos no fluxo torrencial da reciprocidade universal, irremediavelmente encerrados nela.”

No entanto, entendo a experiência a partir das ofertas conceituais de Spinoza e Foucault, que eu trouxe para a conversa através das contribuições de Deleuze, Rolnik e Pelbart, e da produção de Maturana. Para esses autores, a experiência é transformação que se dá na relação com o mundo à medida que esse nos afeta e faz estremecer os contornos dos nossos territórios existenciais.

Dialogando com as contribuições de Buber, a produção da experiência precisa se dar “no entre” dos nossos corpos e o mundo (das coisas, das ideias, das existências outras, da música, da arte, etc.), à medida que vai sendo produzido nos espaços intercessores dos encontros, sempre em relação. E, concordando com Buber, precisamos fazer alguma coisa com isso que acontece no encontro; no caso de chamarmos esse efeito nos nossos corpos a partir dos encontros de experiência, esta precisa servir para produzir mudanças no mundo dos vivos. Pois bem, entendo que só transforma o mundo quem também está em transformação, impulsionado por processos desejantes produzidos no fora do sujeito, pois é uma experiência extrapessoal, extrassensorial e extrassentimental (Rolnik, 2017).

Dessa forma, coloquei-me o desafio de construir um objeto de pesquisa de doutorado que é fugidio, inefável e que se expressa “no entre” dos encontros e das relações, nos espaços intercessores, e produz ressonâncias nos corpos envolvidos. Foi necessário assumir que eu estava querendo “olhar” para o cuidado das pessoas em situação de rua, mas não como um fenômeno abstrato, transcendente e externo a mim. Olhar para as experiências produzidas nos encontros com essas pessoas e suas reverberações na produção do cuidado; mas, também, a partir das experiências de cuidado, olhar para a produção das existências dos sujeitos envolvidos.

Esse recorte de pesquisa exigiu uma aposta em um percurso metodológico que me ajudasse na investigação desse processo em produção, que servisse para a construção de um olhar em movimento. Nos tópicos a seguir, farei outras conversações com o intuito de que me ajudem na construção deste percurso. Um percurso que é coerente nesse movimento que também é uma forma de reclamar de volta essa experiência fora do sujeito imanente à condição humana apontada por Rolnik, e que vem sendo desde sempre cafetinada pelo inconsciente colonial-capitalístico (Rolnik, 2017, 2019). Uma insurgência contra o regime colonial; um esforço de instaurar um processo de descolonização.

## **2.4 O “estar no mundo” é produzido por agenciamentos que se formam em um emaranhado de rizomas**

Caminhar por essa pesquisa reconhecendo a produção rizomática do mundo me ajudou a buscar escapar da armadilha, todo o tempo presente, da lógica binária que não reconhece a multiplicidade.

As noções de certo e errado, adequado e inadequado, normal e anormal, bom e mau, por exemplo, precisaram ser desconstruídas ou, no mínimo, reposicionadas no caminhar da pesquisa. Também foi preciso reconhecer que, à medida que era afetado por uma pessoa em situação de rua ou por um trabalhador de saúde, ela/ele passou a me habitar e a viver através de mim, pois tornou-se parte da construção da minha experiência, dos meus movimentos, dos meus deslocamentos, dos meus pensamentos e das minhas práticas (de gestão, de cuidado, de ensino e de pesquisa).

Nesse sentido apontado pelo rizoma, tanto o pensamento como a produção do conhecimento não têm mais um lugar no qual se iniciaram, um ponto zero, pois se dão

em fluxos contínuos; assim como os efeitos dos encontros produzidos na pesquisa, nos nossos corpos (meu, dos trabalhadores e dos usuários dos serviços) e suas expressões na construção da realidade para cada um, são imprevisíveis e não pertencem a ninguém (Deleuze, Guattari, 2009).

Esse reconhecimento tem um papel central na pesquisa, pois me ajudou a olhar para a forma como sofria as afecções produzidas nos vários encontros: com pessoas, com pensamentos, com conceitos, com acontecimentos. A escrita da tese, assim, foi feita a muitas mãos: não é um “João uno” escrevendo; são muitos “Joãos”. Eu sou uma multiplicidade, e as pessoas com que me relaciono são multiplicidade também. Atribuo essa escrita a uma construção coletiva, produzida através das ressonâncias que surgiram na relação com as pessoas em situação de rua, com os trabalhadores do CAPSad e do Consultório na Rua, com minhas orientadoras e com vários autores com quem faço conexão e cujos conceitos-ferramenta são intercessores em mim. Não é possível atribuir algo a mim como autor; não por esse processo, especificamente, ter sido diferente de outros, mas porque entendo que é assim que acontece, mesmo quando não conseguimos reconhecer, mesmo quando criamos uma série de estruturas, regras e esquemas para explicar nós mesmos e o nosso pensamento.

Considero, assim, que esta tese tem um devir-rizoma; apesar de todas suas amarras, raízes e decalques, ela representa um esforço de construir um plano de consistência<sup>6</sup> no qual tento expressar os caminhos construídos para a sua fabricação. As produções do pensamento e do conhecimento que pretendo expressar aqui não são uma produção isolada minha, da autoria de um João-sujeito, mas de um João-rizoma, de um João-multiplicidade, pois foram disparadas por agenciamentos realizados por encontros aleatórios e agendados, também rizomáticos.

Os encontros com certos usuários, seja por suas ações ou narrativas, seja por sua simples presença e pela forma como nos afetávamos mutuamente, me fizeram entender melhor essa multiplicidade que me habita. Os incômodos, desconfortos, certezas desmanchadas e estranhamentos gerados na relação entre formas de ser tão distintas me fizeram tornar visíveis (e, depois, dizíveis) algumas dimensões que

---

<sup>6</sup> Planos de consistência seriam fluxos circulantes na relação que eu estabeleço com os encontros e acontecimentos nesse processo de pesquisa e de escrita da tese, e dizem respeito a um campo invisível das minhas experiências, sempre coletivas, no fazer da pesquisa, e os afetos que dão significado à relação com a própria produção do conhecimento (Franco, Merhy, 2013; Zourabichvili, 2004).

me constituem: o machismo em mim, o racismo em mim, os privilégios de classe, a violência que minhas certezas acadêmicas e minha branquitude (Müller, Cardoso, 2017) podem causar nas pessoas em situação de vulnerabilidades, de pele negra, cheias de marcas e cicatrizes subjetivas e físicas. Esse movimento de ver e de dizer de outra maneira provoca deslocamentos, a fabricação de novos pensamentos e de novos conhecimentos.

## **2.5 A cartografia como aposta na produção do conhecimento implicado**

Esses territórios de subjetividades ou paisagens psicossociais micropoliticamente fabricados, segundo Rolnik (2011), também são cartografáveis. Essa autora nos coloca que a cartografia

[...] acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos (Rolnik, 2011, p. 23).

Dessa forma, por entender que poderia me ajudar a navegar nessas águas às vezes calmas, às vezes violentas de produção e desmanchamento contínuos de realidades, e por achar que seria mais coerente com a pesquisa que desejava produzir, fiz uma aposta na cartografia como forma de caminhar na investigação e de me posicionar eticamente nesta produção. Essa aposta toma a cartografia como a emergência, no acontecimento, de línguas sobre mim (cartógrafo) que não existiam, e a entende como formada por três dobras: vivências, experiências e experimentações, as quais se dão na micropolítica dos encontros e são elementos constitutivos da produção da narrativa cartográfica (Abrahão, Merhy, 2014; Rolnik, 2011).

Trago para a conversa a noção de “experiência” discutida por Pelbart, a partir do pensamento de Foucault, que é entendida como algo que transforma o sujeito: “uma concepção de experiência como uma metamorfose, uma transformação na relação com as coisas, com os outros, consigo mesmo, com a verdade” (Pelbart, 2016, p. 231). Essa noção é trabalhada de forma bastante interessante por Bondía (2002, p. 21), o qual coloca que a experiência é “[...] o que nos passa, o que nos acontece, o



que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece.”

Converso com o conceito de “experimentação” a partir da forma como ele foi produzido por Deleuze, em diálogo com pensamento de Spinoza sobre os gêneros de conhecimento. As experimentações fariam, assim, parte de uma caminhada errática, constitutiva dos viventes, no seu processo de construção no mundo. Dessa forma,

[...] não possuímos aprioristicamente o conhecimento adequado, visto que não existe um certo e um errado nesse processo. [...] O conhecimento adequado surge-nos apenas quando é demasiado tarde, após um longo périplo pelo ciclo de tristezas. De qualquer maneira, como cada vivente [...] define-se apenas pelas afecções que vivencia e nenhum modo compartilha com outro os mesmos afectos, cabe a cada um experimentar o quinhão de alegrias e tristezas que lhe cabe [...]. Cada qual deve empreender a sua própria experimentação, de acordo com as composições nas quais se vê enredado. Em resumo e uma vez mais, não podemos julgar de largada aquilo que convém ou não para um vivente agenciado em uma situação singular, **não há um caminho pré-estabelecido para se conhecer adequadamente, há apenas experimentação e nada mais** (Vinci, 2018, p. 332, grifos nossos).

Pude experienciar essa aposta no meu próprio corpo ao sentir que nunca poderia me produzir de outra forma que não me lançando nos encontros e me permitindo reconhecer e lidar com os afetos que me atravessavam. Dito de outra forma, somente me lançando na produção de outras experimentações é que pude sofrer as violências desses encontros nas relações com outros corpos, resultando na produção de estranhamentos e desterritorializando as familiaridades próprias da minha experiência como sujeito. Processo necessário para eu colocar minhas marcas corporais em desassossego e dar lugar a outro sentir, outro pensar e outro agir no mundo.

Cartografar reconhecendo a produção dos muitos “Joãos” possíveis a partir dos encontros com as pessoas em situação de rua e com as equipes de saúde que com elas se relacionam para a produção do cuidado em saúde, cartografar os desmanchamentos dos decalques que fazem parte do meu corpo de órgãos: a cartografia como um movimento tenso e interminável de construção de um “corpo sem órgãos-CsO” em mim (Deleuze, Guattari, 2012); uma tensão constitutiva e necessária, causada pela resistência dos múltiplos Joãos que me habitam: “João-professor”, “João-médico”, “João-homem branco”, “João-pesquisador branco” e “João-militante” dando lugar a outras línguas, outros devires, “outros Joãos”.

Um CsO é feito de tal maneira que ele só pode ser ocupado, povoado por intensidades. Somente as intensidades passam e circulam. Mas o CsO não é uma cena, um lugar, nem mesmo um surto onde aconteceria algo. Nada a ver com um fantasma, nada a interpretar (Deleuze, Guattari, 2012, p. 16).

Dessa forma, tratando-se de uma cartografia, um dos grandes desafios dessa caminhada relacionou-se, justamente, com o exercício de tirar um dos importantes “órgãos” que constitui o meu corpo de pesquisador-branco-colonizado: uma postura representacional diante do mundo, que me convoca, ao me relacionar com ele, a interpretá-lo transcendentemente. Se eu não consigo descolar dessa postura, termino impondo a minha narrativa, como regime de verdade, sobre outras narrativas, que, por sua vez, constituem outros regimes de verdade.

## **2.6 Uma “tese-experiência”: a escrita da tese como exercício de transformação (ou abandono) de mim**

[...] um livro é feito para outros, tendo assim, em última instância, um alcance coletivo, dizendo respeito a uma prática coletiva, a um modo de pensar que extrapola o sujeito individual e se endereça à experiência daquelas que leem ou o utilizam. É isso o que Foucault chama de um livro-experiência, por oposição a um livro-verdade ou um livro-demonstração (Pelbart, 2016, p. 234).

Dialogando com a provocação de Pelbart, o exercício da escrita desta tese, para mim, foi um processo de alta exigência; não física e cognitiva (com foco na dimensão da linguagem) somente, mas afetiva, emocional, existencial. Explico: escrevê-la se constituiu em um exercício muito além da dimensão reflexiva ou, mesmo, analítica, a partir do material empírico produzido ao longo da pesquisa. Foi muito mais do que uma revisitação interessada da memória do vivido, ou uma busca por coerência teórico-epistemológica que desse conta de explicar certa “realidade” transcendente; por outro lado, também não estava alinhado com a construção de um determinado saber, com a confirmação ou não de uma hipótese previamente colocada. Esse exercício foi, na verdade, uma experiência.

Ao tomar um conjunto de experimentações como agenciamentos, a escrita da tese também me permitiu vivenciar novas experimentações; uma caminhada (que ainda não acabou, nem acabará) por um caminho cheio de encruzilhadas, que tanto procurou acompanhar as novas paisagens psicossociais que estavam em processo de construção, como disparou a própria fabricação delas. Aposto no desafio de pensar

que a tese, apesar de nascer de uma experiência pessoal (mas não individual), também é resultado da desconstrução de mim como autor que a viveu, colocando em xeque minha própria identidade. Encontros produzindo muitos Outros. Um desafio em conciliar, como nos convida Pelbart, que a tese

[...] parte de uma experiência pessoal, mas não constitui o relato dessa experiência, já que o livro [nesse caso, a tese] é em si mesmo uma experiência em um sentido mais radical, a saber, uma transformação de si, e não a reprodução da experiência vivida 'tal como ela ocorreu' e que estaria na origem dessa escrita, nem sua transposição direta (Pelbart, 2016, p. 234).

Nesse sentido, “um livro concebido como uma experiência é algo que transforma aquele que o escreve e aquilo que ele pensa, antes mesmo de transformar aquilo de que se trata” (Pelbart, 2016, p. 231). Peço emprestada essa ideia para pensar a escrita da tese como uma experiência: uma tese-experiência.

Essa possibilidade de pensar a escrita da tese a partir dessa perspectiva dialoga bastante com o que foi esse processo para mim. Remete à ideia de movimento, de devir, de potência e de construção, também de um plano de consistência (como já coloquei há pouco) imanente à aposta cartográfica tomada na produção desta pesquisa. A escrita é, ao mesmo tempo, parte, continuidade e agenciamento da produção da própria cartografia e do exercício de produção de um corpo sem órgãos em mim.

## Referências

Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MP, Tallemberg C, Chagas MS, Rocha M, et al. O pesquisador *in-mundo* e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. *Lugar Comum*. 2013; 39:133-44.

Abrahão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface* [Internet]. 2014 Apr-Jun [cited 2021 May 24];18(49). Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0166>

Araújo LM. Teoria do conhecimento em Maturana e Varela – Movimento Realidade e Autopoiese [cited 2020 Aug 15]. Available from: [http://www.prac.ufpb.br/copac/extelar/producao\\_academica/artigos/pa\\_a\\_movimento\\_realidade\\_e\\_autopoiese.pdf](http://www.prac.ufpb.br/copac/extelar/producao_academica/artigos/pa_a_movimento_realidade_e_autopoiese.pdf)

Barros M. Livro sobre nada. Rio de Janeiro: Record; 1996.

Barros M. Retrato do Artista Quando Coisa. Rio de Janeiro: Record; 1998.

Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*. 2002 Jan-Abr; 19:20-8.

Buber M. *Eu e Tu*. Von Zuben NA, tradutor. São Paulo: Centauro; 2001.

Cecílio LC. A questão do “duplo/tríplice estatuto” nos estudos sobre gestão e organizações de saúde no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Fórum Sociológico* [Internet], 2014 [cited 2020 Aug 16]. Available from: <https://journals.openedition.org/sociologico/1125#quotation>

Coimbra CM, Nascimento ML. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. 2008. In: Geisler AR, Abrahão AL, Coimbra CM, organizadores. *Subjetividades, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos em saúde*. Niterói: EdUFF; 2008. p. 143-53.

Damasceno VM. Individuação, Corpo e Afecto em Gilles Deleuze. In: Franco TB, Ramos VC, organizadores. *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 76-92.

Deleuze G, Guattari F. 28 de novembro de 1947 – Como criar para si um Corpo sem Órgãos? In: Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. 2a ed. Vol. 3. Guerra Neto A, Costa CP, tradutores. São Paulo: 34; 2012. p. 11-33.

Deleuze G, Guattari F. Introdução: Rizoma. In: Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. 6a ed. Vol. 1. Guerra Neto A, Costa CP, tradutores. São Paulo: 34; 2009. p. 11-37.

Deleuze G. O que é um dispositivo? In: Deleuze G. *O mistério de Ariadne*. Lisboa: Veja – Passagens; 1996 [cited 2021 Mar 22]. Available from: [https://www.uc.pt/iii/ceis20/conceitos\\_dispositivos/programa/deleuze\\_dispositivo](https://www.uc.pt/iii/ceis20/conceitos_dispositivos/programa/deleuze_dispositivo)

Deleuze G. Os intercessores. In: Deleuze, G. *Conversações*. 3a ed. Pelbart PP, tradutor. São Paulo: 34; 2013, p. 155-72.

Eps em Movimento. O Diário Cartográfico [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 31]. Available from: <http://eps.otics.org/material/entrada-apresentacao/arquivos-em-pdf/diario-cartografico>

Feuerwerker LC, Merhy EE. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais se gestão e de saúde? In: Mattos RA, Baptista TW, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.

Feuerwerker LC. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

Feuerwerker LC. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2005 Set-Dez;9(18):489-506.

Foucault M. "Foucault". In: Motta MB, organizador. Ditos e Escritos V. Monteiro E, Barbosa IA, tradutores. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.

Franco TB, Merhy EE. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: Franco TB, Merhy EE, organizadores. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013.

Franco TB. Trabalho Criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. Saúde soc. 2015;24(1):102-14.

Gomes MP, Merhy EE, Silva E, Abrahão AL, Vianna L, Rocha M, et al. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: Gomes MP, Merhy EE, organizadores. Pesquisadores *in-mundo*: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 25-42.

Guattari F. Caosmose: um novo paradigma estético. Oliveira AL, Leão LC, tradutores. São Paulo: 34; 2006.

Hardt M, Negri A. Multidão: guerra e democracia na era do Império. Marques C, tradutor. Rio de Janeiro: Record; 2005.

L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. Análise Institucional & Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2013.

L'Abbate S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. Mnemosine. 2012;8(1):194-219.

L'Abbate S. A análise institucional e a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2003 [cited 2020 Set 3];8(1):265-74. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=en&nrm=iso)

Lourau R. O Estado na Análise Institucional. In: Altoé S, organizador. René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 140-53.

Maturana H, Varela F. A árvore do conhecimento. Santos JP, tradutor. Campinas: Psy; 1995.

Maturana HR. Cognição, ciência e vida cotidiana. Magro C, Paredes V, tradutores e organizadores. Belo Horizonte: UFMG; 2001.

Merhy EE, Gomes CM, Silva E, Santos MF, Cruz KT, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Revista Divulgação em Saúde para Debate [Internet]. 2014 Oct [cited 2020 Aug 18]; (52):153-64. Available from: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>

Merhy EE. Educação Permanente em Movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. Saúde em Redes. 2015;1(1):7-14.

Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, et al., organizadores. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 21-45.

Müller TM, Cardoso L. Branquitude: estudos sobre identidade branca no Brasil. Curitiba: Appris; 2017.

Passos E, Barros RB. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. Psic.: Teor. e Pesq. [Internet]. 2000 Apr [cited 2020 Aug 13];16(1):71-9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=en&nrm=iso)

Passos E, Kastrup V, Tedesco S, organizadores. Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum. Vol. 2. Porto Alegre: Sulina; 2014.

Pelbart PP. O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento. 2a ed. São Paulo: n-1; 2016.

Rolnik S. Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo. 2a ed. Porto Alegre: Sulina, UFRGS; 2011.

Rolnik S. Esferas da Insurreição: notas para uma vida não cafetinada. 2a ed. São Paulo: n-1; 2019.

Rolnik S. Esferas da Insurreição: para além da cafetinagem da vida. In: Santiago H, Tible J, Telles V, organizadores. Negri no Trópico. 23°26'14". São Paulo: n-1; 2017. p. 101-21.

Santos BS. Um discurso sobre as ciências. 7a ed. São Paulo: Cortez; 2010.

Spinoza B. Ética. Tadeu T, tradutor. 2a ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2018.

Vinci CF. O conceito de experimentação na filosofia de Gilles Deleuze. In: Sofia. 2018 Jul-Dec;7(2):322-42.

Zourabichvili F. O Vocabulário de Deleuze. Teles A, tradutor. Rio de Janeiro: Record; 2004.

### **CAPÍTULO 3 – PREÂMBULO: CARTOGRAFIA DA MINHA APROXIMAÇÃO DO TERRITÓRIO DO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR (OS TERRITÓRIOS POR MIM E EM MIM)**

*“O coração da vida popular baiana situa-se na parte mais velha da cidade, a mais poderosa e fascinante. Refiro-me às praças e ruas que vão do Terreiro de Jesus, contendo suas igrejas – são cinco, cada qual mais suntuosa e entre elas estão a Catedral, a Igreja de São Francisco, e a Ordem Terceira com sua fachada esculpida –, descem pelo Pelourinho, sobem pelo Paço e pelo Carmo, desembocam em Santo Antônio, junto à Cruz do Pascoal, ou nas imediações da cidade-baixa, ao lado do velho Elevador do Tabuão.”*

“Bahia de Todos os Santos” (Amado, 1944).

Em primeiro lugar, é importante destacar que o que estou chamando de “território” aqui relaciona-se com o espaço físico, conforme descrito por Jorge Amado no trecho supracitado ao enumerar algumas ruas e praças do Centro Histórico de Salvador (CHS); e, principalmente, com o espaço geográfico (território usado), o qual seria, de acordo com o pensamento de Milton Santos (2005, p. 252), um “território abrigo de todos os homens de todas as instituições e de todas as organizações”. Ao colocar que aquelas ruas e praças eram o “coração da vida popular baiana”, Jorge Amado também está contemplando essa dimensão do território como o espaço geográfico pensado por Milton Santos, o qual é vivo, dinâmico e múltiplo, cheio de vidas em produção, relações, violências, resistências e potências.

[...] o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto da análise social. Trata-se de uma forma impura, um híbrido, uma noção que, por isso mesmo, carece de constante revisão histórica. O que ele tem de permanente é ser nosso quadro de vida. Seu entendimento é, pois, fundamental para afastar o risco de alienação, o risco da perda do sentido da existência individual e coletiva, o risco de renúncia ao futuro (Santos, 2005, p. 255).

Em diálogo com o pensamento de Milton Santos, mas também com conceitos-ferramenta ofertados pelo institucionalismo, meu principal intuito neste capítulo é percorrer o território percebido/produzido através da minha presença nele, das relações que estabeleci com as pessoas que o habitam e com os acontecimentos nele

produzidos. Essa última perspectiva de entender o território dialoga com meus processos de subjetivação e relaciona-se, portanto, com os territórios existenciais em contínua produção e em desmanchamento; remete a movimento, cartografia, transformação, experiência (Rolnik, 2011; Guattari, Rolnik, 1996).

Nesse sentido, a presença nesse território, inicialmente, deu-se a partir da minha relação com o trabalho como professor, como médico e como pesquisador e, portanto, com a relação com os serviços ou organizações nas quais trabalhei e trabalho. Assim, em alguma medida, essa presença foi modulada pela forma como esses locais de trabalho concebiam o território e, também, no contato e na conexão com as pessoas que habitam esse território.

O que considero como território não é apenas o território *per se*, com certas características que lhe são próprias. Qualquer descrição que venha a fazer dele seria a partir de escolhas e recortes fabricados com base no que me atravessa; outra pessoa traria outros dados e elementos, fazendo uma descrição completamente diversa do mesmo território, a ponto de poder parecer completamente outro para quem lesse.

Nessas relações e nesses encontros, fui construindo formas de ver e de sentir esse território em meu corpo; como em uma dobra, fui construindo territórios existenciais (territorialização) movediços, fugidios, que iam se desmanchando (desterritorialização) e se refazendo nessa caminhada (reterritorialização) (Guattari, Rolnik, 1996). Em outras palavras, o que enxergo como o território do CHS é uma produção cambiante composta pela relação complexa entre minhas implicações, meus atravessamentos institucionais e pela forma como eu fui construindo minha relação com ele; inicialmente, através das representações que tinha a respeito dele, mas, no decorrer da caminhada, também mediado por atribuições, responsabilidades, possibilidades, limites e tensões ligados às minhas interações com esse território.

Assim, como já colocado em outro momento, o fato de ser um homem-branco-privilegiado economicamente e o fato de que minha circulação nesse território físico semanalmente se dava porque sou professor universitário-médico que atuava em três serviços de saúde (dois deles dentro da sede da Faculdade de Medicina) marcam profundamente a minha presença nele e a forma como o habito. Alguns usuários não me deixavam esquecer dessa condição de “estrangeiro” em relação ao território, como fica claro nestes registros dos Diários Cartográficos a partir de um encontro com um usuário:



[...] os trabalhadores deviam ser preparados para lidar com as crises dos usuários, pois, quem tinha problemas eram eles, pois usavam drogas e moravam na rua e, por isso, estavam ali para serem cuidados, e não nós, trabalhadores, que tínhamos dinheiro, acesso a comida e iríamos voltar para casa no fim do dia [...] Vocês não entendem o que a gente passa na rua, pois, quando saem daqui, vão para as suas casas, de carro, para o conforto, e recebem o salário no fim do mês"! (Diários Cartográficos, 28 de setembro de 2017).

O que esse usuário coloca traz uma questão muito importante: mais do que me apontar que eu (e os outros trabalhadores de saúde) era estrangeiro em relação àquele território físico, explicitava que eu era estrangeiro em relação aos territórios existenciais das pessoas em situação de rua. Apesar de isso ser óbvio, não necessariamente era uma questão para a qual eu olhava de forma analítica, procurando entender de que modo certos instituídos me atravessavam. Se, em outras relações de cuidado, esses atravessamentos poderiam passar despercebidos, com as pessoas em situação de rua isso era impossível.

Apesar de a minha interação inicial com o CHS ter sido, prioritariamente, a partir da minha inserção pelo trabalho, isso foi mudando. Com o tempo, passei a sentir esse território de uma maneira muito diferente; essa construção foi acontecendo junto com as transformações da minha relação com o trabalho, e o território tonou-se também um espaço de experimentações onde fui investindo meu desejo. Habitar esse território a partir de um recorte como trabalhador foi possibilitando, aos poucos, além dos atravessamentos, afecções dadas, também, pela transversalidade dos espaços e das pessoas; o território também passara a me habitar, contribuindo com a composição de meus territórios no sentido trazido por Guattari e Rolnik (1996, p. 323):

O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente "em casa". O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos.

Coloca Haesbaert (2007, p. 21) que, como espaço-tempo vivido,

O território é sempre múltiplo, "diverso e complexo", ao contrário do território "unifuncional" proposto e reproduzido pela lógica capitalista hegemônica, especialmente através da figura do Estado territorial moderno, defensor de uma lógica territorial padrão que, ao contrário de outras formas de ordenação territorial (como a do espaço feudal típico), não admite multiplicidade/sobreposição de jurisdições e/ou de territorialidades.

Concordando com Haesbaert, entendo que só há multiterritorialidades porque são uma multiplicidade e são múltiplos os sujeitos que habitam certo território físico e, na relação com ele e através de seus nomadismos, agenciam seus processos de subjetivação, produzem e desmancham seus territórios existenciais. Dessa forma, tomo essa ideia para pensar que meus processos de desterritorialização, cravados nas “identidades” de homem branco, de médico e de professor, estão acontecendo, e não sem uma tensão importante envolvida. Criar linhas de fuga em relação a esses territórios que ainda habito é um movimento tenso que venho tentando fazer ao longo dos anos e que estará sempre em movimento; minha relação com o CHS e seus habitantes tem sido parte importantíssima desse processo (Rolnik, 2011; Guattari, Rolnik, 1996).

### **3.1 Algumas pistas na aproximação do Centro Histórico de Salvador: aspectos históricos e atuais**

A cidade de Salvador foi fundada em 1549 pelos colonizadores portugueses, e é uma das mais antigas do continente americano. Foi a primeira capital colonial do Brasil (de 1549 a 1763), na qual se estabeleceu o primeiro mercado de escravos do Novo Mundo, inicialmente para abastecer as plantações de cana-de-açúcar e, depois, para a extração de ouro nas Minas Gerais (Portal Educacional, 2020).



Fonte: autoria própria (2020).

**Figura 3. Vista do Largo do Pelourinho.**

O Centro Histórico de Salvador (CHS) está situado na parte da cidade que é conhecida como Cidade Alta, e engloba as áreas do Pelourinho, Praça da Sé, Terreiro de Jesus, Largo do São Francisco e Santo Antônio Além do Carmo. Essa região “corresponde ao núcleo fundador de Salvador, local onde, no século XVII, teve início a construção das principais edificações da cidade, como igrejas, solares, monumentos, e das edificações coloniais do Pelourinho (Figura 3), principalmente pelo investimento de grandes proprietários rurais” (Braga, Santos Júnior, 2009, p. 24), possuindo o maior conjunto arquitetônico do período colonial preservado na América Latina.



Fonte: Isadora Brant, 21 nov. 2012.

**Figura 4. Pelourinho, bairro do Centro Histórico de Salvador.**

O CHS (Figura 4), durante muito tempo, foi o centro econômico e cultural da cidade, desempenhando um importante papel não só na Bahia, mas no Brasil, possuindo inúmeros edifícios históricos dos séculos XVI ao XIX, destacando-se os conjuntos monumentais da arquitetura religiosa, civil e militar. Foi inscrito no livro de Tombo Arqueológico, Etnográfico e Paisagístico em 1984 e, em dezembro do ano seguinte, sua inscrição na Lista do Patrimônio Mundial foi ratificada pela Unesco (Iphan, 2020; Espinheira, 2009).

Apesar dessa riqueza arquitetônica, histórica e cultural, basta caminharmos um pouco para além das ruas principais que circundam o Pelourinho para vermos construções prestes a desabar ou já desabadas, miséria e tráfico de drogas. Segundo Espinheira (2009, p. 7),

Antigos arranjos de convivência foram desfeitos e não foram substituídos por outros, mas sim por um forte esquema repressivo policial. O Pelourinho, na área recuperada, é hoje relativamente bem policiado e esvaziado de pobres, antigos moradores. Já o entorno imediato e mais afastado está repleto de desafortunados, a exemplo do grande corredor de comércio e serviços da Baixa dos Sapateiros e também parte dos bairros da Saúde e Barbalho. À noite pode-se ter uma visão do volume da “população de rua” que se junta para dormir sob marquises ou reentrâncias de prédios, entre crianças, jovens e adultos. Os ex-moradores do centro histórico esvaziado tiveram dificuldades para se estabelecer em bairros residenciais periféricos por várias razões, dentre elas, uma forte rejeição em se ter como vizinha gente vinda do “Pelourinho/Maciel”, estigmatizado como lugar de ladrões, traficantes, drogados, travestis e prostitutas.

O Pelourinho<sup>7</sup>, região que atrai legiões de turistas do Brasil e do mundo inteiro, exhibe o nome que não nos deixa esquecer como esse território está marcado pela escravidão dos povos africanos que foram sequestrados de suas terras para trabalhar, serem torturados e morrerem nas colônias europeias ao redor do Planeta. Segundo Torreão (2004, p. 154), “[...] naquele espaço, muitas lágrimas negras rolaram dos rostos infelizes daqueles que foram obrigados a abandonar e a reconstituir, em uma realidade adversa, os referenciais de uma pátria que lhes foi usurpada.”

No fim do século XVIII, mesmo perdendo o *status* de capital da colônia em 1763, segundo Brandão (2004, p. 62), Salvador “mantinha a opulência gerada pelo capital não só pelas suas funções portuária e comercial, mas também através da importação e tráfico de escravos e da economia agrária do Recôncavo Baiano”. O autor afirma:

Aos escravos [...] era permitido viver nas habitações dos seus senhores, nos cômodos mais insalubres – geralmente nos andares superiores, o que lhes dificultava a fuga. Àqueles que contraíam doenças ou eram mutilados por força do trabalho, ou lhes sobrava a mendicância como meio de vida. [...] Diante desse quadro de intensa segregação socioespacial e étnica, tornou-se crescente a insatisfação da população negra e mestiça de Salvador, o que favoreceu a organização de movimentos sociais urbanos, iniciando-se um período de rebeliões e fugas em série, que culminaram com a Revolução dos Alfaiates, sufocada violentamente em 1798 (Brandão, 2004, p. 66).

Segundo Fraga Filho (1995, p. 22), na província da Bahia do século XIX,

---

<sup>7</sup> Segundo Andrade (2004, p. 74), “O tronco para castigo dos escravos, instalado quase em frente à Igreja de Nossa Senhora dos Rosários dos Pretos em 1807, veio a batizar o Largo do Pelourinho, que só viu desaparecer o instrumento do castigo em 1835. Mas o nome do logradouro permaneceu, ainda que oficialmente a praça se chame José de Alencar.”

A escravidão, até a década de 1830, atingia mais de trinta por cento da população. Sobre os escravos, recaía o peso da produção da maior parte da riqueza consumida e exportada pela província da Bahia. A grande maioria dos pobres ou já havia vivido a experiência da escravidão ou descendia de gente com raízes na África. [...] o contingente de pobres era abastecido por grande número de ex-escravos. A maior parte destes era obrigada a sobreviver de serviços esporádicos, do pequeno comércio ambulante e da mendicância.

Ainda segundo o autor, “no censo de 1872, o contingente (de homens) formalmente livres aparece com 87,8%, e 60,2% eram negros e mulatos” (Fraga Filho, 1995, p. 23).

Olhando para os dias atuais, apesar de uma proporção menor de pessoas negras comparativamente à média de Salvador (86,2%), entre 2005 e 2007, a população do Centro Histórico era composta, em sua maioria esmagadora, por pessoas negras (78,4%) (Bahia, 2011), principalmente se olharmos para a região do Pelourinho. O mesmo acontece com o Centro Antigo de Salvador (CAS), que engloba o Centro Histórico; no CAS, “é maior o número de brancos relativamente a Salvador, chegando a 23,72% dos residentes e um percentual menor de negros, 76,28%” (Bahia, 2013, p. 28).

Esse conjunto de pessoas engloba as que possuem empregos formais (bares, restaurantes, museus, vendas, farmácias, lojas de *souvenir*, como guias turísticos) e as que se encontram em situação de maior vulnerabilidade, como as pessoas em situação de rua (PSR), e que também trabalham (e muito) mas de maneira informal e de forma precária: como engraxates, catadores de lixo reciclável, guardadores de carros, prostitutas e prostitutos, vendedores ambulantes e vendedores de drogas, ou fazendo os “corres”<sup>8</sup> mais diversos, como o trabalho pesado dos comerciantes locais de montar barracas e carregar materiais e produtos.

O CHS é um território tomado de diferentes formas por quem o habita ou nele transita, e onde se exercem práticas de diversos tipos, destacando-o como lugar de moradia, mas, também, de trabalho (Espinheira, 2009). O trabalho se relaciona ao turismo e ao lazer, designando o CHS como o lugar da aventura, e “daquele labor que se efetiva na aventura e prazer de outros” (Espinheira, 2009, p. 11).

---

<sup>8</sup> Forma como as pessoas, em Salvador, se referem a atividades de trabalho informal com o objetivo de ganhar algum dinheiro. Essa gíria é extremamente comum entre as pessoas em situação de rua.

Em relação às pessoas em situação de rua, de acordo com o estudo observacional “Cartografia dos desejos e direitos: Mapeamento e Contagem da População em Situação de Rua na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil” (Carvalho et al., 2017a), realizada pelo Projeto Axé e pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), do total da população contada, 59,3% foram identificados como negros, 29,6% como pardos, 4,3% como brancos e 6,8% não foi possível observar<sup>9</sup>.

De acordo com Carvalho (2016), a maior concentração de pessoas em situação de rua em Salvador se encontra nas áreas mais antigas de ocupação, em especial a Cidade Baixa (30,8%) e o Centro Histórico e adjacências (24,2%); nesta região, as PSR estão, principalmente, em Nazaré, Baixa dos Sapateiros, Pelourinho, Barroquinha, Barbalho e Sete Portas.

Segundo Carvalho et al. (2017b), entre as atividades de trabalho realizadas pelas pessoas em situação de rua, destacam-se a venda de balas (34,7%), os trabalhos gerais (29,5%), reciclagem (16,9%), o trabalho infantil (13,2%), a prostituição (2,6%), a esmolagem (1,8%) e a venda de drogas (0,9%).

Santos (2001) afirma que a construção de um território é atravessada por vetores da globalização que levam à instalação de uma nova ordem e, nesse processo, também produzem uma contraordem geradora intensa de pobres, excluídos e marginalizados. Ainda segundo esse autor,

[...] o território não é um dado neutro nem um ator passivo. Produz-se uma verdadeira esquizofrenia, já que os lugares escolhidos acolhem e beneficiam os vetores da racionalidade dominante, mas também permitem a emergência de outras formas de vida. Essa esquizofrenia do território e do lugar tem um papel ativo na formação da consciência. O espaço geográfico não apenas revela o transcurso da história como indica a seus atores o modo de nela intervir de maneira consciente (Santos, 2001, p. 80).

Para Torreão (2004, p. 153), O CHS

[...] é um produto sócio-histórico das variadas transformações realizadas no tecido urbano por que passou Salvador ao longo desses 453 anos de fundação. Porém é também produto de uma fetichização da baianidade, que permite a convivência de elementos contraditórios, como tradição cultural e exploração mercadológica do “modo de ser” do baiano.

---

<sup>9</sup> Vale a pena destacar o caráter observacional dessa pesquisa, não sendo considerada a cor da pessoa a partir de sua autodeclaração. Isso faz com que possa haver diferenças com outras pesquisas realizadas nas quais foram consideradas a autodeclaração.

Essa fetichização da baianidade dialoga com a negação cultural do racismo brasileiro que transforma a desigualdade em diferença cultural, glamoriza-a e transforma-a em produto que pode ser consumido pelo turista como algo exótico ou típico.

### **3.2 A Faculdade de Medicina da Bahia: reconstruindo uma história e construindo um território**

Não há no mundo gente melhor do que vocês, povo mais civilizado do que o povo mulato da Bahia', dissera a sueca ao despedir-se na Tenda dos Milagres, em conversa com Lídio Corró, Budião e Aussá. Chegara de longe, vivera com eles, dizia por saber, um saber sem restrições ou dúvidas, de real conhecimento. Por que então o dr. Nilo Argolo — catedrático de Medicina Legal na faculdade e mentor científico da congregação, com renome de sábio e descomunal biblioteca — escrevera sobre os mestiços da Bahia aquelas páginas terríveis, as candentes palavras? O título da magra separata, memória apresentada a um congresso científico e transcrita numa revista médica, já lhe revelava o conteúdo: 'A degenerescência psíquica e mental dos povos mestiços — o exemplo da Bahia'. Meu Deus, onde fora o professor buscar afirmações assim tão categóricas? 'Maior fator de nosso atraso, de nossa inferioridade, constituem os mestiços sub-raça incapaz.' Quanto aos negros, na opinião do professor Argolo, não tinham ainda atingido a condição humana: 'Em que parte do mundo puderam os negros constituir Estado com um mínimo de civilização?', perguntara ele a seus colegas de congresso (Amado, 2010, p. 92).

Esse trecho do livro *Tenda dos Milagres*, de Jorge Amado, faz alusão à história de Salvador, do Pelourinho e da Faculdade de Medicina, assim como à de alguns personagens que dela fizeram parte; uma história que só aos poucos fui entendendo. Alguns encontros registrados nos meus *Diários Cartográficos* me ajudaram bastante nessa aproximação e na produção de visibilidade para certos atravessamentos desse território que têm ressonâncias até hoje.

No dia 8 de abril de 2019, já no contexto da produção do campo da pesquisa, enquanto trabalhava na biblioteca Gonçalo Moniz, da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), conheci a sua coordenadora; curiosa pelo fato incomum de um professor estar ali, utilizando as dependências da biblioteca para usar seu próprio computador, puxou conversa, e terminamos falando sobre a pesquisa e as questões que me inquietavam como pesquisador-cartógrafo.

Ela, que apresentava feições e roupas indígenas, além de ser militante de movimentos feministas e de defesa dos direitos dos povos indígenas, se interessou pelas questões que eu trouxe e achou inusitado um professor de medicina se

interessar por temas desse tipo (população em situação de rua, racismo, etc.) em sua pesquisa de doutorado. Começou a interagir com essas questões, entre elas o fato de eu estar pesquisando os efeitos dos encontros para a produção do cuidado com as pessoas em situação de rua, tanto nos corpos delas quanto nos corpos dos trabalhadores de saúde; além disso, um dos serviços de saúde que fazia parte da pesquisa se localizava dentro da própria Faculdade de Medicina, a poucos metros dali.

Ofertou-me uma ideia que já me povoava um pouco, mas ainda de forma muito frágil, por ser um tema em relação ao qual ainda não havia me aproximado: a Faculdade de Medicina da Bahia contribuiu fortemente para o racismo estrutural e para o pensamento eugênico na Bahia e no Brasil. Ela citou o papel de referência que Nina Rodrigues teve nessa construção (Maio, 1995; Mandarin, Gombert, 2010; Andrade Júnior, 2016). Indicou-me o livro “Tenda dos Milagres”, de Jorge Amado, e um artigo a partir desse livro.

Eu não fazia ideia de que o personagem Nilo Argolo, do livro, representava Nina Rodrigues. Até então, só sabia que Nina Rodrigues era o nome do Serviço de Verificação de Óbito (SVO) de Salvador. Sobre o papel racista da FMB, havia escutado histórias de alguns usuários de que, ali na FMB, funcionara o SVO antes de passar para o local onde funciona até hoje, e que os corpos usados para os estudos e para o ensino da anatomia eram de pessoas negras e indigentes. Descendo uma ladeira em direção à cidade baixa para fazer busca ativa de um homem com tuberculose que ficava na Praça das Mãos, um agente comunitário de saúde (ACS) da USF do Terreiro de Jesus me mostrou um cano que desembocava ali; segundo ele, esse cano vinha da FMB e, antigamente, era comum as pessoas verem dedos humanos e outros pedaços de corpos saindo dali.

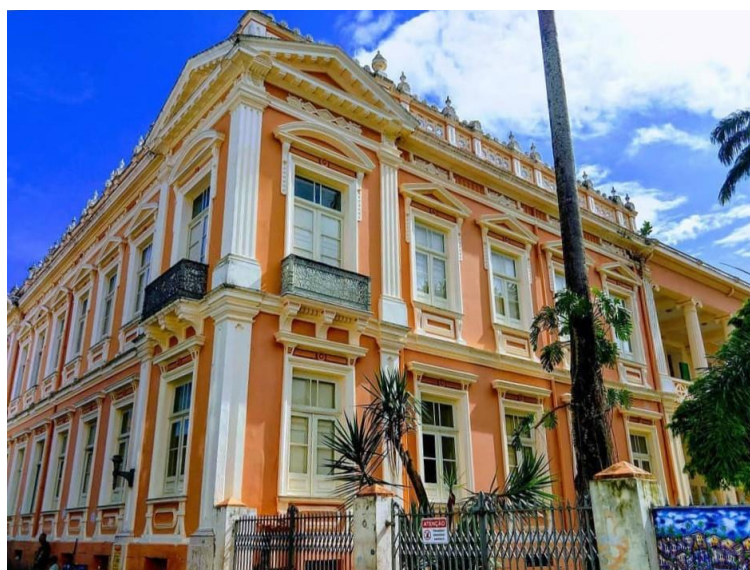
Uma grande amiga, que é do candomblé e está se preparando para ser mãe de santo, me disse que sente uma energia negativa que circula na FMB; refere que, quando entra lá, ouve gritos, gemidos e sente um sofrimento que a faz evitar entrar ali.

Esse encontro na biblioteca foi como um alerta de que aquele incômodo que vinha sentindo, aquelas pistas que vinham aparecendo na fala de alguns usuários precisavam ganhar visibilidade. Ficou claro para mim que não poderia passar despercebido o fato de o CAPSad Gregório de Matos, um serviço frequentado



diariamente por pessoas em situação de rua que fazem uso intenso de drogas, se localizar dentro da FMB.

Dessa forma, precisei entender melhor o papel da FMB (Figura 5) naquele território e de que forma contribuiu para construir o contorno do que viria a ser o racismo brasileiro. A Escola de Medicina da Bahia, conhecida como “Primaz do Brasil”, surgiu em 3 de outubro de 1832, a partir da Academia Médico-Cirúrgica (associada ao Hospital Real Militar da Cidade de Salvador), fundada em 1808 por D. João VI, quando da chegada da Corte portuguesa ao Brasil; foi a primeira escola de ensino médico do País (Mandarino, Gomberg, 2010; Maio, 1995).



Fonte: autoria própria (2018).

**Figura 5. Faculdade de Medicina da Bahia.**

Nina Rodrigues, que foi citado pela coordenadora da biblioteca, não era apenas ex-aluno da FMB; ele havia sido um importante professor e, depois, diretor da faculdade. Além disso, foi um dos grandes responsáveis pela criação e consolidação da Medicina Legal no Brasil, na perspectiva da raça e seu papel na produção das “doenças mentais” e comportamentos criminosos. Segundo Mandarino e Gomberg (2010, p. 63)

O papel e a relevância da prática médica no contexto das relações raciais que se estabeleceram a partir do século XIX, assim como as teorias emergentes, vão encontrar espaço privilegiado na Escola de Medicina da Bahia através de um grupo específico de médicos, que costumavam se autodesignar como membros da Escola Nina Rodrigues. Este grupo de profissionais foi

responsável pela introdução de uma discussão até então insípida no Brasil: o papel que a raça poderia desempenhar na constituição de patologias mentais e, conseqüentemente, na construção de estereótipos. Estes indivíduos foram responsáveis pelo estabelecimento e fundação da Medicina Legal no Brasil e pelo periódico que lhes deu sustentação: a *Gazeta Médica da Bahia*.

O pensamento desse importante professor da FMB no século XIX, inspirado nas publicações do italiano Lombroso, serviram de base para o fortalecimento e difusão da ideia eugenista no Brasil. Ela consistia na “aplicação de um mecanismo controlador cujo objetivo residia em separar elementos racialmente distintos no intuito de depuração, que incluíam, em verdade, uma seleção rígida com contornos segregacionistas” (Mandarino, Gomberg, 2010, p. 64).

No fim do século XIX, os textos de Nina Rodrigues começaram a ser publicados em um dos dois periódicos mais importantes da época e que era o veículo de divulgação da “Escola de Nina Rodrigues”, o *Gazeta Médica*. Os textos tinham como foco o estabelecimento da diferença entre as raças e a condenação da mestiçagem (Mandarino, Gomberg, 2010). Assim, esse autor “foi o maior difusor do discurso racial no tratamento das doenças psiquiátricas e da criminalidade patológica como um dispositivo de raças inferiores, admitindo assim a inferioridade da raça negra” (Mandarino, Gomberg, 2010, p. 66).

Em pouco tempo, a FMB começou a ter um papel central na produção do lugar do médico na sociedade brasileira e, seguindo influências internacionais, contribuiu fortemente para o imaginário da pessoa negra como perigosa, suspeita, instável, violenta, sujeita a ter uma doença mental e a cometer crimes pelo simples fato de ser negra. Segundo Mandarino e Gomberg (2010, p. 66),

[...] a Escola de Medicina da Bahia ia aos poucos impondo suas teorias, respaldada pela veiculação de artigos e editoriais, cujo objetivo maior era o de transformar as possíveis patologias mentais, não em um caso médico, passível de ser investigado como tal, mas sim em caso de polícia.

Assim, é impossível olhar para o Centro Histórico de Salvador e para a própria Faculdade de Medicina da Bahia e não perceber um *continuum* entre os séculos XVII e XIX e o século XXI. A escravidão e a construção do pensamento e do discurso “médico-científico” conviveram, e é possível afirmar que se retroalimentam, há cerca de um século e meio nesse território; não de forma igual, não com os mesmos símbolos e/ou práticas, mas será possível reencontrá-la mais de um século depois. Essa forte relação do passado se expressa e se atualiza na desigualdade, no racismo,

nas contradições e na exclusão social de hoje. A região onde, ironicamente, turistas brancos vão para se divertir e festejar foi construída na base da violência física, simbólica e subjetiva da escravidão e do racismo, e prosperou às custas de suor, sangue, resistência e muitas vidas de corpos negros, escravizados ou não. A escravidão de ontem se expressa na enorme desigualdade, nas contradições e na exclusão social de hoje da mesma população negra que habita esse território.

Voltando ao encontro na Biblioteca Gonçalo Moniz, em algum momento da conversa, chegou uma outra funcionária da biblioteca, que é militante do movimento negro e antirracista. Ela ouviu o que estávamos falando e terminou entrando na conversa também; em determinado ponto, disse que havia certo sentido ancestral eu enveredar na pesquisa pela discussão sobre o racismo. Naquele momento, não entendi bem o que ela quis dizer e acho que continuo sem entender. No entanto, aqueles encontros inusitados e não planejados foram muito importantes para mim, pois me fizeram abrir um campo de visibilidade para questões que ainda não estavam muito claras. Talvez, a ancestralidade apontada pela funcionária tenha a ver com todas as vidas que habitaram aquele território, todos os corpos negros que foram violentados e exterminados no passado; dessa forma, o acaso dos encontros e das conexões estava me ofertando a possibilidade de olhar com outros olhos para a problemática do racismo que me atravessa e que precisava ser entendido por mim na caminhada cartográfica que estava fazendo.

Fui percebendo que toda essa história, de alguma forma, atravessa o CAPSad Gregório de Matos, localizado dentro das dependências da FMB. Como será que as pessoas negras se sentem ao entrar em um prédio que não só é identificado como um lugar das elites, dos brancos, dos “doutores” (portanto, como um território ao qual eles não pertencem), como também representa uma instituição que marca o racismo, a eugenia e a discriminação em Salvador, na Bahia e no Brasil? Como será que as pessoas negras, que estão em situação de rua e que usam drogas se sentem ao entrar em um prédio que foi o berço, no Brasil, do “pensamento científico” sobre “a degenerescência psíquica e mental dos povos mestiços”, segundo nos coloca Jorge Amado, na obra “Tenda dos Milagres” (Amado, 2010, p. 92).

Discutir sobre o racismo, suas violências e entender como se relacionam com a forma que eu representava as pessoas em situação de rua é muito relevante, pois ele é uma das implicações que são constitutivas de todos nós que nascemos e fomos criados em uma sociedade estruturalmente racista, fundada sobre o pilar do regime

escravagista. E é mais relevante ainda para quem trabalha no Centro Histórico de Salvador, um território que simboliza esse passado e que exibe suas marcas ainda hoje, e de inúmeras maneiras. O encontro (mais um, entre tantos outros) com um usuário no CAPSad, registrado nos Diários Cartográficos, dá suporte para o que estou colocando aqui:

Ele falou que o que derruba o homem é ficar apontando os erros dos outros e não olhar para si e seus próprios erros! Que o morador de rua só quer receber na mão, sem esforço nenhum, e não é assim, pois nada cai do céu, só cocô de passarinho, chuva e, de vez em quando, meteoro! Que a escravidão não acabou, só mudou a forma; e que não abraça uma pátria que não o abraçou! Falou, ainda, que a democracia é para nos destruir e é para poucos! E que o pessoal bota muita desculpa nas drogas, mas essas coisas vêm antes das drogas e elas só exacerbam as coisas que já estavam lá (Diários Cartográficos, 7 de janeiro de 2019).

De fato, a forma como esse usuário vocaliza as múltiplas dimensões das exclusões ancestrais do povo negro, desde a época da escravidão, é impactante; essa lucidez, de quem experiencia na pele a atualização da escravidão do passado na dura realidade do presente, reforça a necessidade de não esquecermos dessa história, de procurarmos entender os sofrimentos que marcam os corpos das pessoas mais vulnerabilizadas no nosso país, e de reconhecermos as produções das vidas pautadas na potência da resistência (ou “re-existência”) e da reinvenção cotidiana.

A partir de agora, trarei alguns dados sobre esse território e sobre essa realidade que, como disse o usuário no registro anterior, já estavam lá antes da droga e afetam a vida de muitas pessoas. Inclusive, afetam, de alguma forma, a vida dos trabalhadores de saúde que atuam nos serviços acessados pelas pessoas que mais vivem na pele essas violências e cujas vidas se plasmam com esse território à medida que o constroem. Corpos marcados pela necropolítica à brasileira, nas suas formas mais contemporâneas de se expressar.

### **3.3 Retratos da violência em Salvador e na Bahia**

Por enquanto, o lugar – não importa sua dimensão – é a sede dessa resistência da sociedade civil, mas nada impede que aprendamos as formas de estender essa resistência às escalas mais altas. Para isso, é indispensável insistir na necessidade de conhecimento sistemático da realidade, mediante o tratamento analítico desse seu aspecto fundamental que é o território (o território usado, o uso do território). Antes, é essencial rever a realidade de dentro, isto é, interrogar a sua própria constituição neste momento histórico (Santos, 2005, p. 259-260).

Dialogando com Milton Santos, o objetivo deste tópico é, ao mesmo tempo, destacar a violência na Bahia e em Salvador através de alguns dados e produzir visibilidade para a forma como ela se expressa nos corpos das pessoas que constroem suas existências no Centro Histórico da capital baiana.

De forma resumida, o estado da Bahia, de acordo com o Atlas da Violência 2020, desenvolvido pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (Brasil, 2020), é um dos mais violentos do País, ficando com a oitava maior taxa de homicídios por 100 mil habitantes no ano de 2018. Em números absolutos, a Bahia foi o estado que teve o maior número de homicídios do País naquele mesmo ano (Brasil, 2020).

No estado, os homicídios foram a principal causa de óbitos na juventude masculina, principalmente entre os 15 e 19 anos, sendo que “a causa *morte por homicídio* atinge mais as mulheres e homens jovens do que indivíduos de qualquer outra faixa de idade” (Brasil, 2020, p. 20).

No Brasil, a violência e o extermínio do povo preto continuam sendo uma ferida aberta. De acordo com o Atlas da Violência (Brasil, 2020, p. 47), “Entre 2008 e 2018, as taxas de homicídio apresentaram um aumento de 11,5% para os negros, enquanto para os não negros houve uma diminuição de 12,9%.” Segundo esse estudo,

Apenas em 2018, [...] os negros (soma de pretos e pardos, segundo classificação do IBGE) representaram 75,7% das vítimas de homicídios, com uma taxa de homicídios por 100 mil habitantes de 37,8. Comparativamente, entre os não negros (soma de brancos, amarelos e indígenas) a taxa foi de 13,9, o que significa que, para cada indivíduo não negro morto em 2018, 2,7 negros foram mortos.

Ainda segundo o Atlas da Violência (Brasil, 2020, p. 37),

Se, entre 2017 e 2018, houve uma queda de 12,3% nos homicídios de mulheres não negras, entre as mulheres negras essa redução foi de 7,2%. Analisando-se o período entre 2008 e 2018, essa diferença fica ainda mais evidente: enquanto a taxa de homicídios de mulheres não negras caiu 11,7%, a taxa entre as mulheres negras aumentou 12,4%. Em 2018, 68% das mulheres assassinadas no Brasil eram negras. Enquanto entre as mulheres não negras a taxa de mortalidade por homicídios no último ano foi de 2,8 por 100 mil, entre as negras a taxa chegou a 5,2 por 100 mil, praticamente o dobro.

Na Bahia, em 2018, chama a atenção o quanto a violência letal também estava entre as maiores do País em relação às pessoas negras, de maneira geral, e às mulheres negras, especificamente. Em relação às pessoas negras, a Bahia encontra-

se em sétimo lugar, com taxa de mortalidade de negros por 100 mil habitantes de 50,8; em relação às pessoas não negras, encontra-se em décimo quinto lugar, com 15,4 (Brasil, 2020).

No período em que trabalhei no CHS (entre 2011 e 2018), do lugar de trabalhador, pude entrar em contato com essa violência se atualizando, principalmente quando compus a equipe do CAPSad Gregório de Matos, situado nesse território. Era comum o serviço ser atravessado pela realidade de violência gerada pelas disputas entre as facções pelo controle do território em relação ao tráfico de drogas; mas, também, pela violência policial (Polícias Militar e Civil) contra a população em situação de rua, que era o principal público usuário desse serviço, frequentando-o diária e intensamente.

Essa violência se expressava cotidianamente de várias formas: usuários que chegavam de manhã cedo demandando atendimento médico porque estavam com dores causadas por agressões policiais (hematomas, costelas quebradas, cortes, etc.); usuários que precisavam desaparecer do território por algum tempo porque estavam devendo à “boca” do tráfico de drogas ou haviam se envolvido com algum conflito que estava sendo mediado pelo tráfico; também havia casos de pessoas que tinham dificuldade de acessar fisicamente o CAPSad Gregório e o Consultório na Rua porque, para chegar nesses serviços, precisavam cruzar ruas que pertenciam ao território de uma facção diferente da sua; ainda, eram comuns notícias de pessoas que foram assassinadas em circunstâncias obscuras.

### **3.4 Movimentos de aproximação do território**

A partir daqui, contarei não “a” história, mas “uma” história da minha aproximação do Centro Histórico de Salvador. Um pouco de cronologia norteada pelas memórias e afetos que marcaram minha relação com esse território.

#### **3.4.1 O Pelourinho-paisagem: de repente, docente em uma USF do Pelourinho**

A primeira lembrança que tenho do Centro Histórico de Salvador, mais especificamente do Pelourinho, não é pelo olhar do turista; remete-me à minha

inserção nesse território já como residente na cidade, quando fui atuar como professor substituto de um componente curricular do sétimo semestre da FMB/UFBA, o qual tinha sua prática ambulatorial na USF do Pelourinho, localizada nas dependências da Faculdade de Medicina.

No entanto, preciso admitir, a lembrança do território se restringe apenas à USF e à própria faculdade. Eu tinha 29 anos, com apenas três anos de término da graduação, e pouquíssima experiência como trabalhador em serviços de saúde.

Nesse território, sentia-me uma espécie de “estrangeiro”, pois cresci e cursei a graduação em outra cidade. Portanto, não conhecia quase ninguém na universidade, nem estava familiarizado com a rede municipal de saúde e suas culturas organizacionais. Mas, também, sentia-me inseguro como médico e docente. Apesar de a prática desse componente curricular ocorrer em uma USF, ele fazia parte do Departamento de Clínica Médica da Faculdade e não tinha nada a ver com a AB. Por isso, achava que podia não conseguir desempenhar de forma adequada a função de professor/preceptor na USF, sendo julgado por isso.

Eu não cursei Programa de Residência Médica, que era um caminho quase óbvio para todo/a recém-formado/a em Medicina. Nessa época, isso não estava bem resolvido para mim. Ainda passava por minha cabeça a possibilidade de fazer residência em infectologia, já que Medicina de Família e Comunidade (MFC) eu havia descartado desde antes de chegar em Salvador, em fevereiro de 2008, por não me identificar com os programas de residência existentes na cidade naquela época.

Ainda não me entendia como médico de família e comunidade. Essa foi uma construção realizada nos anos seguintes, até 2018, quando fiz a prova de título em MFC pela Sociedade Brasileira de Medicina e Família e Comunidade (SBMFC). Esse é um atravessamento em mim que tem tudo a ver com o território do Pelourinho, pois aí foi o único lugar em que, de 2011 a 2018, pude experienciar o cuidado na atenção básica de forma mais perene.

Discuto esse tema aqui porque me ajuda a pensar minha inserção nesse território e como me produzi nele. Durante todo o ano em que atuei como professor substituto na USF do Pelourinho, o território vivo, intenso e potente dessa região da cidade me passou praticamente despercebido. As atividades que desenvolvia pareciam não exigir esse olhar, restringindo-se à assistência ambulatorial individual recortada pelos saberes da clínica médica (propedêutica, raciocínio clínico, terapêutica). Mas eu também não busquei construí-la, ficando mais centrado nas

minhas próprias inseguranças e implicações do que na experimentação desse lugar de forma alargada, com um olhar para o território, com todas as suas contradições, potências, violências, vidas em produção e suas ressonâncias em mim.

Permaneci na USF durante um ano. No segundo semestre de 2009, fiz parte de um grupo de pessoas que atuaram na construção inicial da recém-instituída Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) e saí antes do esperado da função de professor substituto. Apesar da saída precoce, foi uma experiência muito interessante, que me marcou e me conectou de alguma forma com aquele território, mesmo que através das pessoas que atendia, de suas histórias, de seus contextos e narrativas. Saí dessa inserção como docente desejando construir esse lugar de forma mais consistente e duradoura posteriormente.

### **3.4.2 O Pelourinho e as pessoas em situação de rua começam a me habitar**

#### **3.4.2.1 O retorno ao Pelourinho como docente**

Em meados de 2011, fiz concurso para professor auxiliar no recém-criado Departamento de Saúde da Família (DSF), também na FMB/UFBA, e fui aprovado. Fiquei muito feliz com a aprovação. Em um momento de muita indefinição e dúvida em relação a minha vida profissional, ingressar na carreira docente de uma universidade federal abria novas perspectivas profissionais, um novo campo de saberes e de práticas que apontava para um investimento mais de longo prazo, no qual poderia amadurecer essa relação com a docência e com a formação, que já vinham fazendo parte de meus interesses havia algum tempo.

Dessa forma, ser professor tornou-se uma perspectiva de futuro profissional que ainda não estava bem construída para mim, mas da qual eu gostava e na qual estava disposto a investir. Ser aprovado nesse concurso docente ajudou a me sentir parte de um projeto, ou de algo maior: a universidade. Foi importante, também, porque me ajudou a criar outros laços com Salvador e com a Bahia, além dos que já possuía a partir das relações familiares. Passar em um concurso como esse era uma sinalização de que eu estava “me assentando” nessa cidade, e isso terminou cumprindo uma função importante para mim naquele momento.



O Departamento de Saúde da Família (DSF) nasceu com uma perspectiva bastante prática, de atuação em serviços de saúde, prioritariamente de atenção básica. Quando me foram apresentadas as possibilidades de inserção nos componentes curriculares pelos quais o DSF era responsável, busquei focar minha atuação nos serviços de saúde (não na sala de aula) e pedi para receber estudantes na mesma USF do Pelourinho que já havia atuado, um dos “campos de prática” do departamento. De certa forma, sentia-me mais “à vontade” por estar nos módulos clínicos de um departamento de “Saúde da Família”, em uma Unidade de Saúde da Família.

Em um primeiro momento, no quarto semestre, além do atendimento ambulatorial de pessoas que eram usuárias da USF, em um ainda incipiente compartilhamento do cuidado com as equipes que lá atuavam, fazíamos visitas domiciliares para cadastramentos de famílias na Ficha A (antiga ficha de cadastro das famílias nas unidades de saúde, pertencente ao Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB). Foi assim que comecei a conhecer um pouco o território do Pelourinho para além de seus pontos turísticos, seus turistas (também atendíamos alguns deles na USF) e suas vias principais bem conservadas.

Mas, também, enxergamos outras paisagens humanas; visitamos uma parte dessa região, entramos nas casas, conversamos com as pessoas, vimos suas condições de moradia (algumas delas eram imóveis ocupados pelo Movimento de Trabalhadores Sem Teto – MTST), registramos dados e ouvimos histórias. Algumas visitas foram muito marcantes, pela miséria, vulnerabilidade e violência que apresentavam, mesmo eu já tendo noção de que existiam. Um novo Pelourinho ia se apresentando para mim; um Pelourinho que mostrava outras faces que também o constituem, com situações de extrema vulnerabilidade, as quais eu estava mais acostumado a ver em favelas e em periferias de grandes cidades (de Recife e Aracaju, por exemplo), diferentes da imagem turística e alegre dessa região que costuma ser propagada pelos meios de comunicação em massa como produto a ser consumido e que estava mais cravada no meu imaginário.

Essa inserção mais duradoura e longitudinal na USF, o vínculo e o acompanhamento de algumas pessoas no decorrer no tempo foram demandando que eu refletisse mais sobre minha atuação como professor nessa relação com equipes de saúde da família das quais não fazia parte, mas com as quais precisava compartilhar o cuidado e articular ações.

Foi nesse contexto que comecei a entrar em contato com as pessoas em situação de rua, como relatado no capítulo 1: “Devir-borboleta: em busca de uma cartografia do inefável”, na própria USF. No segundo semestre de 2013, passei a atuar no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Gregório de Matos (CAPSad Gregório), que também se localizava nas dependências da FMB. A partir de então, a relação com as pessoas em situação de rua se intensificou e passou de esporádica e pontual para frequente e semanal, já que o público que frequentava o CAPSad Gregório era composto, principalmente, por pessoas em situação de rua.

Dessa forma, fui construindo minha inserção no Centro Histórico de Salvador, um território tão rico, diverso e cheio de contradições. Atendia, na USF, desde turistas noruegueses até pessoas em situação de rua usuárias intensivas de álcool e outras drogas, poetas e músicos do Olodum, artesãos e comerciantes locais, pessoas nascidas e criadas no Pelourinho que tinham morado por décadas na Europa trabalhando como dançarinos. Enfim, um território multiplicidade, atravessado por muitas linhas de força pelo qual fui me apaixonando progressivamente. Minha necessidade de conhecê-lo mais profundamente foi aumentando com o tempo, para além das representações e contornos mais estanques e hegemônicos, para além dos muros invisíveis dos serviços de saúde e dos muros que criava para mim, para além das amarras das minhas implicações. Para isso, sentia cada vez mais a necessidade de habitá-lo de outra forma e de deixá-lo me habitar de outras formas também.

#### **3.4.2.2 A ampliação do olhar para o território (inclusive o existencial) a partir de uma pesquisa-diferença**

No primeiro semestre de 2014, iniciei minha participação no grupo estadual de uma pesquisa nacional com título “Redes de Avaliação e Compartilhamento: avalia quem pede, quem faz e quem usa”, ou, simplesmente, RAC, que tinha como proposta pesquisar as redes de atenção à saúde para além de uma perspectiva organizativa ou representacional, para além das portarias que as instituíram.

Sua proposta era produzir outras lentes para ver outras coisas além de portarias, recursos, fluxos, protocolos e serviços de saúde; era ouvir outras vozes e cartografar como as redes de cuidado eram produzidas em ato pelas pessoas que as

compunham cotidianamente: os trabalhadores das equipes dirigentes, os trabalhadores dos serviços de saúde e as pessoas usuárias desses serviços.

A RAC tinha como premissa a máxima de que todos os envolvidos no cuidado em saúde produzem conhecimento sobre si, sobre o cuidado e sobre as próprias redes que iam sendo fabricadas no processo de produção de cuidado; por esse motivo, partíamos do pressuposto de que todos eram pesquisadores de si e de suas próprias práticas (Merhy et al., 2013).

Um dos conceitos-ferramenta proposto pela RAC era a ideia de “redes vivas” (Merhy et al., 2014), a qual entende que todos e todas são redes vivas, produzem-se como sujeitos nos encontros e nas relações cotidianas. Sendo assim, nesse processo, fabricam ou não redes de conexões, que também podem se constituir como redes de cuidado, dentro e fora do que se entende hegemonicamente ou oficialmente como o setor saúde ou como redes de atenção à saúde.

Outro conceito-ferramenta era a do “pesquisador *in-mundo*” (Abrahão et al., 2013), o qual coloca que os/as pesquisadores/as deveriam estar “sujeitos” ou “melados” do fenômeno que se propunham a pesquisar; também faz uma brincadeira com o pronome “*in*” na língua inglesa que, no caso, quer dizer: “no mundo”. Em outras palavras, os/as pesquisadores/as *in-mundo* deveriam se submeter aos afetos causados pela realidade produzidas por eles/as próprios/as na relação com outros sujeitos, bem na perspectiva trazida por Spinoza (2018) de aprendizado com o corpo e pelo corpo, como discutido no capítulo 2: “Conversações: intercessores na produção da pesquisa”.

Como dispositivo da pesquisa, a RAC produziu a noção de “usuário-guia” (Merhy et al., 2014), que tinha como consigna a ideia de ser o/a usuário/a do serviço que mais mobilizava a equipe, que esta considerava como complexo/a e difícil de lidar. Dessa forma, os caminhos que a pesquisa deveria seguir seriam os construídos por esses usuários na produção do cuidado para si, através de seus encontros com pessoas (trabalhadores de saúde ou não), de suas andanças pelo território, de suas conexões existenciais, das vidas que iam fabricando e dos afetos produzidos na equipe e em nós nos encontros com eles.

Como alguns do nosso grupo baiano da pesquisa, inclusive eu, estávamos envolvidos com o CAPSad Gregório, propusemo-nos a pesquisar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Apresentamos a proposta da pesquisa para a equipe desse serviço, os convidamos para participar dela e começamos a construir a ideia do

usuário-guia; junto com a equipe, chegamos ao consenso de quem deveria ser nossa usuária-guia: BJ (Figura 6) (Oliveira et al., 2016).



Fonte: autoria própria (2018).

**Figura 6. BJ, usuária-guia.**

A partir daí, iniciamos nossa aproximação com BJ: entrevista não estruturada, acompanhamento de suas andanças pelo Pelourinho, registro de narrativas de alguns atores sobre ela, sobre a produção de seu cuidado e de sua vida. Esse processo me proporcionou uma maior aproximação em relação à equipe do CAPSad Gregório, a algumas pessoas em situação de rua usuárias desse serviço (não só BJ), a usuárias da própria USF do Pelourinho e viventes desse território.

A experiência na RAC foi muito importante para mim, pois contribuiu para me colocar em movimento e evidenciar, de forma às vezes muito dolorosa, algumas amarras e cegueiras que as minhas implicações colocavam; permitiu-me perceber que minhas transformações estão sempre em processo. No entanto, essa aproximação do território, essa polifonia e polissemia do mundo da vida e do mundo da produção do cuidado em saúde proporcionadas pela RAC, intensificou meus incômodos, meus desconfortos e atizou meu desejo de me movimentar no sentido de deixar-me afetar mais por ele, de fissurar os contornos dos decalques que formavam os meus próprios territórios existenciais, caminhando na produção permanente de um mapa que me guia.

### **3.4.3 O reencontro com minha ancestralidade: outras ancestralidades vêm à tona**

Neste subtópico, conto uma breve história de 113 anos.

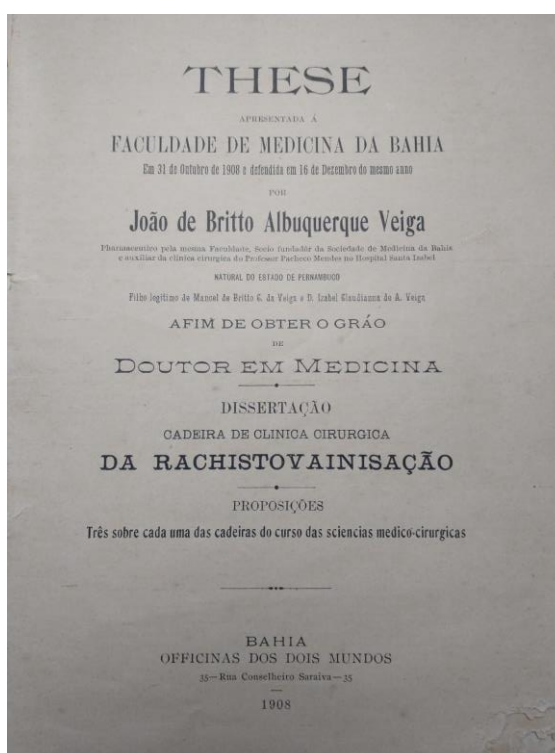
No dia de tomar posse no concurso na Sede Mater da FMB, localizada no Largo do Terreiro de Jesus, em uma cerimônia conduzida pela diretora da faculdade na época, Lorene Pinto, veio-me à cabeça uma história que minha avó materna contava de vez em quando e havia muito tempo que não ouvia: seu pai, João de Britto Albuquerque Veiga, havia se formado em Medicina na própria FMB, no início do século XX, e retornado para a sua cidade natal, Timbaúba, no interior de Pernambuco, para exercer sua profissão. Ela contava alguns casos da atuação dele na região, como partos em fazendas distantes, para as quais ele ia a cavalo e das quais só voltava alguns dias depois. Como ele faleceu quando ela ainda iniciava a adolescência, imaginava que ela não se lembrasse de muitas outras coisas.

No fim da cerimônia, perguntei para uma funcionária se havia algum registro dos formandos na faculdade. Para minha surpresa, havia uma publicação de comemoração do bicentenário da FMB, fundada em 1808, com a chegada de D. João VI e sua Corte a Salvador, nove meses antes da fundação da faculdade no Rio de Janeiro. Procurei o nome do meu bisavô a partir dos primeiros anos do século passado e o encontrei em 1908. Encontrei, também, o nome do meu tio-avô, João de Britto Albuquerque Veiga Filho (tio “Dão”), entre os formandos de 1933. Ele era o irmão mais velho da minha avó, que não cheguei a conhecer e que, quando se formou, foi atuar como médico e político em Manaus.

Ainda estava digerindo a informação quando a funcionária disse “você quer ver a tese de doutoramento do seu bisavô?” Fiquei surpreso e disse que sim, com uma cara de interrogação. Ela me explicou que, até certo ano, os graduandos em Medicina desenvolviam uma pesquisa no final do curso, sob a orientação de um professor, e produziam uma tese. A partir da aprovação da tese, recebiam o título de doutor.

A funcionária entrou em uma sala cheia de arquivos e voltou em dois minutos com um livro, impressionantemente bem conservado, que continha cerca de cinco teses encadernadas; a primeira era a do meu bisavô. Imediatamente, ligue para minha avó, que morava em Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco. Falei que estava

assumindo o concurso e ela me parabenizou; falei, também, que havia encontrado o nome do pai dela entre os formandos e que estava com a tese de doutoramento dele em minhas mãos. Prontamente, ela disse: “Meu filho, a tese não trata de uma técnica de anestesia na coluna?” Quando olhei o título da tese (que se escrevia “These”), estava escrito “Da Rachistovainisação, por João de Britto Albuquerque Veiga, Pharmaceutico pela mesma Faculdade, sócio fundador da Sociedade de Medicina da Bahia e auxiliar da clínica cirúrgica do Professor Pacheco Mendes no Hospital Santa Izabel, natural do Estado de Pernambuco” (Figura 7) (Veiga, 1908). Pelo visto, a memória da minha avó era melhor do que eu poderia imaginar.



Fonte: Veiga (1908).

**Figura 7. Capa da Tese.**

Fiquei muito feliz por encontrar esses registros. Pensei que meu bisavô e meu tio-avô passaram seis anos de suas vidas caminhando por aqueles corredores, vivendo o Centro Histórico de Salvador em outra época e, agora, eu era professor da mesma faculdade na qual eles se formaram. Senti uma espécie de conexão com o que estava acontecendo, um sentimento não só de pertencimento, mas como se algumas coisas estivessem fazendo sentido para mim. Também deixei minha avó bastante feliz. Ela faleceu quatro anos depois, em 2015.

Posteriormente, a coordenadora da biblioteca Gonçalo Moniz<sup>10</sup>, a qual faz um belo trabalho de recuperação e preservação de documentos históricos ligados à FMB, me enviou uma cópia digitalizada da tese. Após algum tempo, adquiri a cópia original que havia ficado com meu bisavô. Ela estava sendo guardada pelo irmão mais novo da minha avó, Jairo d'Albuquerque Veiga, um médico sanitaria e comunista que morava em Brasília, que se formou mais tarde pela Universidade Federal de Pernambuco, e com o qual convivi um pouco quando criança. Depois do seu falecimento, essa cópia ficou com sua filha. Quando o meu irmão (que morou em Brasília alguns anos) contou essa história que relatei, ela lhe deu o original e pediu que me fosse entregue. Ela achava que, por eu ser o único médico da família que era professor na mesma faculdade na qual o seu avô havia se formado, deveria “herdar” a cópia original da tese.

A ancestralidade citada pela funcionária da biblioteca pode ser a minha que, 103 anos depois, veio povoar minha passagem por esse território. Em uma sociedade como a nossa, na qual a maior parte da população teve seus antepassados sequestrados da África durante séculos para serem trazidos para o Brasil e suas memórias e ancestralidades violentadas, cultivar nossa história, conhecer nosso passado e nossos antepassados, é um dos privilégios próprios do “ser branco” no nosso país, mesmo isso sendo uma marca da cultura e no mundo africanos (Cruz, Neto, 2020). Mas, também, pode referir-se à ancestralidade das pessoas pretas, que tiveram seu passado e sua história roubados, seus nomes trocados por nomes “cristãos”, suas religiões, línguas e costumes reprimidos ou proibidos, e foram obrigados a viver uma cultura diferente das suas. Com isso, têm muita dificuldade e, às vezes, completa impossibilidade, de reconstruir sua história e conhecer sua ancestralidade.

No meu caso, mesmo que o fato de ter um bisavô médico e com o nome igual ao meu sempre tenha sido uma “ideia distante, essa se atualizou naquele dia, em 2011, mostrando-me de forma clara que a instituição e os poderes médicos não são algo distante e externos a mim. Ao contrário, têm nome e sobrenome, fazem parte da

---

<sup>10</sup> Curiosamente, Gonçalo Moniz foi um dos professores do meu bisavô, desempenhando a função de “lente substituto”.

minha própria história e da minha formação, o que me convoca a olhar com cuidado para a forma como me atravessam e me produzem.

#### **3.4.4 O CAPSad Gregório de Matos é mais que um campo de estágio: tornando-me trabalhador e pesquisador *in-mundo***

Um dos movimentos que senti que precisava fazer, inclusive no sentido de me construir como pesquisador *in-mundo*, era o de trabalhar em uma equipe de saúde; de preferência, uma equipe que cuidasse das pessoas em situação de rua.

Estava me sentindo estagnado, acomodado, pouco desafiado. Os desafios que as PSR produziam em mim nessa relação de cuidado me mobilizavam muito. Apesar de ter me aproximado bastante dessa realidade, tanto pelo tempo atuando como professor na USF e no CAPSad como pela experiência na RAC, seguia com a sensação de que era uma aproximação insuficiente, superficial, de fora, protegida sob a carapuça de professor e de pesquisador. Percebi que ainda olhava para essas pessoas a partir de uma perspectiva representacional, sem conseguir reconhecer sua multiplicidade.

No CAPSad Gregório, por mais que eu procurasse não me isolar na atividade docente ambulatorial semanal, envolvendo-me com o manejo das crises que aconteciam no turno que eu estava atendendo com os estudantes, por exemplo, isso não era suficiente. Continuava sem participar do antes (da gênese) e do depois (das consequências) das crises e de outros movimentos mais complexos de produção de cuidado, como a articulação com outros serviços, setores e equipamentos. Era um recorte bem vertical, pontual, como uma foto, mas eu estava precisando de um filme, amadurecer mais sobre os elementos envolvidos nesse fazer que eu achava tão desafiador para minha atuação como trabalhador de saúde.

Para compreender esse processo, não bastava estar fisicamente em certos momentos, mesmo os de crise, no CAPSad. Sentia a necessidade de uma presença mais intensiva e que me proporcionasse mais atenção aos acontecimentos. Era o meu “devir-pesquisador” operando, entrelaçado com o meu “devir-trabalhador de saúde” na busca de outro jeito de cuidar. Assim,

[...] para analisar, foi preciso estar no campo. O conhecimento produzido tinha uma pertinência que não lhe seria acessível enquanto ela se situasse apenas



no plano da crítica. Estar no campo provocava uma modificação mútua entre observador e observado, e qualquer descrição que passasse ao largo desta experiência simplesmente “não estava à altura do acontecimento”. No entanto, o sentido de “estar no campo” não se restringe à presença física do pesquisador no campo, como se a noção de “estar presente” fosse uma questão meramente geográfica. Trata-se, antes, de uma questão relativa à atenção (Barros, Barros, 2014, p. 187).

A minha inserção como professor na USF e no CAPSad de forma pontual vinham deixando de ser “suficientes” para mim. Em setembro de 2016, desliguei-me da FESF e fiquei com carga horária suficiente para ter a inserção profissional no cuidado que já vinha desejando. Assumi a vaga de médico clínico do CAPSad Gregório em 2017, onde fiquei até 2018, quando esse lugar na equipe foi extinto, permanecendo apenas o médico psiquiatra.

Nesse período, além do turno semanal como professor, tinha mais cinco turnos no serviço, o que me permitia participar de reuniões de equipe, reuniões de construção de Plano Terapêutico Singular (PTS), assembleias de usuários, acolhimentos, atendimentos ambulatoriais, convivência com os usuários, manejo de crises e os consequentes conflitos, algumas visitas domiciliares, observação de usuários na enfermaria, relação com outros serviços (USF, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU, outros CAPSad, Unidade de Moradia Transitória da RAPS-Casa da Ladeira, etc.). Essa foi a minha primeira experiência como trabalhador na RAPS e, até então, a mais intensa no que se refere ao cuidado das pessoas em situação de rua.

Mas, por que me atraiu tanto trabalhar em um CAPSad? A atração inicial em relação a um serviço como esse não estava muito clara para mim e aparecia, de forma vaga, como um “desafio”. Retrospectivamente, fica claro para mim que essa escolha não era pelo fato exclusivo de ser um serviço especializado no cuidado às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, mas porque se tratava daquele CAPSad específico, naquele território singular (Centro Histórico de Salvador), naquele contexto (atuar como professor naquele serviço me afetou de uma maneira que ainda estou tentando entender).

Ser um serviço da rede de atenção psicossocial no CHS, região da cidade na qual há a maior concentração de pessoas em situação de rua de todo o município, faz com que ele seja intensamente frequentado por essas pessoas. Certamente, esse foi um importante atravessamento em mim.

Cuidar de pessoas tão diferentes, tão excluídas, em tamanho estado de vulnerabilidade, tão estigmatizadas, cujas potências costumamos invisibilizar,

produzia tanto paixões tristes quanto paixões alegres; tanto encontros que diminuíam minha potência quanto encontros que elevavam minha potência de agir e de me reinventar. Esse lugar, e os papéis que ele atualizava em mim, me paralisava e me colocava em movimento, produzia repetição, mas, também, muita diferença.

Essa experiência apontou para a necessidade de refletir sobre algumas questões. Uma delas é sobre o papel de um serviço ser especializado no cuidado às pessoas que fazem uso intensivo de álcool e outras drogas; sobre como o “recorte AD”, essa a missão do serviço, razão de existir ou expectativa social e política nele depositada, terminava tomando conta, de alguma forma, da relação que a equipe estabelecia com as pessoas em situação de rua que o acessavam.

A experiência no CAPSad Gregório de Matos também trouxe o racismo estrutural e institucional para o centro das reflexões; isso possibilitou que eu entrasse em contato com o racismo que me habita de uma forma que não havia sido possível até então. Foi quando o tema da branquitude (Müller, Cardoso, 2017), por exemplo, se apresentou na minha relação com os usuários desse serviço; um conceito que só vim a entender bem depois, mas do qual pude sentir as ressonâncias do que representa nos encontros com as pessoas negras que sentem a exclusão e a violência produzidas pelo racismo cotidianamente em seus corpos.

### **3.4.5 A pesquisa do doutorado: reabitando o território no “devir-caçador-cartógrafo”**

Mesmo me considerando como campo da pesquisa do doutorado, por isso meus Diários Cartográficos já estavam em construção desde que comecei a trabalhar no CAPSad Gregório de Matos, no final de 2018 (já não mais trabalhando nesse serviço), retomei a minha relação com o Centro Histórico de Salvador com a intensão de produzir outra fase da produção do campo da pesquisa.

Para isso, reaproximei-me desse território a partir da construção de uma relação com a equipe do Consultório na Rua do Pelourinho e da reconstrução da relação com a equipe do CAPSad, conforme relatarei com mais detalhes no capítulo 4: “Apostando em algumas estratégias de aproximação dos serviços de saúde e da produção do campo da pesquisa”. Foram aproximações, ou entradas, nos serviços com alguma intencionalidade, armadas com uma estratégia que julguei necessária

para trazer com mais força outras vozes à pesquisa e para cartografar suas ressonâncias em mim e nos outros sujeitos da pesquisa. O devir-caçador-cartógrafo já vinha em produção há alguns anos e a construção do campo de pesquisa já estava em andamento; portanto, essa nova aproximação era apenas mais um movimento dentro desse percurso.

Essa aproximação se diferencia das outras por ser um pouco mais interessada; primeiro, porque lancei mão de algumas estratégias metodológicas; mas, principalmente, porque procurei ficar ainda mais atento e poroso para os afetos produzidos nos encontros com as equipes e os usuários no cotidiano dos serviços de saúde.

A seguir, trarei alguns elementos que ajudam a conhecer os dois serviços e seus papéis nesse território.

#### **3.4.5.1 Caracterizando o CAPSad Gregório de Matos**

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Gregório de Matos foi o serviço no qual atuei por algum tempo e a experiência mais intensa em relação em relação ao cuidado às pessoas em situação de rua que eu vivi. É um serviço da rede de atenção psicossocial de Salvador, localizado nas dependências da sede da Faculdade de Medicina da Bahia da UFBA, no Largo do Terreiro de Jesus, Centro Histórico de Salvador (CHS), Bahia. Esse serviço é um dos projetos de um Serviço de Extensão Permanente do Departamento de Saúde da Família (DSF-FMB), chamado Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC), e foi inaugurado em 2012.

A ARD-FC, por sua vez, desenvolve atividades preventivas e assistenciais às pessoas que fazem uso abusivo de drogas através de projetos desenvolvidos em parceria com outras instituições, como o estado da Bahia, o município de Salvador, o Ministério da Saúde, entre outros (Fameb, 2020). Originou-se em 2003, a partir do “desmembramento do corpo técnico e dos projetos executados pelo Programa de Redução de Danos do Centro de Estudo e Terapia do Abuso de Drogas” (CETAD-UFBA). Seu nome é uma homenagem a Fátima Cavalcanti, a primeira redutora de danos da Bahia (Fameb, 2020).

O CAPSad Gregório está entre os três CAPSad de Salvador, sendo o único com financiamento estadual e executado por uma universidade. Apesar de hoje ter

uma função assistencial preponderante, foi proposto como um “centro formador” no campo da redução de danos (RD), com a responsabilidade de matricular e capacitar serviços de saúde de toda a Bahia em relação ao cuidado às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, na perspectiva da RD.

Foi criado com o intuito de ser um CAPSad III, que funciona 24 horas, com enfermaria para acolhimento noturno; no entanto, nunca chegou a ser cadastrado no Ministério da Saúde, nem a receber financiamento como tal e, muito menos, a funcionar assim. Sua equipe era composta, até meados de 2018, por quatro psicólogas/os, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, um farmacêutico, um médico psiquiatra, um médico clínico, uma terapeuta ocupacional, um arte-educador, uma assistente social e uma equipe de redutores de danos, a qual possuía uma coordenadora. Em 2018, na renovação do contrato da UFBA com a Sesab, pela impossibilidade de ajuste do repasse financeiro, a função de médico clínico foi extinta. Em 2021, a equipe está reduzida à metade em relação a quando iniciou, em 2012.

Com o tempo, a dimensão assistencial foi-se alargando, em detrimento da sua função formadora/matriciadora, tomando a maior parte do tempo e da energia da equipe. Atualmente, o serviço tem mais de 500 pessoas cadastradas, sendo que apenas uma parcela dessas pessoas segue de fato frequentando-o com alguma periodicidade. Fazem parte dessas as pessoas em situação de rua do CHS de Salvador e pessoas que, apesar de possuírem moradia fixa e não necessariamente se identificarem como pessoas em situação de rua, constroem suas existências agenciadas por uma forte conexão com a rua. O usuário-guia da RAC, BJ, é um ótimo exemplo: tem moradia, vínculo com a mãe e, no entanto, constrói sua vida com as relações que têm na rua e chega a ficar dias dormindo na rua, sem voltar para a sua “casa”.

Esse entendimento do que podemos considerar como “população em situação de rua” foi construído pela pesquisa “Cartografias dos desejos e dos direitos: mapeamento e contagem da população em situação de rua na cidade de Salvador, Bahia, Brasil” (Carvalho et al., 2017, p. 6), a qual coloca que pessoas em situação de rua seriam aquelas que estabelecem uma relação com a rua

[...] que não implica, necessariamente, a exclusão de outros contextos, como família, instituições de atendimentos, comunidades, etc. Essa evolução do conceito rompe, dessa forma, com a ideia territorial de que a rua como “situação de rua” seria aquela no centro em oposição a comunidade periférica de origem, mas também com a ideia de que o estar na rua implica sempre e

em todos os sentidos com o rompimento com outras relações. Obviamente, a rua para estas pessoas exerce um papel central em suas vidas e, em certa medida, em suas identidades.

Essa população é que acessa o serviço de forma mais intensa e cotidiana, seja para participar de ofertas mais estruturadas, como grupos terapêuticos, oficinas e consultas, seja para usá-lo como espaço para alimentação (lanches e almoço), repouso e higiene pessoal, ou habitá-lo em uma perspectiva de “praça” (Merhy, 2006), usando-o para conviver com outros usuários e com a equipe, tocar instrumentos, jogar dominó, conversar, usar álcool e outras drogas, o que termina contribuindo para que não fiquem 24 horas na rua.

Esse habitar o serviço em uma perspectiva-praça é chamado de “convivência” e termina sendo uma oportunidade de a equipe se aproximar de algumas pessoas, estabelecer relações para além das atividades organizadas ou das consultas e observar a dinâmica das relações. Na convivência, vários encontros são produzidos, com rodas de música, brincadeiras, oficinas de arte, bate-papos, festas para comemorar datas importantes, como o São João; também, situações de uso de drogas no serviço aparecem, assim como sofrimentos, conflitos entre os usuários e entre a equipe e os usuários, brigas, discussões, ameaças, depredação do serviço, violências verbais, físicas, simbólicas e institucionais. A convivência é habitada por multiplicidades, por muitas forças e tensões que lhes são constitutivas, frutos de disputas de intencionalidades heterogêneas da equipe e de usuários, as quais não necessariamente são as mesmas desses usuários que a habitam na perspectiva-praça, conforme abordarei melhor no capítulo 8: “Mapa 3 – Segundo desdobramento: Cartografia do CAPSad no cuidado com as pessoas em situação de rua: um lugar dos que não têm lugar”.

#### **3.4.5.1 Caracterizando o Consultório na Rua do Pelourinho**

A criação das equipes de consultório na rua (CnaR), no formato que possuem hoje, como um serviço que compõe a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é

muito recente (Brasil, 2011, 2012). Essa denominação de Consultório “na” Rua<sup>11</sup>, sua proposta de organização e atuação abrangente como serviço de atenção básica são devedores de várias experiências Brasil afora nas décadas de 1990 e 2000, tanto de equipes que iam ao encontro das pessoas em situação de rua usuárias abusivas de álcool e outras drogas na perspectiva da saúde mental e da RD como de equipes que ampliavam seu escopo de atuação para além do uso de substâncias psicoativas.

Entre essas experiências, destacam-se os Consultórios de Rua, iniciados em Salvador em 1999, como projeto-piloto ligado ao CETAD, que o desenvolveu e executou no período entre 1999 e 2004; após o término desse período, foi implantado como equipe ligada a um CAPSad pela secretaria de saúde do município, em 2004 (Londero et al., 2014; Oliveira, 2009).

Em 2009, por intermédio do Ministério da Saúde, o CR tornou-se uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas e foi incluído no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack em 2010, “com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam crack, álcool e outras drogas por intermédio de ações de saúde na rua” (Londero et al., 2014, p. 254).

Destacam-se, também, as experiências de equipes de atenção básica específicas para as pessoas em situação de rua que foram sendo implementadas em alguns municípios de grande porte. Um exemplo é a primeira equipe de Saúde da Família, criada em Belo Horizonte em 2002, “específica e exclusiva para o atendimento da PSR, [...] sem território de abrangência fixo, que passa a ser o equipamento de saúde de referência para essa população e assume a vocação de matriciar as demais equipes de Saúde da Família” (Reis Junior, 2011, p. 38).

Vale a pena citar, também, as experiências de ESF para a PSR implantadas em São Paulo logo depois da implantação em Belo Horizonte, por meio do Programa A Gente na Rua; a experiência das equipes do Programas de Saúde da Família sem Domicílio, que viria a ser chamada mais tarde de Equipes de Saúde da Família para a População em Situação de Rua (ESF Pop Rua), de Porto Alegre, São Paulo, Curitiba

---

<sup>11</sup> Apesar de não ser o foco de discussão na tese, vale a pena uma reflexão: o nome Consultório “na” Rua traz a ideia de que o consultório está na rua, mas a rua pode não estar nele; ao contrário, o consultório “de” rua me remete a um serviço que está impregnado de rua, pois a ela pertence.

e Belo Horizonte; e a Equipe de Saúde da Família Pop Rua, do Rio de Janeiro (Canonico et al., 2007; Lisboa, 2013; Londero et al., 2014).

Assim, a partir da convergência de experiências oriundas da saúde mental (Consultórios de Rua) e da atenção básica (ESF sem Domicílio), foram criados os Consultórios na Rua, equipes itinerantes de atenção básica<sup>12</sup> que têm como atribuição o cuidado integral à saúde da população em situação de rua (Brasil, 2011, 2012; Londero et al., 2014).

Para mim, o CnaR ganhou visibilidade quando comecei a ver a equipe do Centro Histórico atuando nesse território em torno de 2015. Em algum momento, fui incluído em um grupo de um aplicativo de mensagens que reunia trabalhadores de várias equipes que se relacionavam com as pessoas em situação de rua, tanto da saúde como da assistência social e da justiça, chamado “Saúde e Cidadania”: USF do Pelourinho, CAPSad Gregório de Matos, Ponto de Cidadania, Projeto Corra pro Abraço, Projeto Axé, Defensoria Pública, Consultório na Rua, 19º Centro de Saúde, USF da Gamboa. Esse grupo foi criado para potencializar as articulações entre esses vários atores em torno do cuidado das pessoas em situação de rua ou em situação de vulnerabilidade; no cotidiano do cuidado na USF do Pelourinho e no CAPSad Gregório, fui-me encontrando pouco a pouco com o trabalho e o lugar da equipe do CnaR no cuidado às pessoas em situação de rua.

### **3.5 Afinal, de que territórios estou falando?**

Este capítulo foi um esforço de realizar um empreendimento bastante difícil, que é representar ou expressar em palavras algo extremamente cambiante, dinâmico e fugidio: a produção de um território que, na verdade, é uma multiplicidade. Gosto de pensar, por exemplo, que o que consegui colocar em palavras aqui são apenas pistas que me ajudam a seguir me relacionando com as ressonâncias que esse território ainda produz em mim; ou, mesmo, ganchos nos quais posso me segurar um pouco enquanto esse mesmo território se desmancha “embaixo dos meus pés” e se

---

<sup>12</sup> Apesar dos CnaR estarem vinculados à Política Nacional de Atenção Básica, é extremamente importante que se construam como equipes autopoiéticas, flexíveis, plásticas, inventivas, capazes de, em rede, adaptarem-se à multiplicidade das ruas, não se deixando capturar pels durezas e enrigecimentos que, infelizmente, têm sido cda vez mais frequentes nas equipes de saúde da família.

reconstrói nesse “entre” que só existe na minha relação com ele. Vários mapas sempre em movimento.

O que posso afirmar, com certeza, é que é um território permeado por violências que se expressam das formas mais variadas e não tem o mesmo significado para cada uma das diferentes pessoas que o habitam, assim como para mim. Também posso afirmar que a mesma violência, que é tão difícil e impensável para os trabalhadores de saúde, é cotidiana, perene e constitutiva para muitos que produzem suas vidas nesse território.

Foi importante, também, visibilizar a produção cotidiana de muita arte, cultura, vida e resistências nesse território; há movimentos de luta, como o Movimento Nacional das Pessoas em Situação de Rua (MNPR), o Projeto Axé, o Movimento dos Trabalhadores Sem Teto (MTST), o Ponto de Cultura Boiada Multicor da Universidade da Reconstrução Ancestral e Amorosa (Uniraam), entre outros.

Não é tão óbvio enxergar ou perceber essa potência, principalmente se nos relacionamos com as pessoas que habitam esse território dentro dos nossos territórios mais institucionalizados, como os serviços de saúde e universidade. Certas narrativas e demandas são direcionadas para nós quando estamos cravados no lugar de profissionais de saúde e isso se intensifica quando esses encontros se dão dentro dos serviços de saúde, pois, dependendo de como se organizam, eles não se conectam com as pessoas, com a potência, os movimentos e as resistências que pulsam no território, os quais terminam ficando de fora.

É preciso nos encontrarmos com as violências, as imprevisibilidades e as delicadezas que coexistem nas ruas. Um movimento norteado por experimentações ancoradas no real que nos afeta e que, em vez de decalques das estruturas das instituições e organizações que habitam nossos corpos, possa produzir rizomas: mapas abertos, com múltiplas entradas, conexões e funções (Deleuze, Guattari, 2009). Perceber os movimentos cotidianos de resistência à imposição das estruturas do consumo, do turismo, do racismo, da miséria e da violência produzidos pelas pessoas que habitam esse território (e têm suas vidas nele plasmadas). Esse movimento nos ajuda a gestar outras territorialidades, as quais não conseguirão ser gestadas se seguirmos com nossos pés fincados dentro dos serviços de saúde.



## Referências

Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MP, Tallemberg C, Chagas MS, Rocha M, et al. O pesquisador *in-mundo* e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. *Lugar Comum*. 2013; 39:133-44.

Amado J. *Bahia de todos-os-santos*. São Paulo: Companhia das Letras; 2012.

Amado J. *Tenda dos Milagres*. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.

Andrade Júnior MJ. *A contribuição da Medicina na construção do Racismo Científico no Brasil: um olhar sobre a eugenia* (monografia). Salvador: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia; 2016.

Andrade L. Os Pastores da Noite – um diálogo entre a geografia, a literatura e o cinema na obra de Jorge Amado. In: Pinheiro DJ, Silva MA, organizadores. *Visões imaginárias da cidade da Bahia: diálogos entre a geografia e a literatura* [Internet]. Salvador; 2004 [cited 2020 Sept 10]. Available from: <http://books.scielo.org/id/myv39/pdf/pinheiro-9788523209223-07.pdf>

Bahia (BR). Secretaria de Cultura do Estado da Bahia. *Infocultura: informativo da Secretaria de Cultura do Estado da Bahia*. 2008 Out. Salvador; 2011.

Bahia (BR). Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. CAS - Centro Antigo de Salvador [livro eletrônico]: território de referência. Salvador: SEI; 2013.

Barros LM, Barros, ME. O problema da análise em pesquisa cartográfica. In: Passos E, Kastrup V, Tedesco S, organizadores. *Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Vol. 2. Porto Alegre: Sulina; 2014.

Braga PM, Santos Júnior WR. Programa de Recuperação do Centro Histórico de Salvador: políticas públicas e participação social. *Risco Revista de Pesquisa em Arquitetura e Urbanismo* [Internet]. 2009 Jul 1 [cited 2020 Sept 3];(10):23-34. Available from: <https://www.revistas.usp.br/risco/article/view/44777>

Brasil. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Cerqueira D, Bueno S, coordenadores. *Atlas da violência 2020* [Internet]. Rio de Janeiro; 2020 [cited 2020 Sept 7]. Available from: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/200826\\_ri\\_atlas\\_da\\_violencia.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/200826_ri_atlas_da_violencia.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Define as diretrizes de organização e Equipes de Consultório na Rua. Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2011 [Internet] [cite 2020 Sept 2]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua [cited

2020 Ago 6]. Available from:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)

Brasil. Portaria nº 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) [Internet]. 2011 [cite 2020 Oct 12].

Available from:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

Canonico RP, Tanaka AC, Mazza MM, Souza MF, Bernat MC, Junqueira LX. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2007 [2020 Oct 20];Spec 41:799-803.

Available from:

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/wknHY83bSGMXnmHvWxVd6yq/abstract/?lang=pt>

Carvalho MA, Santana JP, Oliveira LV. Cartografias dos Desejos e Direitos: Mapeamento e Contagem da População em Situação de Rua na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Síntese dos Resultados da Pesquisa. Projeto Axé; 2017a.

Carvalho MA, Santana JP, Vezedek L. Cartografias dos Desejos e Direitos: Mapeamento e Contagem da População em Situação de Rua na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Sumário Executivo da Pesquisa da Pesquisa. Projeto Axé. 2017b.

Carvalho SM. População adulta em situação de rua e o acesso à saúde. Rio de Janeiro: Autografia; 2016.

Cruz FP, Neto JSJ. A memória e ancestralidade presente no romance Ponciá Vivência de Conceição Evaristo. Revista Humanidades e Inovação. 2020;7(3):180-184.

Deleuze G, Guattari F. Introdução: Rizoma. In: Deleuze G, Guattari F. Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia. 6a ed. Vol. 1. Guerra Neto A, Costa CP, tradutores. São Paulo: 34; 2009. p. 11-37.

Deleuze G. Os intercessores. In: Deleuze, G. Conversações. 3a ed. Pelbart PP, tradutor. São Paulo: 34; 2013, p. 155-72.

Espinheira G. Projeto de reabilitação sustentável do Centro Histórico de Salvador: A dimensão social e o quadro de vulnerabilidades do Centro Antigo. Relatório Final. Salvador: ONG Movbahia; 2009.

Fameb. ARD – Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti [Internet] [cited 2020 Oct 12]. Available from: <http://www.fameb.ufba.br/nucleos/next/ard>

Fraga Filho W. Mendigos, moleques e vadios na Bahia do Século XIX. São Paulo: Hucitec/Edufba; 1995.

Franco TB. Trabalho Criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. *Saúde soc.* 2015; 24(1):102-14.

Guattari F, Rolnik S. *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. 4a ed. Petrópolis: Vozes; 1996.

Haesbaert R. Território e Multiterritorialidade: Um Debate. *GEOgraphia*. 2007;IX(17).

Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. Centro Histórico de Salvador (BA) [Internet] [cited 2020 Sept 3]. Available from: <http://portal.iphan.gov.br/pagina/detalhes/35/>.

Lisboa MS. Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2013.

Londero MF, Ceccim RB, Bilibio LF. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Revista Interface*, 2014.

Maio MC. A medicina de Nina Rodrigues: análise de uma trajetória científica. *Cadernos de Saúde Pública*. 1995;11(2):226-37.

Mandarino AC, Gomber E. A Escola de Medicina da Bahia ou o lugar onde Pedro Archanjo foi bedel: representações de estereótipos acerca de macumba, loucura e crime. *Reciis – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. 2010 Sept;4(3):63-9.

Merhy EE et al. Pesquisa em saúde e avaliação de novas tecnologias para o SUS (A Produção do cuidado em diferentes modalidades de Redes de Saúde do Sistema Único de Saúde – Avalia quem pede, quem faz e quem usa – Pesquisa Interferência). Relatório Técnico Final. 2013 Sept-Oct.

Merhy EE, Gomes CM, Silva E, Santos MF, Cruz KT, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate* [Internet]. 2014 Oct [cited 2020 Aug 18];(52):153-64. Available from: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>

Merhy EE. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: Merhy EE. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.

Merhy EE. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças (Prefácio). Aciole GG. *A Saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. Campinas: Hucitec; 2016.

Müller TM, Cardoso L. *Branquitude: estudos sobre identidade branca no Brasil*. Curitiba: Appris; 2017.

Oliveira JÁ, Barretto LD, Dultra LS. Cuidar é afetar-se: “BJ” coloca em xeque as velhas formas de produzir o cuidado em saúde. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, et al., organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

Oliveira MG. Consultório de rua: relato de uma experiência [dissertação] [Internet]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2009 [cited 2020 Oct 20]. Available from: [http://www.cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/consultorio\\_de\\_rua\\_relato\\_de\\_uma\\_experiencia.pdf](http://www.cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/consultorio_de_rua_relato_de_uma_experiencia.pdf)

Portal Educacional. Centro Histórico de Salvador [Internet] [cited 2020 Sept 3]. Available from: <http://www.educacional.com.br/reportagens/patrimonio/salvador.asp>

Reis Junior AG. Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz; 2011.

Rolnik S. Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo. 2a ed. Porto Alegre: Sulina, UFRGS; 2011.

Sainz Cardona JA. Sarjam: Vocablo en lengua aymara que significa ándate. Observatorio Social de América Latina. 2005 Jun;6(16).

Santos M. O retorno do território. Observatorio Social de América Latina. 2005 Jun;6(16).

Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 6a ed. Rio de Janeiro: Record; 2001.

Spinoza B. Ética. Tadeu T, tradutor. 2a ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2018.

Torreão TR. Centro Histórico de Salvador-Bahia: a “mística” do lugar e a (des) concentração de sua espacialidade. In: Pinheiro DJ, Silva MA, organizadores. Visões imaginárias da cidade da Bahia: diálogos entre a geografia e a literatura [Internet]. Salvador: EDUFBA; 2004 [cited 2020 Aug 29]. Available from: <http://books.scielo.org/id/myv39/pdf/pinheiro-9788523209223-14.pdf>

Veiga JB. Da Rachistovainização. These apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia afim de obter o Grão de Doutor em Medicina. Bahia: Oficina dos Dois Mundos; 1908.

## **CAPÍTULO 4 – APOSTANDO EM ALGUMAS ESTRATÉGIAS DE APROXIMAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE PRODUÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA**

### **4.1 A produção dos Diários Cartográficos: primeiro e segundo movimentos de aproximação**

Nos capítulos anteriores, apresentei a aposta ética (e estética) desta pesquisa, que envolve sua caminhada em uma perspectiva cartográfica – capítulo 2 – e a forma como me relacionei e produzi o território para mim, fabricando meus próprios mapas e visibilizando outros que estavam em produção – capítulo 3.

No entre dos encontros que produzi e nas ressonâncias que esses encontros produziram em mim, principalmente no território do CHS, também sou campo da pesquisa. Dessa forma, este já estava em produção e me habitava há alguns anos, pelo menos desde que comecei a circular nesse território, e se intensificou quando fui trabalhar no CAPSad Gregório de Matos. O campo continua em produção neste exato momento que escrevo, pois, ao acessar minhas memórias, também estou produzindo minhas experiências, encontrando-me com as afecções (efeitos dos afetos no um corpo) (Deleuze, 2002) produzidas no meu corpo e, portanto, com as transformações que sofri e estou sofrendo. O encontro, na perspectiva espinosista, e a experiência são, como colocam Gomes et al. (2014, p.30), um “núcleo central da produção do conhecimento”.

Como discuti no capítulo 2, muito me passou, aconteceu-me e tocou-me nesses encontros com as pessoas em situação de rua e com as equipes desses dois serviços (Bondía, 2002; Pelbart, 2016).

Afetado pela experiência da Educação Permanente em Saúde em Movimento (EPS em Movimento) de rastreamento de acontecimentos cotidianos que pudessem disparar a produção de visibilidade para a experiência, iniciei o registro do vivido no CAPSad através do exercício de confecção dos “Diários Cartográficos” (EPS em Movimento, 2014). Essa construção, que me remete ao percurso de um caçador que rastreia pistas que nem todos enxergam, acompanhou minha caminhada cartográfica. Não tem roteiro, não exige um único método, mas demanda que um rigor analítico metodológico componha minha investigação. As afecções e os relatos produzidos no

meu cotidiano foram virando escrita nos meus Diários Cartográficos, produzindo múltiplas saídas (afetos e sentidos) para essas entradas (EPS em Movimento, 2014).

Confeccionar os diários após um dia de trabalho, ou após uma visita ao serviço, era uma possibilidade de revisitar o vivido; mas não qualquer ou todo o vivido: aquilo que me afetou. A construção dos Diários Cartográficos se deu em dois movimentos de aproximação dos serviços e de produção do campo da pesquisa.

O primeiro movimento foi a confecção dos Diários Cartográficos no período de fevereiro de 2017 até julho de 2018, quando eu ainda fazia parte da equipe do CAPSad; nesse período, o que convocava mais fortemente o registro era o vivido como trabalhador de um dos serviços de saúde acessados pelas pessoas em situação de rua no Centro Histórico de Salvador.

O segundo movimento foi a confecção dos Diários Cartográficos a partir de visitas semanais ao CAPSad e ao Consultório na Rua (CnaR), com duração de um ou dois turnos, para acompanhamento das equipes em atividades diversas, no período de dezembro de 2018 a junho de 2019. No CAPSad, participei da convivência, de grupos terapêuticos, e acompanhei redutores de danos em visitas domiciliares; no Consultório na Rua, fizemos buscas ativas de usuários no território, campos noturnos (visitas programadas semanais a certos locais para encontrar com as pessoas em situação de rua: Comércio/região do Elevador Lacerda e Praça da Piedade) e visita a usuária puerpera em uma maternidade.

Para realizar o segundo movimento de aproximação (e também o terceiro movimento, que abordarei no item 4.2 deste capítulo), foi necessária a construção da entrada da pesquisa nos serviços, realizada no fim de 2018. Essa entrada foi construída com eles através de reuniões com a coordenação do CAPSad e a gerência da unidade básica de saúde (UBS) na qual a equipe do Consultório na Rua estava lotada, com assinatura de termo de consentimento autorizando a pesquisa em cada serviço, apresentação da proposta da pesquisa para as equipes e convite para dela participar.

No primeiro e segundo movimentos de aproximação, para realizar (ou iniciar) os registros, lancei mão de algumas estratégias com o objetivo de não “perder” o momento. Escrevia alguns tópicos no celular, como forma de lembrar de algo que me chamou a atenção ou me afetou de alguma forma; ou fazia gravações de áudios descrevendo encontros e diálogos com usuários, trabalhadores da equipe ou outras pessoas. Enviava como mensagens para mim mesmo em ambos os formatos: tópicos

e áudios; depois, com calma, acessava esses registros e desenvolvia uma escrita sobre o vivido. Às vezes, fazia isso no mesmo dia, à noite; em outras, passavam-se alguns dias entre o registro inicial e a escrita nos Diários Cartográficos. Em alguns momentos, acessava o vivido somente a partir da memória direta, sem nenhum lembrete que pudesse marcar algum ponto específico; às vezes, fazia isso muito tempo depois de ter-me passado o que motivou o registro.

Esses movimentos de construção dos Diários Cartográficos foram permeados por muito do que me atravessa e me afeta: pelo meu lugar no mundo, pela forma como me relaciono com o território e com as pessoas; pela maneira como se dá meu processo de subjetivação e como sou atravessado pelas minhas implicações. Outra pessoa registraria coisas diferentes, pois são outros os afetos que atravessam seu corpo.

Confeccionar os Diários Cartográficos também ajudou a produzir ou fortalecer certas memórias, ou certas marcas no meu corpo. Assim, várias situações e encontros vividos ficaram de fora dos registros, pois não me afetaram de uma forma que os considerasse na hora de construir os Diários; o que veio para a escrita dos Diários foi o que ficou ressoando em mim, o que produziu outros olhares, o que me incomodou.

Nos diários mais antigos, produzidos no primeiro movimento, eu estava simplesmente vivendo o cotidiano do CAPSad Gregório de Matos como um trabalhador de saúde membro da equipe; ao mesmo tempo, estava atento não somente ao que acontecia no serviço e ao que se passava, mas ao que me acontecia, ao que me passava (Bondía, 2002). Já nos diários mais recentes, confeccionados no segundo movimento, eu ia para o serviço no lugar do “pesquisador”, com uma entrada já marcada pela intencionalidade de viver encontros com usuários e trabalhadores, registrando a forma como eles me afetavam.

A releitura dos Diários Cartográficos também fez farte da sua construção, possibilitando a reativação de memórias que estavam marcadas no meu corpo sensível. Dessa forma, esse vivido que está registrado na escrita também está registrado no meu corpo e, como algum tempo já havia se passado entre o registro escrito e sua leitura, eu já era outro. Ao reencontrar com o vivido, e com os afetos que produziu, esse vivido foi-se atualizando em meu corpo de uma forma bem diferente; um movimento de reencontros que levou à produção de outros afetos, de outras transformações, de outras experiências. Foi a partir desse movimento, e também pela capacidade que tinham em produzir visibilidade para aspectos surgidos na cartografia

em curso, que foi feita a escolha dos trechos dos Diários que fariam parte da escrita da tese.

Como afirmei no início deste capítulo, também sou campo desta pesquisa; no entanto, é importante ressaltar que, quando falo que “eu” sou campo, refiro-me aos muitos “Joãos” na relação com o mundo: com pessoas, ideias, coisas, acontecimentos. Foi uma produção de olhos para ver e línguas para falar, só possível quando eu, em alguma medida, me permiti ser violentado pela imprevisibilidade e violência, mas também pela delicadeza dos encontros. Procurando ampliar a complexidade e trazer para a cena outras vozes, outros corpos em relação, outras multiplicidades, outras existências implicadas com a produção da realidade com a qual estava me relacionando, lancei mão de uma segunda estratégia de aproximação, a qual pretendia “acessar o plano que articula, conecta e agencia essa diversidade” (Passos et al., 2014, p. 18) através da produção de um plano comum.

## **4.2 A produção de um plano comum: terceiro movimento de aproximação**

Com isso a vida deixa de ser definida apenas a partir dos processos biológicos, incluindo a sinergia coletiva, a cooperação social e subjetiva, o intelecto geral. O biós é remetido intensivamente a uma espécie de caldo semiótico e maquínico, molecular e coletivo, afetivo e econômico, sendo pensado de maneira espinosista como o poder de afetar e de ser afetado no contexto de um agenciamento muito complexo (Pelbart, 2015, p. 23).

O terceiro movimento de aproximação dos serviços de saúde e de produção do campo de pesquisa, que se deu no segundo semestre de 2019, dialoga com a noção de “vida” trazida por Pelbart, marcada por essa cooperação social e subjetiva. Esse movimento teve como objetivo a produção coletiva de narrativas sobre o vivido (e o sentido do vivido) com os trabalhadores de saúde no cotidiano dos serviços, o que possibilitou acessarmos coletivamente como cada um de nós produziu sua experiência. Para essa produção coletiva, uma aposta dentro da aposta maior na cartografia como forma de andar na pesquisa, foi necessária a produção de um “comum” na relação com as equipes (Passos et al., 2014). O conceito de “comum”

[...] se define por sua consistência experiencial e concreta e constitui um desafio a ser permanentemente enfrentado, não sendo jamais conquistado de modo definitivo. Não sendo algo que se possa supor já dado, o comum se produz por procedimentos que vão à jusante da experiência, acompanhando as práticas concretas que comunam, uma vez que realizam partilha de um bem comum e, conseqüentemente, criam o efeito de pertencimento. É



comum o que, na experiência, é vivido como pertencimento de qualquer um ao coletivo. [...] O comum porta o duplo sentido de partilha e pertencimento. Cada um desses sentidos indica um procedimento ou atividade sem a qual a produção do comum não se efetiva. O comum é aquilo que partilhamos e em que tomamos parte, pertencemos, nos engajamos (Passos et al., 2014, p. 20-21).

Apostar na produção de um comum foi também apostar no imperativo ético de que as pessoas envolvidas na pesquisa eram pesquisadoras de suas práticas de cuidado e conhecedoras da realidade que fabricam, e não objetos de investigação de um pesquisador sabido. Dessa forma, foi central uma estratégia de produção que possibilitasse o acesso a esse plano comum, no qual a multiplicidade de cada sujeito, os atravessamentos que cada um sofre e que compõem/constroem o campo da pesquisa, as articulações que o objeto (em construção permanente) produz e as implicações de cada um se expressam, se articulam, se conectam e se agenciam mutuamente (Passos et al., 2014).

Foram movimentos que buscaram produzir uma aproximação e uma relação com as equipes para além das dualidades “sujeito e objeto”, “pesquisador e pesquisado”. Uma produção de encontros nos quais fosse possível que me sentisse pertencente ao serviço, acolhido pela equipe como um igual (trabalhador de saúde) e não como um estrangeiro, sentindo-me com legitimidade de estar ali e não com a sensação de que representava uma ameaça; da mesma forma, era imprescindível que os trabalhadores da equipe também se sentissem pertencentes à pesquisa, como sujeitos dela, não como objetos a serem estudados e que tinham como função ofertar os dados que eu deveria extrair como pesquisador.

O objetivo era a produção de uma dimensão de coletivo, a qual

[...] extrapola as fronteiras preestabelecidas na divisão das disciplinas (o que é desse saber e não de outro) e dos participantes da pesquisa (esse é pesquisador, aquele é pesquisado; esse é cego, aquele é vidente; esse é usuário, aquele é trabalhador do SUS; esse é aluno, aquele é professor), funcionando como zona de indiscernibilidade que não pertence exclusivamente a nenhum dos domínios específicos ou grupos de interesse implicados na pesquisa, mas diz respeito à complexidade da realidade investigada. A pesquisa cartográfica faz aparecer o coletivo, que remete ao plano ontológico, enquanto experiência do comum e, dessa maneira, é sempre uma pesquisa-intervenção com direção participativa e inclusiva, pois potencializa saberes até então excluídos, garante a legitimidade e a importância da perspectiva do objeto e seu poder de recalcitrância. O plano comum que se traça na pesquisa cartográfica não pode, de modo algum, ser entendido como homogeneidade ou abrandamento das diferenças entre os participantes da investigação (sujeitos e coisas) (Passos et al., 2014, p. 18-19).

Nessa perspectiva, foram realizados encontros mensais com a equipe dos serviços de saúde, de participação aberta para os trabalhadores que estivessem no serviço no dia e com interesse em participar; um espaço com duração entre 1h e 1h30min para discussão sobre a produção do cuidado com as pessoas em situação de rua e sobre o cotidiano dos serviços, a partir das experiências de quem vivia. Para disparar as discussões, escolhi cenas ou trechos dos Diários Cartográficos, os quais eram apresentados no início de cada encontro; ou, mesmo, trechos extraídos das discussões ocorridas no encontro anterior.

Todas as discussões foram gravadas<sup>13</sup>, transcritas e enviadas às equipes de sete a dez dias antes, perfazendo, ao todo, cinco encontros. Foi proposto que lessem a transcrição das gravações e destacassem os trechos que mais os afetavam; a partir desses destaques, iniciariamos a discussão no encontro seguinte; no entanto, isso não aconteceu e os destaques terminaram sendo feitos por mim. Da mesma forma como aconteceu com os Diários Cartográficos, a escolha dos trechos que disparariam os encontros com as equipes, assim como qual parte das transcrições das gravações dos encontros faria parte da tese, foi permeada pelas ressonâncias que esses registros do vivido produziram em mim; mas, também, pela força que tinham em produzir visibilidade para algumas questões que foram surgindo na caminhada cartográfica.

No primeiro encontro, em ambos os serviços, voltei a apresentar as ideias centrais da pesquisa e pedi permissão para que a discussão fosse gravada; se houvesse pessoas nos encontros seguintes que não participaram da reunião de equipe na qual a pesquisa foi apresentada e nem do encontro anterior, eu voltava a apresentar a pesquisa e os objetivos daquele momento. Esforcei-me para respeitar a dinâmica de cada equipe, seus tempos e prioridades. Por exemplo, houve encontro que começou atrasado e durou menos tempo do que o previsto porque a equipe estava envolvida com demandas do próprio serviço. Em ambos os serviços, em alguns encontros, tivemos a participação de residentes, estagiários ou representantes do Distrito Sanitário.

---

<sup>13</sup> Todos os trabalhadores de ambos os serviços foram informados de que os encontros seriam gravados, e autorizaram as gravações.

Nesses encontros, procurei colocar-me como mais um trabalhador de saúde, que estava ali refletindo coletivamente com outros trabalhadores sobre as dores e as delícias do cuidado com as pessoas em situação de rua. Não tinha como ser diferente, já que fui trabalhador em um dos serviços e passei um semestre acompanhando os dois serviços em suas atividades, pelo menos em um turno semanal. Essa foi uma outra aposta importante da pesquisa: explorar o devir-pesquisador *in-mundo* (Abrahão et al., 2013), como abordei no capítulo 3: “Preâmbulo: cartografia da minha aproximação do território do Centro Histórico de Salvador (os territórios por mim e em mim”.

Assumir-me trabalhador de saúde; reconhecer e analisar minhas implicações; mergulhar nas minhas experiências, trazê-las para a cena e partilhá-las nos encontros com os outros trabalhadores; deixar-me ser afetado pelo encontro com esse outro com o qual estou produzindo um comum e pela partilha que faz de suas experiências foi central nesse processo. Como partilha, estou me referindo à “partilha do sensível” trazida por Rancière, em um duplo sentido de repartição e participação (Passos et al., 2014). Segundo Rancière (2005, p. 15), a partilha do sensível refere-se ao “sistema de evidências sensíveis que revela, ao mesmo tempo, a existência de um *comum* e dos recortes que nele definem lugares e partes respectivas. Uma partilha do sensível fixa, portanto, ao mesmo tempo, um *comum* partilhado e partes exclusivas”. A produção do comum, com suas dimensões de pertencimento e partilha, talvez, seja um dos pilares desta pesquisa.

É importante ressaltar que os serviços e seus trabalhadores não são o campo da pesquisa. Na perspectiva cartográfica que procurei construir, o campo da pesquisa é, na verdade, minha relação com os trabalhadores dessas equipes, com as pessoas em situação de rua usuárias desses serviços e outras que foram se apresentando. É o que acontece no “entre”, no espaço intercessor (Deleuze, 2013; Merhy, 2002) que é produzido nesses encontros. O campo da pesquisa, portanto, também sou eu.

A seguir, o quadro 1 apresenta, de forma resumida e didática, as atividades relacionadas à produção do campo da pesquisa, os períodos em que foram desenvolvidas e suas respectivas características.

	<b>Período</b>	<b>Atividade</b>	<b>Características</b>
<b>Primeiro movimento</b>	Fevereiro de 2017 a julho de 2018	Confecção dos Diários Cartográficos	Vivência como trabalhador do CAPSad
<b>Segundo movimento</b>	Dezembro de 2018 a junho de 2019	Confecção dos Diários Cartográficos	Visitas semanais ao CAPSad e ao CnaR para acompanhamento das equipes em atividades diversas
<b>Terceiro movimento</b>	Segundo semestre de 2019	Produção coletiva de narrativas sobre o vivido (e o sentido do vivido) pelos trabalhadores de saúde	Encontros mensais com a equipe dos serviços de saúde para discussão sobre o cotidiano dos serviços, a partir das experiências de quem vivia cotidianamente cada serviço

Fonte: elaboração própria.

**Quadro 1. Resumo dos movimentos de aproximação dos serviços e de produção do campo da pesquisa**

É importante ressaltar que esta pesquisa atende às exigências éticas e científicas fundamentadas nas Resoluções n. 510, de 7 de abril de 2016, e n. 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Unifesp, através da Plataforma Brasil, no dia 21 de junho de 2018, e autorizado por esse Comitê através do Parecer Consubstanciado de número 2.906.748 (Anexo 1). Em relação aos encontros com as equipes, as coordenações dos serviços (CAPSad Gregório de Matos e Consultório na Rua do Pelourinho) deram anuência para a realização da pesquisa através da assinatura da Carta de Anuência para Participação na Pesquisa (Anexos 2 e 3, respectivamente). Os encontros foram gravados e transcritos, os trabalhadores dos serviços e, eventualmente, suas coordenações, concordaram em participar como sujeitos da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo 4).

## Referências

Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MP, Tallemberg C, Chagas MS, Rocha M, et al. O pesquisador *in-mundo* e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. *Lugar Comum*. 2013;39:133-44.

Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*. 2002 Jan-Abr;19:20-8.

Deleuze G. *Espinoza: Filosofia prática*. São Paulo: Escuta; 2002.

Deleuze G. Os intercessores. In: Deleuze, G. *Conversações*. 3a ed. Pelbart PP, tradutor. São Paulo: 34; 2013, p. 155-72.

Eps em Movimento. O Diário Cartográfico [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 31]. Available from: <http://eps.otics.org/material/entrada-apresentacao/arquivos-em-pdf/diario-cartografico>

Gomes MP, Merhy EE, Silva E, Abrahão AL, Vianna L, Rocha M, et al. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: Gomes MP, Merhy EE, organizadores. *Pesquisadores in-mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 25-42.

Merhy EE. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.

Passos E, Kastrup V, Tedesco S, organizadores. *Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Vol. 2. Porto Alegre: Sulina; 2014.

Pelbart PP. *O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento*. 2a ed. São Paulo: n-1; 2016.

Pelbart PP. Políticas da vida, produção do comum e a vida em jogo. *Saúde Sociedade*. 2015;24(supl.1):19-26.

Rancière J. *A partilha do sensível: estética e política*. São Paulo: EXO Experimental, 34; 2005.

## **CAPÍTULO 5 – CARTOGRAFIA DA INVESTIGAÇÃO: A CONSTRUÇÃO DO “CAÇADOR-CARTÓGRAFO” EM BUSCA DO OBJETO DA PESQUISA**

O trabalho em saúde é um trabalho vivo em ato, carregado de afetos e sempre relacional, que se dá nos encontros entre um trabalhador de saúde e uma ou mais pessoas, que aciona um conjunto de tecnologias (duras, leve-duras e leves) e cujo produto é o cuidado em saúde, o qual é consumido no exato momento em que está sendo produzido. A forma como o trabalho se atualizará, a sua composição técnica (arranjo entre as tecnologias leves, leve-duras e duras) e o tipo de cuidado que surgirá a partir daí são produções em ato, que se dão nos encontros, atravessados por inúmeros *a priori* e, por estarem em permanente disputa, são imprevisíveis (Gonçalves, 1994; Merhy, 1997, 2002; Merhy, Franco, 2003; Hardt, 2003).

Considera-se que o trabalhador de saúde é detentor de saberes técnicos, cientificamente validados e legitimados pela sociedade e pelo Estado, que podem ser capazes de diminuir a dor, o sofrimento, restaurar a autonomia e, até mesmo, evitar a morte ou prolongar a vida. De maneira geral, atribui-se a esse trabalhador, reconhecido como profissional de saúde, o papel de responder a certas necessidades e demandas de saúde, as quais são sempre social e historicamente produzidas e, portanto, mudam a depender do lugar e do período nos quais tal produção está ocorrendo (Cecílio, Matsumoto, 2006; Franco, Merhy, 2005; Stotz, 1991).

Os encontros para a produção do cuidado, portanto, não são eventos harmônicos e desinteressados entre um usuário e um trabalhador de saúde. São povoados por relações de poder (desiguais e produtoras de assimetria), por disputas entre o mundo e as racionalidades científicas e disciplinares dos trabalhadores. Mesmo centrado na lógica das profissões de saúde, o mundo das pessoas que buscam cuidado e suas necessidades de saúde estará presente de formas singulares no encontro intercessor. É o inefável (Merhy, 2010; Cecílio, 2018).

Ser trabalhador de saúde, assim, é habitar um território no qual há algumas tensões constitutivas: tensão entre o trabalho vivo e o trabalho morto, tensão entre a captura e a liberdade (tanto do trabalhador como das pessoas que buscam cuidado), tensão entre as várias vozes (polifonia) e os vários sentidos e valores atribuídos pelas pessoas envolvidas (polissemia), tensão entre a tutela e a autonomia, e, em última

instância, tensão entre um agir tecnológico produzido intencionalmente numa direção determinada pelo profissional e um agir que será produzido ao sabor do encontro e dos acontecimentos, no espaço intercessor (Merhy, 2010).

### **5.1 O modelo médico-hegemônico e suas marcas: a educação permanente como dobra na pesquisa**

Mesmo que não percebamos, ou não consigamos admitir para nós mesmos, certos/as usuários/as que estão em situação de rua produzem formas de existir tão diferente das nossas, trabalhadores de saúde, e nos afetam de forma importante. São aqueles usuários que consideramos os mais complexos, atravessados por sofrimentos, às vezes indizíveis, os quais não conseguimos entender e nem acolher, assim como não sabemos o que fazer e como fazer em relação a eles. Ou são existências tão desviantes que, sem pedir licença, sem compromisso com nenhuma formatação *a priori* em relação a como se comportar, sentir, se expressar, chegam no serviço e nos convocam a pensar, a criar e a nos deslocarmos de nossas acomodações afetivas, intelectuais, físicas e existenciais. Enfim, produzem importantes abalos nas nossas estruturas e exigem desconstruções importantes na forma como nos colocamos no lugar de “profissionais de saúde”, lugar que foi criado e que também criamos cotidianamente para nós.

A nossa formação “oficial”, de maneira geral, não proporciona condições para essa desconstrução acontecer. Muito pelo contrário, a forma, ainda hegemônica, de formar trabalhadores de saúde é a expressão da tradição do campo da saúde no Ocidente, iniciada no século XIX, que

Vem construindo modos de olhar a problemática do sofrimento humano a partir de um lugar que é reconhecido por muitos (DONNANGELO, 1976; ILLICH, 1975) como a produção de um processo histórico e social nominado medicalização da existência e da vida individual e coletiva, sobretudo a partir do século XX (Merhy et al., 2010, p. 60).

Essa racionalidade reduz a complexidade do sofrimento humano ao lê-lo como como um resultado de uma doença, que, portanto, só pode ser enxergada pela clínica, esse saber portado pelos sabidos, os profissionais de saúde (principalmente o médico). Esse saber, que lê e interpreta o sofrimento humano através da linguagem dos sinais e sintomas, entende esse sofrimento/adoecimento, no máximo, como a

expressão particular de leis gerais científicas do processo saúde-doença em um corpo biológico específico. Assim, a medicina do corpo de órgãos é a capaz de explicar esse sofrimento entendido de forma pobre, objetificada e focalizada, levando-a, assim, a dar respostas também bastante empobrecidas (Merhy et al., 2010).

Esse processo histórico, que anda de mãos dadas com o capitalismo em suas várias fases, convocou transformações na formação em saúde (Flexner, 1910; Cruz, 2004; Pagliosa, Da Ros, 2008) e nos atravessa a todos, expressa-se no modelo médico hegemônico, que é o modelo tecnoassistencial vigente (Silva Júnior, 1998). Vivenciar e experienciar esse modelo cotidianamente nos leva a aprender que cuidar é produzir procedimentos a partir do centramento em tecnologias duras (Merhy, 2002), tendo um corpo biológico como objeto de nossa intervenção, a partir de nossas racionalidades e perspectivas profissionais. Com isso, há uma tendência de atrofiarmos a capacidade de ativação de nosso corpo sensível, que poderia, na presença do sofrimento do outro, afetar-se de outras formas.

Para Merhy, Feuerwerker e Gomes (2010, p. 62), o sofrimento humano, na sua existência real,

[...] tem expressão muito singular e complexa; está muito além de um resultado particular de um fenômeno mais geral. Podemos e devemos olhar o sofrimento humano de outros ângulos (históricos, sociais, culturais e no plano singular de cada situação de construção de vida). A “clínica do corpo de órgãos” entra em questão, pois não basta construir saberes científicos para dar conta de produzir abordagens mais satisfatórias dos processos singulares de produção de existências singulares e coletivas (pois é disso que se trata a vida).

O trecho a seguir, extraído do primeiro encontro com a equipe do CASPad, também aponta nesse mesmo sentido, de uma dificuldade de nós, trabalhadores de saúde, em lidarmos com a forma como algumas pessoas em situação de rua expressam suas necessidades ou comunicam seus sofrimentos:

Eu estava pensando em relação a minha formação. [...] Me chama a atenção quando o usuário fala: quem deveria cuidar de mim, e ter manejo, e ter propriedade para atuar nessas demandas que eu tô trazendo são vocês, e não eu. Aí eu fico pensando muito do lugar de onde eu vim...enquanto estudante de uma faculdade privada, [...] que não dá esse arcabouço teórico, técnico, referente aos manejos, de crise, principalmente nessa questão mais social, porque o social também gera crise, não é só a questão da “psique”. Então, a gente tem que construir recursos o tempo todo, né? Eu fui muito crua pro campo da saúde mental! E, além de sermos profissionais, termos essa ética do cuidado que a gente aprende durante a faculdade, a gente também é humano, né, com sentimentos....eu não aprendi na faculdade como é que



eu devo me comportar enquanto profissional quando alguém vem me agredir, me chamando de desgraça, mandando eu tomar no cu, querendo me bater... Então, eu acho que esse espaço que a gente está fazendo agora através da pesquisa de João pode ser um recurso, uma tecnologia de cuidado para a gente e de cuidado para os usuários, de poder refletir, de poder construir, de pensar em como manejar essas situações que nos atravessam enquanto seres humanos, e que nos deixam tão impotentes, porque a gente não tem recurso técnico para poder tratar dessas questões do serviço. A gente está reinventando, a gente está construindo o tempo todo da forma que a gente tem, como a gente está, a criatividade do dia a dia, do cotidiano; as vezes dá certo, as vezes não dá... então acho que o que falta muito é isso, esse momento de reflexão do que a gente fez na nossa prática, para estar ponderando o que foi potencial, o que a gente pode estar eliminando porque viu que é uma parada que pode não dar certo, para a gente ir construindo essas ferramentas no serviço (Primeiro encontro com a equipe do CAPSad, 11 de julho de 2019).

Nos produzirmos nesse lugar de “profissional de saúde” (Merhy, 2010), no bojo de um modelo tecnoassistencial tão reducionista, traz consequências claras para a forma como, individual e coletivamente, vamos construindo nosso entendimento sobre o que compõe a “matéria-prima” do nosso trabalho (“o social também gera crise, não é só a questão da ‘psique’”), sobre qual o nosso papel e o dos serviços e sistemas de saúde, qual o papel desse outro que busca cuidado e, a partir daí, quais as tecnologias de cuidado que precisamos desenvolver (“a gente tem que construir recursos o tempo todo, né?”).

Como essa racionalidade está entranhada no imaginário social e opera no controle biopolítico dos corpos (Pelbart, 2011; Merhy, 2009) de forma capilarizada, também produz certa alienação de cada um em relação ao seu próprio sofrimento, enxergando-o, prioritariamente, apenas quando se manifesta através de sinais e sintomas capazes de serem lidos pelos profissionais que vêm, falam e se relacionam mediados por essa linguagem semiológica das doenças que se manifestam no corpo biológico. Mas também vai modulando a produção do desejo das pessoas que, ao buscarem um serviço de saúde, esperam consumir uma série de ofertas como prescrição de medicamentos, solicitações de exames, diagnósticos e encaminhamentos, pois entendem que isso é sinônimo de “se cuidar” e ter acesso à saúde. Ainda, também, porque essas são as ofertas que vêm, historicamente, sendo feitas pelos serviços e que, juntamente com o imaginário que as pessoas têm em relação ao que cada serviço deveria ofertar para resolver seus problemas, baliza a produção do que se demanda para ele e seus trabalhadores (Franco, Merhy, 2005).

Além disso, a modulação desse desejo também se dá a partir de um aprendizado muito duro que atravessa seus (nossos) corpos e que diz que ali, nos

serviços de saúde e nos encontros com seus trabalhadores, a complexidade de suas vidas não é bem-vinda, deve ficar do lado de fora, pois ali não é o lugar onde podem falar de suas dores, de seus sofrimentos, de seus dramas, de suas alegrias e de suas angústias. E essa é uma das formas através da qual o modelo médico hegemônico também se atualiza em nós (trabalhadores de saúde) e modula a produção das nossas práticas de cuidado no encontro com as pessoas.

A coisa mais interessante que eu acho que está sendo dita é isso: o profissional tem que dar conta, que lidar e suportar esse comportamento agressivo, e aí ele, não necessariamente está dizendo: “você tem que ser meu pai, minha mãe”! A gente se coloca nesse lugar! Ele não está pedindo tudo! Ele está pedindo que você seja profissional, que você seja capaz de lidar com isso! Então é isso! Significa a gente ser capaz de planejar, inclusive, esse aporte afetivo que vem para cima da gente, essa demanda infinita que a gente nunca vai ter como dar conta, e para a gente poder dar uma resposta que seja profissional, não se omitir! Ou seja, mesmo uma coisa que parece que é insuportável, quando um usuário ouve a nossa admissão, que é real, que a gente tem limites, é um espaço de, enfim, de buraco negro, por que se o profissional que deveria estar lidando com isso não tem como lidar, o que é que vai lidar, já que eu não sou capaz de lidar? (Primeiro encontro com a equipe do CAPSad, 11 de julho de 2019).

Estar em contato com as pessoas em situação de rua no território do Centro Histórico de Salvador me convocou a fazer algumas conversas que são extremamente conectadas umas com as outras. A conversa sobre diferença e repetição (Deleuze, 2006), para mim, é muito potente, pois me ajuda a produzir sentido para algumas questões que me afetam e a criar línguas para falar de movimentos e apostas que tenho tentado fazer no mundo do trabalho em saúde, com os atravessamentos dos outros “Joãos” produzidos na minha vida de maneira geral.

Nesse processo, à medida que me achava e me perdia na caminhada cartográfica, fabricando novo mapas, movimentos e devires, tentava produzir visibilidade para novos e antigos problemas que me atravessam e para a forma como fui me relacionando com eles, e dizibilidade (novas línguas) para expressar esses processos de desterritorialização e reterritorialização permanentes pelos quais estava passando.

Esse movimento autopoiético, constitutivo do processo de estar submetido aos encontros no mundo do trabalho em saúde, traz à tona as “marcas” dos atravessamentos do modelo médico-hegemônico e da formação formal, assim como visibiliza outras dimensões do “se produzir” trabalhador de saúde que nem sempre conseguimos reconhecer que estão ocorrendo, mas as quais acontecem cotidiana e

intensamente nos serviços de saúde. Movimentos e dimensões que são constitutivos dos processos de educação permanente (Feuerwerker, 2014; Merhy, 2015).

A noção de educação permanente e de seu rastreamento relaciona-se visceralmente com a perspectiva cartográfica assumida nesta pesquisa e com os conceitos-ferramenta que pegou emprestado para fabricá-la. Um desses conceitos é o de “pesquisador *in-mundo*”, para o qual

Outras formas de produção de conhecimento não operam na cisão paradigmática sujeito-objeto das chamadas ciências duras. Ao contrário, operam com a perspectiva da constituição do sujeito pesquisador no mundo, *in-mundo*, com o objeto. Nesta perspectiva, a implicação é intrínseca à produção do conhecimento. [...] A construção do conhecimento se processa como ativadora e produtora de intervenção na vida e acontece nesta mistura, neste tingimento do pesquisador com o campo. [...] Nesta perspectiva, o pesquisador *in-mundo* emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros (Abrahão et al., 2013, p. 134-135).

A relação dinâmica com a produção do objeto e do campo da pesquisa foi repleta de movimentos de educação permanente e, conseqüentemente, de deslocamentos. Como um rizoma (Deleuze, Guattari, 2009), que se caracteriza por ter várias entradas e várias saídas, no decorrer desse processo de transformação, a cartografia foi-me levando por caminhos não previstos e, naturalmente, o campo da pesquisa e o objeto de investigação também foram se transformando para mim em um movimento de mútua produção.

Nos tópicos que seguem, discuto os principais deslocamentos da pesquisa, sem a pretensão de defini-los como algo que se tornou estanque e definitivo. Mas para enfatizar a ideia da pesquisa como a expressão em mim da mútua produção do pesquisador-sujeito e do objeto, que se misturam e se diluem, sendo impossível determinar onde um começa e o outro termina, pois, na verdade, são uma coisa só.

## **5.2 Da droga como definição à droga como dimensão da existência: primeiro deslocamento do objeto da pesquisa**

No início, tinha a intenção de pesquisar sobre como os trabalhadores das equipes do CAPSad, do Consultório na Rua e as pessoas em situação de rua usuárias de drogas que habitam o CHS se afetam mutuamente nos encontros para a produção

do cuidado em saúde; a partir daí, identificar os aprendizados/experiências produzidos por esses sujeitos e disparados por essas relações de cuidado. No decorrer da caminhada, fui deslocando o objeto da pesquisa para a produção do cuidado com essa população. Esse movimento de olhar para a produção do cuidado terminou me oferecendo pistas para seguir; ao segui-las, deparei-me com uma questão de fundo que precisava “resolver”: por que exatamente delimitei a pesquisa a partir do recorte “uso de álcool e outras drogas”?

A dinâmica da escrita da tese, que, na verdade, nada mais é que uma das dimensões da cartografia e da própria produção da experiência, um exercício íntimo e singular de expressar, dentro dos limites, imposições e armadilhas da linguagem escrita, modos de existência em produção, produziu impasses e incômodos. Precisei “olhar” para isso e entender o que estava acontecendo. Percebi que esse recorte, possivelmente, era fruto de uma das repetições que me habitam: a representação da droga na nossa sociedade; ou, o lugar que a droga ocupa no meu imaginário. Como subterfúgio, passei a me referir a esses sujeitos da pesquisa da seguinte forma: “pessoas em situação de rua que **também** fazem uso de álcool e outras drogas”, que é a forma como Alexander et al. (2018) se referem às pessoas usuárias de drogas no título do livro “Criminalização ou acolhimento: políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem uso de drogas”.

Por um tempo, essa estratégia linguística me serviu e foi possível seguir na escrita; no entanto, em certo ponto, deixou de funcionar e precisei olhar ainda mais fundo. Não era uma questão de profundidade, mas de sensibilidade, de olhar de outra forma; afinal, “o que há de mais profundo no homem é a pele” (Valéry, 1960, p. 215, tradução nossa), o maior órgão do sentido do corpo humano. Percebi que esse recorte foi quase uma herança, que me deixei receber passivamente e sem crítica, do recorte do serviço no qual eu vivi mais intensamente a relação com as pessoas em situação de rua: o CAPSad.

Havia uma sobreimplicação (Lourau, 2004) que me capturava e turvou um pouco minha visão; não consegui encontrar outro sentido que não fosse esse. Assim, a partir desse incômodo e de outras convocações que a caminhada me foi fazendo, precisei fazer uma análise da minha sobreimplicação, desconstruir essa adjetivação: “que também fazem uso de drogas”, e construir outro lugar para o uso de drogas não só na pesquisa e na escrita da tese, mas na maneira de encaixar isso na construção

do meu olhar para as pessoas em situação de rua; o que, no fim das contas, também fez parte da construção de outra forma de olhar para mim mesmo.

A droga não era o central no que me afetava no encontro com essas pessoas com as quais me relacionava no CAPSad; era apenas um dos (importantes) atravessamentos, mas não o principal. O que me “desorientava” era um completo estranhamento em relação àquelas vidas que invadiam o serviço sem pedir licença; vidas intensas, múltiplas, cheias de dor e sofrimento, mas, também, cheias de vida e potência. Corpos, na maior parte das vezes, negros, sujos, malcheirosos e maltrapilhos. Em uma análise mais molar, existências que são o resultado mais duro da desigualdade, do desemprego e da exclusão social produzidos pelo neoliberalismo contemporâneo, em um país capitalista periférico e considerado subalterno na geopolítica global; em uma análise mais molecular, ressonâncias dos racismos estrutural, individual e institucional (Almeida, 2019), do machismo, de dramas familiares, de crises existenciais, da violência sexual e de gênero, de rejeições, da intolerância, da culpa, do moralismo, da guerra às drogas. As dimensões molar e molecular, é importante ressaltar, são dobras da mesma “realidade”, faces da mesma moeda; ou, apenas, escolhas ou recortes sobre como olhar para a produção do real social (Guattari, Rolnik, 1996).

De uma forma ou de outra, na necropolítica à brasileira (Mbembe, 2018), são existências que podem ser exterminadas ou deixadas à própria sorte para morrer aos poucos. Vidas sem vida, sem potência, sem futuro, sem apostas, desprovidas de desejo. Vidas temidas como ameaças às outras vidas consideradas legítimas de serem vividas, defendidas e valorizadas. As vidas que têm valor na nossa sociedade, geralmente, são brancas e de classe social mais elevada, conhecidas como “cidadãos de bem”. Para as vidas negras e pobres, no máximo, devem-se direcionar ações de caridade religiosa pautadas na pena; ou, por conta do desajuste, das dissonâncias em relação ao que é considerado normal, e da desrazão causada pela droga que tomou conta de seu corpo como se fosse um parasita, vidas que se deve exterminar através do exercício da necropolítica.

São corpos que se fazem presentes, se movimentam e se comunicam a partir de referenciais de uma experiência existencial bastante diferente da minha: homem cis, heterossexual, branco, extremamente privilegiado economicamente, médico, professor universitário e com pós-graduação, com tantas outras instituições e privilégios que me atravessam. Só o fato de eu nunca ter percebido olhares de medo

ou pânico ao me aproximar de alguém; ou, mesmo, de eu desconhecer a sensação de que posso ser preso ou violentado pelo Estado, por qualquer pessoa e a qualquer momento, simplesmente pela minha forma de ser, pela cor da minha pele ou pela minha orientação sexual, já produz um abismo gigantesco entre nós.

Trago um trecho dos meus Diários Cartográficos no qual registro o encontro com um usuário do CAPSad que me mobilizou bastante e que dialoga com o que acabei de trazer:

Eu estava sentado no pátio, conversando com as estagiárias e um usuário. Um outro usuário se aproximou e me perguntou: “Dr. João, como é para o senhor trabalhar num local que só tem louco?! Já tinha trabalhado antes ou é a primeira vez?”. Eu [...] perguntei: “E você acha que as pessoas que são acompanhadas aqui são loucas?” Ele respondeu: “Não são normais! Eu, por exemplo, passa tanta coisa na minha cabeça que não é certo, que não tem nem palavras para dizer, que eu não sei nem transmitir em palavras. Acho que toda essa negação de direitos que eu sofri a vida toda causa sofrimento, adocece! Deve ser isso. Eu tento lidar com isso tentando crescer, me adaptando, me transformando [...] (Diários Cartográficos, de 2 de fevereiro de 2019).

Nesse estranhamento em relação ao diferente, como se enxergasse com olhos de estrangeiro pessoas que habitam a mesma cidade que eu, às vezes produzia diferença, às vezes produzia repetição. Esses corpos, estéticas e performances do viver às vezes me repeliam, às vezes me atraíam, mas, tanto na repulsa quanto na atração, me afetavam de forma muito marcante. Mesmo não conseguindo dar vazão a esses afetos em todos os momentos, no tempo possível, eles foram me ajudando a colocar-me em movimento no sentido de produzir outras formas de sentir, estar, pensar e agir; de produzir-me como anômalo no mundo do cuidado (Merhy, 2010).

Sempre me afetou a presença de pessoas em situação de rua, de uma forma que produzia em mim um incômodo, uma sensação desagradável, certo tipo de constrangimento, de indignação, de reafirmação de meus privilégios; e, mesmo destoando, em alguma medida, da representação hegemônica de culpabilizar individualmente essas pessoas por estarem nessa condição, ainda não conseguia enxergá-las com lentes muito diferentes das lentes gerais que julgam, recortam e simplificam as existências. As pessoas em situação de rua, para mim, seguiam ainda dentro de certa invisibilidade que grita, mais coladas com a ideia de marginalidade do que com a ideia de vulnerabilidade. Mais relacionadas com a ideia de que são, apenas, vítimas do sistema (apesar de essa ser uma das dimensões das vidas de

pessoas em situação de extrema vulnerabilidade, não é a única), e nada mais que isso.

Só consegui “enxergar” mais a multiplicidade das existências e a riqueza das vidas em produção habitadas por devires, e menos corpos zumbis desprovidos de potência, ou mais máquinas desejantes e menos pessoas desprovidas de sonhos, quando comecei a conhecer algumas dessas pessoas de perto, me conectei com suas histórias de vida e me deixei afetar de outras formas.

Novamente, trago BJ, a qual foi uma dessas primeiras existências que comecei a conhecer melhor. Uma mulher homossexual que se veste e tem gestuais reconhecidos como masculinos, mas que não se identifica como homem trans, usuária intensiva de álcool. Moradora antiga do Centro Histórico, BJ era conhecida por todo mundo: comerciantes, equipes de atenção básica, do Consultório na Rua, do CAPSad, do Corra pro Abraço e do Ponto de Cidadania. Tem um quartinho perto da mãe, mas, pela insalubridade dele (úmido, mofado, sem televisão, pequeno), prefere ficar a maior parte do tempo na rua. Conheci ela ainda na USF do Pelourinho, sendo atendida por uma das equipes; depois, eu mesmo a atendi. Uma das usuárias mais intensas e polêmicas do CAPSad, ela afetava de forma importante a equipe e era protagonista de muitas cenas de depredação e de ameaças no serviço; como coloquei no capítulo 3: “Preâmbulo: cartografia da minha aproximação do território do Centro Histórico de Salvador (os territórios por mim e em mim)”, ela foi escolhida pela equipe para ser nossa usuária-guia na Pesquisa da Rede de Avaliação Compartilhada (RAC) (Oliveira et al, 2016). Posteriormente, no CAPSad, continuei me encontrando com ela.

Chama a atenção como BJ se movimenta no território, se comunica, constrói suas redes, suas relações e sua existência na rua. Talvez tenha sido a primeira pessoa em situação de rua que eu consegui enxergar para além do “estar na rua”. Conheci sua história, seus dramas, seu sofrimento a partir da perda de uma companheira em um acidente de moto e a forma como ela conseguia falar sobre isso, o lugar que ela produzia para o álcool na sua vida. Reconheci não só que, com o passar do tempo, seu corpo se deteriorava pelo uso intensivo, cotidiano e crônico de álcool, mas, também, sua potência em se relacionar, sua capacidade de se fazer querida e admirada, de conseguir o que necessitava para viver e se cuidar. Percebi o quanto o contato com os serviços de saúde era apenas uma das inúmeras, e ainda não tão visibilizadas para mim, facetas de sua existência; que ela era uma multiplicidade que não podia ser diminuída à condição de “estar em situação de rua”

ou de “ser usuária intensiva de álcool”, e que meus (e nossos) olhares-retina reducionistas da saúde, do “lugar” onde se posicionavam, não conseguiam enxergá-la e entendê-la (Rolnik, 2011).

Outra situação que registrei nos meus Diários Cartográficos e que me ajudou a olhar para as pessoas em situação de rua com outros olhos foi uma ida ao campo com a equipe do Consultório na Rua do Centro Histórico. Descemos para o Comércio, bairro da Cidade Baixa, em busca de um senhor que já havia faltado três vezes para uma consulta com oftalmologista. Fiquei sabendo, na hora, que ele recebia o auxílio do aluguel social da prefeitura de Salvador, mas que não o usava para alugar nenhum local para morar; com o dinheiro, preferia fazer outras coisas, como comprar dois pares de tênis. O interessante é que alguém da equipe afirmou, e ele confirmou, que as pessoas do setor responsável pelo benefício estão cientes disso, mas não suspendem seu benefício. A pessoa, rindo, disse: “Pois é!! O senhor Fulano, com toda essa sedução que exerce, consegue até fazer com que a prefeitura não corte seu benefício!!”

Já no período que trabalhei no CAPSad, soube de vários usuários que não usavam o auxílio do aluguel social para o que ele era destinado, sendo que alguns, quando eram “pegos” na fiscalização, perdiam o benefício. Os motivos que eu fiquei sabendo para esses usuários não usarem o recurso para alugar um quarto para morar tinham a ver, geralmente, com a relação que eles tinham com o uso intenso de drogas. Com isso, não conseguiam se organizar para gerir o recurso e pagar o aluguel, pois terminavam gastando com a compra da droga, ou porque precisavam pagar alguma dívida; mas, também, porque começavam a fazer uso intenso no local e terminavam sendo convidados a sair pelos senhorios.

No entanto, também soube de casos nos quais a pessoa, por morar há tanto tempo na rua, simplesmente não conseguia se adaptar em morar sob um teto e entre quatro paredes; ou não conseguia se adaptar à solidão e preferia dormir na rua, como sempre fizera, pois era lá onde era conhecida, considerada e construía suas conexões. Também soube de usuários que preferiam voltar para as ruas mesmo recebendo o benefício porque o que conseguiam alugar com o valor que recebiam era tão insalubre (pequeno, abafado, quente e cheio de mofo nas paredes) que preferiam ficar nas ruas.

Essas e outras situações me remetem à autonomia e às múltiplas possibilidades de produção de vida, ajudando-me a desconstruir um pouco a



representação, ainda presente na minha forma de entender a população em situação de rua naquele momento, como “coitados”, “sem saída”, “reféns das drogas”. Assim, a droga foi sumindo do meu olhar como um recorte da pesquisa e como algo que definia as pessoas em situação de rua; ou, melhor, foi adquirindo um outro lugar nessa caminhada cartográfica.

### **5.3 Do olhar para a produção do cuidado ao olhar para o encontro entre existências: segundo deslocamento do objeto da pesquisa**

O estranhamento produzido no encontro com essas pessoas dentro do CAPSad também terminou se expressando fortemente em relações conflituosas; assim, a violência se apresentou tanto nas marcas deixadas na minha experiência nesse serviço, registrada nos Diários Cartográficos, como no material empírico produzido nos quatro encontros com a equipe nos quais refletimos sobre nossas experiências de cuidado com as pessoas em situação de rua a partir das cenas e registros extraídos dos diários.

Seguir a pista das violências<sup>14</sup> produzidas nesse serviço me levou à identificação da produção de muitas repetições na minha relação (e da equipe) com essas pessoas; mas, também, de algumas diferenças. Pela presença intensa das cenas de violência dentro do CAPSad, comecei a olhar para a produção do cuidado, e isso já foi um deslocamento em relação ao que propus no projeto apresentado à banca de qualificação. Mesmo a “produção do cuidado” constando no título do projeto, o recorte eram “os afetos mútuos sofridos por trabalhadores das equipes e usuários nos encontros para a produção do cuidado”, e não a “produção do cuidado” em si.

Nesse passeio que fiz na produção do cuidado, percebi que havia atravessamentos, tanto nos usuários quanto nos trabalhadores, que eram convocados pelo fato de esses encontros ocorrerem dentro de um serviço de saúde e com a intencionalidade relacionada ao cuidado em saúde, mesmo que fosse múltiplo e polissêmico o que os sujeitos dessa pesquisa consideravam como cuidado.

---

<sup>14</sup> A produção das violências no CAPSad foi um dos mapas produzidos. Ao segui-lo, ele me levou a outros mapas que passei a seguir nos capítulos subsequentes.

Para mim, no entanto, esses atravessamentos ou instituições que nos atravessam e se atualizam em nossos corpos quando vestimos esses encontros com as roupas de “profissional de saúde” e “paciente” não são os únicos, ou, necessariamente, os principais. São encontros entre existências em produção, entre multiplicidades, entre processos de subjetivação singulares, distintos e comuns ao mesmo tempo, entre mundos de existências e resistências.

Precisei, dessa forma, voltar ao recorte inicial e reposicionar a produção do cuidado, não como objeto central da pesquisa mas como um dos importantes territórios habitados pelos sujeitos do encontro. Um território, ou uma dimensão de suas existências, que, como as drogas, os atravessam, mas não os definem e nem os capturam.

Mais uma vez, trago a noção do “caçador-cartógrafo” para pensar o caminhar nesta pesquisa cartográfica, para construir a ideia de uma “caçada” ao objeto de investigação, pois é cambiante, fugidio, efêmero e inefável, como sabiamente e sensivelmente apontou Luiz Cecílio na banca de qualificação. Não na perspectiva de uma “caçada-captura”, que se define e realiza pelo alcance e aprisionamento do objeto; mas como uma “caçada-busca”, que objetiva tomá-lo, na sua construção e desconstrução, como um dispositivo que produz o próprio caminhar cartográfico, mas também no qual ele igualmente é produzido.

No decorrer dessa caçada-busca, fui levado por alguns mapas que a cartografia me ofertou. O primeiro mapa, Cartografia das Violências no CAPSad: a violência como analisador da produção do cuidado, discute a produção das violências nesse serviço; esse tema reverberou de forma muito importante em mim, e afetava intensamente parte dos sujeitos envolvidos. Ao seguir esse primeiro mapa, e realizando um movimento exploratório do objeto que desejava investigar, entrei em um exercício compreensivo da produção da violência nesse serviço, o qual, por sua vez, produziu outros mapas e outros movimentos, que chamei de “desdobramentos”. Ao todo, foram quatro desdobramentos: cartografia do papel do CAPSad no cuidado com as pessoas em situação de rua; o uso intensivo de drogas e o racismo como fortes atravessamentos na vida desses (sobre) viventes; cartografia breve da produção do sofrimento de certos humanos: uma questão ético-política; Cartografia do esgotamento: alguns aspectos da produção do sofrimento do trabalhador de saúde que produz o cuidado com as pessoas em situação de rua.

A partir de agora, iniciam-se os movimentos de construção dos mapas que o caminhar cartográfico possibilitou.

## Referências

Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MP, Tallemberg C, Chagas MS, Rocha M, et al. O pesquisador *in-mundo* e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. *Lugar Comum*. 2013;39:133-44.

Alexander BK, Merhy EE, Silveira P, organizadores. *Criminalização ou acolhimento? Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas* [Internet]. Porto Alegre: Rede Unida; 2018 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <https://editora.redeunida.org.br/project/criminalizacao-ou-acolhimento/>.

Almeida SL. *Racismo Estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

Cecílio LC, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro, Caxias do Sul: Cepsc, IMS, Uerj, Educ; 2006.

Cecílio LC. O Inefável. Poema elaborado durante a Banca de Qualificação de Doutorado de João André Santos de Oliveira. Título: Produção do cuidado das pessoas em situação de rua usuárias de drogas do Centro Histórico de Salvador/BA: uma cartografia dos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo; 2018 Ago 30.

Cruz KT. A formação médica no discurso da CINAEM [Dissertação] [Internet]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004 [cited 2021 Mar 23]. Available from: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311722>

Deleuze G, Guattari F. Introdução: Rizoma. In: Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. 6a ed. Vol. 1. Guerra Neto A, Costa CP, tradutores. São Paulo: 34; 2009. p. 11-37.

Deleuze G. *Diferença e repetição*. Orlandi L, Machado R, tradutores. 3a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2006.

Feuerwerker LC. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

Flexner A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910.

Franco TB, Merhy EE. Produção Imaginária da Demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção Social da Demanda. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Cepesc-Abrasco; 2005.

Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.

Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: Cartografias do Desejo. 4a ed. Petrópolis: Vozes; 1996.

Hardt M. Trabalho Afetivo. O Reencantamento do Concreto: Cadernos de Subjetividade. 2003;143-58.

Lourau R. Implicação e sobreimplicação. In: Altoé S, organizador. René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 140-53.

Mbembe A. Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte. Santini R, tradutor. 3a ed. São Paulo: n-1; 2018.

Merhy EE, Feuerwerker LC, Gomes MP. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB, Ramos VC, organizadores. Semiótica, afecção e cuidado em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 60-75.

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos technoassistenciais. Saúde em Debate. 2003;27(65):316-23.

Merhy EE. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia. 2009 Jan-Apr;(27).

Merhy EE. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: Lobosque AM, organizador. Cadernos de Saúde Mental 3. 2010;23-36.

Merhy EE. Educação Permanente em Movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. Saúde em Redes. 2015;1(1):7-14.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onoko RT, organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

Oliveira JÁ, Barretto LD, Dultra LS. Cuidar é afetar-se: “BJ” coloca em xeque as velhas formas de produzir o cuidado em saúde. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT,

et al., organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

Pagliosa FP, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. Revista Brasileira de Educação Médica. 2008;32(4):492-99.

Pelbart P. Vida capital: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras; 2011.

Rolnik S. Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo. 2a ed. Porto Alegre: Sulina, UFRGS; 2011.

Silva Júnior AG. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.

Stotz E. N. Necessidades de Saúde: mediações de um conceito – contribuições das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.

Valéry P. L'idée fixe. In: Oeuvres complètes. Tome II. Paris: La Pléiade; 1960.

## **CAPÍTULO 6 – MAPA 1 – CARTOGRAFIA DAS VIOLÊNCIAS NO CAPSAD: A VIOLÊNCIA COMO ANALISADOR DA PRODUÇÃO DO CUIDADO**

O que eu queria comentar na verdade é que todos os discursos que eu vi nessas cenas, não importando quando eles foram registrados, são discursos que eu tenho visto desde que eu comecei a trabalhar aqui, em 2012, quando já tinha a noção de que nosso trabalho não era suficiente...já se tinha uma noção de que a equipe não dava conta da demanda que tinha para dar! Já tinha uma noção de que a agressividade estava passando do limite, que não ia conseguir continuar trabalhando com essas pessoas; em 2012! Já existia uma noção de que os usuários não respeitavam, que o uso de drogas aqui estava excessivo, sempre aconteceu! Eu acho que talvez a gente tenha essa, essa noção de que as coisas hoje nunca estiveram tão caóticas, e talvez porque é verdade isso, porque, objetivamente, a gente está com muito menos recursos, humanos e físicos, do que a gente tinha antes; mas os conflitos já existiam, mas eles estão mais evidentes, estão acentuados, mas é uma coisa que eu acho esse conflito aí, do limite do que é o profissional, de até onde a gente pode atuar em relação à agressividade, em relação às cenas de violência é um dilema permanente do cuidado nessa clínica. (Fala de um trabalhador no primeiro encontro com a equipe do CAPSad, 11 de julho de 2019).

### **6.1 A violência no CAPSad como um analisador da produção do cuidado com as pessoas em situação de rua**

Antes de fazer parte da equipe do CAPSad, ainda atuando somente como professor no serviço, já havia presenciado cenas de muita tensão envolvendo usuários e trabalhadores, ameaças, gritarias, depredação, tentativas de agressões físicas dos usuários em relação à equipe. Essas cenas sempre me afetaram muito negativamente e me causavam muito estranhamento, mas as entendia como algo constitutivo de um serviço de saúde que cuida de pessoas que fazem uso intensivo de drogas, os quais chegam frequentemente em abstinência, na fissura ou sob efeito do uso da droga (lícita ou ilícita).

Inicialmente, nos primeiros rascunhos sobre essa experiência, considerava como situações de violência no CAPSad todas as vezes que aconteciam agressões verbais, ameaças, tentativas de agressão física ou agressões físicas de fato, depredação da estrutura predial, móveis ou materiais do serviço. Entre as ameaças, agressões verbais e físicas, estão incluídas as ocorridas entre usuários, e entre trabalhadores do serviço e usuários.

À medida que fui caminhando na cartografia, entrando em contato com as narrativas surgidas nos encontros com usuários ocorridos no serviço, foi possível produzir visibilidade para outra dimensão da violência, mesmo não sendo nomeada explicitamente como tal. Uma dimensão que nunca era mencionada ou reconhecida por nós, trabalhadores, apesar de ser bastante conhecida e estudada: a violência institucional em relação aos usuários. Uma violência produzida pelos trabalhadores de saúde, atravessados pela força da organização e pelas instituições, nas relações de cuidado, e que se expressavam como certas práticas discursivas, comunicacionais e relacionais exercidas pelos trabalhadores em relação aos usuários, no cotidiano desse serviço.

Os relatos de violência eram muito presentes na fala dos trabalhadores e usuários, e as cenas de violência já eram percebidas como cotidiano, causando profundo incômodo em parte dos usuários e na equipe toda. Sentimentos como medo e indignação, além da sensação de insegurança, eram frequentemente relatados, e a violência tornou-se pauta quase que constante de reuniões de equipe, assembleias do serviço e encontros de supervisão clínica.

Durante todo o período em que me relacionei com o CAPSad e do desenvolvimento da pesquisa, a percepção foi de que essas situações se tornaram mais frequentes; as formas como era produzidas e, principalmente, como iam me afetando e atravessando a minha construção nesse lugar de trabalhador de saúde e de pesquisador também foram muito marcantes nos meus registros. Da mesma maneira, as narrativas sobre as experiências com a violência dentro do serviço e suas consequências surgiram intensamente nos encontros com vários trabalhadores e usuários, levando a posturas, reações, ações, intenções, sentimentos e desdobramentos bem singulares nas formas de estar no serviço e de cuidar dos usuários.

Trago um trecho dos meus Diários Cartográficos que registra o período no qual começo a construir a violência no CAPSad Gregório de Matos como um atravessamento da pesquisa que pedia para ser refletido e cuidado:

A violência (física e verbal) no CAPS é um dos temas mais marcantes para mim desde que iniciei minhas inserções no serviço! Várias situações vividas, várias reflexões, vários afetos, várias reuniões de equipe, vários adoecimentos de pessoas da equipe, etc. Esse tema foi recorrente durante todo o período que trabalhei no CAPS e, ao voltar a acompanhar o serviço em janeiro desse ano, como “campo” da pesquisa, a minha impressão é que,

além de continuar como tema recorrente, a violência no serviço vem se intensificando, ou pelo menos, afetando mais os trabalhadores da equipe (talvez, a iminência da saída do CAPS da faculdade, além de vários contingenciamentos devido ao financiamento precário, também esteja contribuindo com esse sentimento). Aparece nas falas de algumas pessoas da equipe, usuários e estagiários, etc. e parece que está na “atmosfera” do serviço! (Diários Cartográficos, 4 de fevereiro de 2019).

Assim, pela intensidade com que as situações de violência apareceram e me afetaram, e, especialmente, pela experiência que fui construindo no serviço atravessado também por essas situações, optei por tomar a “violência no CAPSad” como um analisador (Lourau, 2004) do cuidado com essas pessoas. Segundo Lourau (1993, p. 35), analisadores são “[...] aqueles acontecimentos que podem [...] fazer surgir, com mais força, uma análise; que fazem aparecer, de um só golpe, a instituição ‘invisível’.”

Não é possível extrair a violência de seu contexto, isolá-la como um fenômeno que tem uma essência própria. Não tenho a intenção de “interpretá-la” ou “explicar” a sua gênese, como se tivesse um sentido em si que pudéssemos desvelar, mas compreender sua produção um pouco mais e “trazer à luz os elementos que compõem o conjunto” desse fenômeno, criando novos sentidos singulares para a essas experiências (Lourau, 2004, p. 70; Rolnik, 2011).

A violência será um analisador e a análise de implicação será uma estratégia “para tornar visível e audível as forças que nos atravessam, nos afetam e nos constituem cotidianamente” (Coimbra, Nascimento, 2008, p. 147). Ou seja, como nós, trabalhadores de saúde e usuários, nos afetamos, nos posicionamos, produzimos nossas práticas de cuidado e produzimos a nós mesmos como sujeitos, nessas conexões construídas no cotidiano desses serviços de saúde e desse território?

Para isso, no sentido de que “o atual é o esboço daquilo que vamos nos tornando” (Deleuze, 1996, p. 4), tomaremos como disparadores certos acontecimentos registrados nos Diários Cartográficos que tentam vocalizar as ressonâncias de algumas situações de violência nos trabalhadores (inclusive em mim) e nos usuários.



## 6.2 Primeiros olhares sobre a violência no CAPSad: o dia do “surto coletivo”

A terça-feira que chamo “a terça do surto coletivo” foi um marco para mim e, acho, para toda a equipe! Depois desse dia, muitas “questões” vieram à tona novamente; falo “novamente” pois sei que não são novidades, e que outros momentos tensos já haviam ocorrido. No entanto, penso que esse dia a tensão foi mais generalizada e duradoura, chegando a fecharmos o serviço por não aguentarmos mais continuar daquele jeito: profissionais agredidos, ameaçados, tendo que sair escoltados por outros profissionais; usuários passando mal por conta do nervosismo, usuários se agredindo, se atracando no chão... mas, ao mesmo tempo, essa tensão já estava crescente há algum tempo e acho que, naquele dia, a presença daquele adolescente no serviço foi a gota d'água.

Desde que comecei como clínico do CAPS, em fevereiro de 2017, já havia passado por outros episódios de agressão, de conflito, de tensão, em menor intensidade e duração do que os que ocorreram na terça, e já vinha muito reflexivo e percebendo as contradições em mim, as diferenças em relação a como entendia e sentia esses episódios quando somente atuava como professor, um turno por semana atendendo com estudantes, e como pesquisador durante a aproximação que tive da equipe e de alguns usuários no período da RAC, e como estava sentindo agora como componente da equipe, como técnico do serviço, como médico, e não só como professor/pesquisador. Para mim não era uma novidade sentir e perceber de forma diferente, mas é intrigante constatar “na pele” essa diferença, admitir que ela existe, perceber suas contradições e lidar com elas.

A terça-feira foi um acontecimento! [...] Tenho dito que “surtei” nessa terça. Nesse dia, passei um tempo para lá e para cá, dialogando com colegas de equipe, apartando briga, tomando pedra da mão de adolescente, acudindo usuária com crise de asma desencadeada pelo nervosismo, dialogando com usuários que estavam colocando lenha na fogueira, me comunicando com a coordenação por telefone, tentando recolher elementos de todos para tentar tomar a melhor decisão em relação a como agir, mas tudo parecia um trem descarrilhado, ladeira abaixo, sem a menor possibilidade de ser contido. Em um certo momento, veio o “surto”: elevei minha voz ao máximo na recepção do serviço, para que os usuários que estavam agitados, e também falando alto, pudessem me ouvir, depois de tantas tentativas frustradas de estabelecer algum grau de diálogo (Diários Cartográficos, fevereiro de 2017).

Nesse dia do “surto coletivo”, minha impressão foi a de que houve uma revolta no serviço e que os usuários estavam tentando assumir seu controle. Senti que uma tragédia poderia acontecer a qualquer momento no serviço e não fazia a menor ideia de por que aquilo estava acontecendo. A partir daí, foi possível a construção de outras narrativas, outras experiências e outros entendimentos sobre o que estava sendo chamado, genericamente, de “violência no serviço”.

Alguns usuários começaram a apontar que várias pessoas deixaram de frequentar o serviço por conta dos episódios de violência e também se mostravam preocupados com o risco de acontecer uma tragédia. Os trabalhadores (incluo-me aqui), muitas vezes com medo e acuados, tentavam e nem sempre conseguiam lidar

com esses episódios, os quais produziam sofrimento também para os usuários e começavam a afetar as relações e a produção do cuidado.

O cotidiano era tomado por situações como essa e gastávamos muito tempo e energia tentando lidar, quando elas ocorriam e com suas consequências. A depender da gravidade dessas situações, as pessoas e, conseqüentemente, o serviço ficavam bem desorganizadas. A violência no CAPSad passou a ser temas frequente das “conversas de corredores”, das reuniões de equipe, assembleias dos usuários, reuniões de construção de plano terapêutico singular (PTS) (Lancetti, 2015) e dos encontros de supervisão clínico-institucional da equipe.

Todos foram construindo explicações para o que estava ocorrendo, muitas delas conflitantes. Eu, que nunca havia atuado em um serviço substitutivo aos manicômios, como um CAPS, e nem no cuidado às pessoas que também fazem uso intensivo de álcool e outras drogas (salvo de forma pontual e superficial na atenção básica), em um primeiro momento, enxergava a violência como algo esperado ou possível de ocorrer em um CAPSad, pelo menos em alguma medida.

Dessa forma, oscilava entre lidar com os afetos que essas situações de violência produziam em mim e analisar criticamente as estratégias com as quais a equipe vinha lidando historicamente com tais situações, ainda do lugar de um “avaliador externo sabido”. Um lugar de julgamentos a partir de representações do que seria o correto ou ideal de acordo com o que considerava como sendo os princípios da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica brasileira.

Essa posição de “sabido” que estava “de fora”<sup>15</sup> me levou a criar hipóteses e julgar atitudes da equipe e dos usuários, mas de forma ainda distante e transcendente.

No âmbito de nossas reflexões da experiência da RAC, essas medidas aplicadas aos usuários foram chamadas de “medidas disciplinares”, que envolviam expulsão do serviço no momento do acontecimento, suspensão por uma ou mais semanas e oferta de algumas ações de cuidado no território, entre outras (Oliveira et al., 2016). Claramente, nesse período, entendia as medidas disciplinares mais como

---

<sup>15</sup> Vale a pena registrar que o tema da violência no serviço, mas especificamente a forma como a equipe vinha lidando com essas situações, havia sido objeto de reflexões coletivas na equipe, tanto com atores externos, como o saudoso Marcus Vinícius Matraga, professor aposentado do Instituto de Psicologia da UFBA, que foi convidado para uma reunião de equipe para discutir sobre isso, como no contexto da Rede de Avaliação Compartilhada (RAC). Assim, apesar de não ser unânime na equipe, uma das formas como se chamavam as consequências aplicadas aos usuários que protagonizavam alguma cena de violência era “medidas disciplinares”.

uma punição por algo errado que foi feito do que como uma forma de produzir limites; também acreditava que havia outras formas de construir limites, mesmo que não estivesse tão claro que formas seriam essas.

Certa vez, em conversa com um trabalhador da equipe sobre um usuário, ele tentou desconstruir a ideia de que havia medidas disciplinares no período da coordenação anterior. Perguntou-me: “Você realmente acha que o coordenador anterior proporia ações que se restringissem a meras medidas punitivas?” A partir daí, fez um resgate da história dessas medidas no serviço. Colocou que elas eram feitas quando algumas situações ocorriam, como ameaças, depredação, uso de drogas no serviço, e eram o sentido de dar limites. Mas o usuário não deixava de ser cuidado, pois, quando estava impedido de entrar no serviço, ele era atendido lá fora, o que não se configurava como uma mera punição. Afirmou que na época da coordenação anterior havia “bordas” para os usuários se agarrarem, havia limites, e que agora os usuários não percebem mais isso, não têm mais onde “se agarrar”, estão soltos; disse que os usuários têm valores morais e éticos, mas que estes não são mais cultivados no serviço como o eram antes. Refleti que a violência poderia ser entendida como um tipo de linguagem e que essas violências recorrentes no serviço queriam dizer alguma coisa; que a violência, para algumas pessoas, era a forma como ela aprendeu a se expressar, e que precisávamos entender isso. Eu trouxe que a violência não significava, para as pessoas em situação de rua, a mesma coisa que significa para a gente (branco, classe média, com curso superior). Ele acha que essa é uma explicação superficial e que precisa ser aprofundada, pois não dá conta de responder à complexidade, já que cada ato de violência tem uma produção diferente que precisa ser compreendida amiúde. Acha que deveria ser criado um Grupo de Trabalho sobre violência, que descolasse da reunião de PTS, e que fizesse uma pesquisa aprofundada sobre o tema da violência.

Concordo com ele em relação à necessidade de aprofundamento sobre o que está envolvido na produção da violência no serviço, e também com a ideia de que cada cena de violência tem um contexto no qual é produzida. Foi ganhando centralidade uma tensão em torno das compreensões dos trabalhadores sobre os “porquês” e os “comos” da violência. Para mim, a sensação era de muita impotência pois, apesar de ter participado da construção das críticas em relação às “medidas disciplinares”, de não concordar com estas e de saber que, de fato, não funcionavam, não tinha certeza em relação à “melhor maneira” de lidar com a violência crescente

no serviço, nem porque elas estavam acontecendo de forma tão intensa e frequente. Entendendo-as como uma espécie de punição aos usuários que “saíam da linha”, ao criticar as medidas disciplinares, estava me norteando pelos princípios éticos e políticos da reforma psiquiátrica brasileira (RPB), entendendo-me como um militante desse movimento. Essa era uma das minhas implicações (Alverga, Dimenstein, 2006). No entanto, sentia-me desnorteado em relação a como agir para expressar esses princípios na produção de práticas de cuidado quando ocorriam situações de violência dentro do serviço. Todas as nossas reflexões dentro da equipe e com os usuários não vinham dando conta de transformar esse cotidiano.

Dessa forma, quando experienciei situações de violência mais graves e complexas, em relação às quais não possuía ferramentas para lidar (não somente com a situação em si, mas com os efeitos que elas produziam em mim), perspectivas moralizantes, reducionistas e punitivas também me habitavam ou encontravam morada em mim. Viver essas situações era tão difícil, e eu me sentia tão perdido em relação à sua produção e a como lidar com elas, que cheguei a considerar a utilização das medidas disciplinares ou punitivas como estratégia de construção de limites para alguns usuários, mesmo não concordando que elas, de fato, contribuiriam com esses limites.

Sabia que protagonizar situações de violência não necessariamente fazia parte do “perfil” de quem estava em situação de rua e que, no caso das pessoas que acessavam o CAPSad, também usava drogas. Mas, como compreender a produção dessas situações? Que estratégias nós, uma equipe de saúde mental, poderíamos construir com os usuários? Tudo era muito novo e produzia conflito em mim. Sentia-me mal pela naturalização das medidas disciplinares por uma parte da equipe e por alguns usuários, que, muitas vezes, cobravam da equipe tais medidas, como fica claro no trecho extraído dos Diários Cartográficos:

Em um campo na Parça da Piedade, com a equipe do Consultório na Rua, encontrei uma das usuárias antigas do CAPSad. Ela se aproximou e começou a criticar muito a atual coordenação do serviço, comparando-a com a anterior o tempo todo. Disse que ainda vai acontecer uma tragédia no CAPS e que a culpa será da atual coordenação, que não faz feito a anterior fazia quando acontecia alguma agressão, ameaça ou depredação no CAPS: suspensão ou expulsão do serviço. Relata que isso aconteceu com ela e voltou “uma outra pessoa”. Problematicizei dizendo que isso não produzia o efeito que nós esperamos, que as pessoas voltavam a fazer a mesma coisa em pouco tempo; tentei tirar o foco da atual coordenação, também me incluindo no grupo dos que defendiam estratégias diferentes das adotadas anteriormente, mas ela não quis ouvir, dizendo que já sabia o que ia dizer. [...] Tentei refletir

sobre o alinhamento que essas medidas disciplinares têm com a lógica manicomial, e que nosso esforço era construir uma outra perspectiva de cuidado (4 de fevereiro de 2019).

Em outro registro dos Diários Cartográficos (4 de fevereiro de 2019), comento esse mesmo encontro na Praça da Piedade:

Enfim! Novamente surgiu esse tema da violência no CAPS, articulada com a ideia de que tem sido um erro não lançar mão das medidas disciplinares no serviço. E surgiu de forma inusitada, durante o campo do Consultório na Rua na Praça da Piedade!! Sigo achando que parte dos episódios de violência no CAPS surge como uma das formas de dizer que algo não está bom no serviço (um analisador, uma forma de linguagem), e algumas pessoas têm criado uma explicação, que se tornou hegemônica, de que o motivo desses episódios de violência é justamente a ausência das medidas disciplinares. O culpado, portanto, é quem propôs a abolição dessas medidas: a atual coordenação. Mas não me contento com essa narrativa! Tem algo que não está visível para mim que tem mais possibilidade de ajudar a entender esse cenário. Acho que tem menos a ver com as medidas em si (que sabidamente não funcionam) do que com o que elas representam. As depredações e as violências no serviço, até onde eu sei, seguiam acontecendo na época das medidas disciplinares; no entanto, por existirem as medidas, não havia a sensação de que tudo estava solto, ao léu, sem prumo, sem coordenação. De alguma forma, parece que alguns usuários desejam que alguém lhes ofereça isso! Será que é por aí?!

A partir dessas tensões entre a nova e a antiga forma de lidar com essas situações no serviço, tão presentes nas falas de alguns trabalhadores e usuários, pude me dar conta de algo aparentemente óbvio, mas que não é: enquanto alguns de nós (poucos trabalhadores e coordenação) nos referíamos às consequências impostas aos usuários que se envolviam com alguma situação de violência (depredação, ameaças e agressões), ou usavam drogas no serviço, como “medidas disciplinares”, pelo fato de as entendermos como punições (portanto, como expressões do manicômio em um serviço substitutivo: negar acesso ao serviço justamente para as pessoas que, historicamente, têm acesso e direitos negados me parecia medida bem contraditória em um serviço de atenção psicossocial), outros trabalhadores e usuários as entendiam como sinônimo de produção de “limites”.

É importante destacar que a crítica e a contraposição ao que chamamos de “medidas disciplinares” não se tratavam de uma apologia à ausência de limites; ou, dito de outra forma, não partiam da crença de que, para ser antimanicomial, não pode haver limites. Ao contrário, foi produzida uma intensa reflexão nas reuniões de equipe sobre essa temática e a necessidade de construirmos, com os usuários, um pacto coletivo. Isso foi feito nas assembleias semanais do serviço, gerando uma lista de

acordos/regras que dizia o que não era permitido no serviço e quais as consequências para os que desrespeitassem o pacto. Essa construção coletiva foi escrita em um papel grande, colado no quadro de avisos na recepção.

No entanto, no cotidiano, tínhamos uma dificuldade enorme de fazer os pactos valerem; não conseguíamos construir um acompanhamento também coletivo, em parceria com os usuários, e terminávamos assumindo (e, também, sendo colocados pelos usuários), mesmo sem querer, o lugar policialesco de fiscalizar quem estava descumprindo os acordos e de impor as consequências.

Em uma das assembleias, essa discussão surgiu com força. Estávamos tratando dos acontecimentos recentes de furtos flagrantes e ameaças em relação à equipe. Havia uma fala de alguns usuários de que a equipe “passava a mão na cabeça de alguns usuários, que seriam ‘apadrinhados’, e que isso perpetuaria a violência no serviço e esse tipo de comportamento desrespeitoso de alguns usuários em relação à equipe”. Uma das usuárias fez uma fala revoltada dizendo que o CAPSad não tem sido mais um lugar de cuidado, que isso é claro e só não enxerga quem não quer:

“O CAPS não está mais cuidando de ninguém, e as pessoas só vêm para o serviço para usar e traficar, não para se cuidar, e isso já vem acontecendo há algum tempo; o CAPS não é o mesmo que era antes. A equipe tem falhas, mas, os usuários também precisam respeitar a equipe e os espaços, se engajar no tratamento, ter outra postura.” (Diários Cartográficos, 24 de março de 2018).

Nessa mesma assembleia, eu fiz uma fala ponderando que, eventualmente, a pessoa chega no CAPSad sob efeito de alguma droga e que não podemos simplesmente punir (suspender, negar atendimento) essa pessoa; temos que encontrar meios de produzir o cuidado com eles, pois isso faz parte do papel de um CAPSad. A usuária, de forma muito interessante, concordou parcialmente, mas comparou a postura de certos usuários sob efeito do uso de drogas, que se comportavam diferente quando estavam dentro e quando estavam fora do CAPSad: “[...] todo mundo é adulto para usar droga e roubar, mas não é para tratar bem as pessoas e cuidar do espaço?! Os usuários também precisam mudar sua postura!”

No fim das contas, entendi que a usuária estava falando o seguinte: não é porque estão sob efeito da droga que estão se comportando assim. Até porque, nas ruas, também estão sobre efeito de drogas e não se comportam desse jeito, ficam “pianinho”.

Construímos consequências com os usuários e que apontavam para a responsabilização deles, como pagarem (de uma forma possível para eles) por algum dano material causado no serviço; ou acessar o serviço só para alguma atividade específica prevista em seu PTS, sem, no entanto, poder ficar no pátio participando da convivência. No entanto, talvez não tenhamos conseguido bancar essas consequências no cotidiano, ou não tenham sido tão claras, ou, mesmo, não tenham dialogado com as expectativas e experiências com as quais as pessoas estão acostumadas e terminam não soando como consequências reais.

Por outro lado, as “medidas disciplinares”, entendidas como “punição” e com foco na retirada do usuário do serviço para ser cuidado da porta para fora, podem estar vinculadas à cultura de produção do cuidado prioritariamente dentro do serviço, como se o cuidado só fosse possível dentro do serviço; ou, dito de outra forma, o acesso ao cuidado era igual a entrar no serviço. Esse entendimento aponta para um debate sobre o que é cuidado e como ele é produzido. Refletirei um pouco mais sobre essas questões no capítulo 8: “Mapa 3 – Segundo desdobramento: Cartografia do CAPSad no cuidado com as pessoas em situação de rua: um lugar dos que não têm lugar”.

Por tudo isso, a problemática era muito mais complexa do que a dualidade “equipe sempre manicomial” (“errada”) e “equipe sempre antimanicomial” (“certa”) que fazia parte da forma como armava meu olhar. Era necessário sair dessa polaridade ingênua para nos percebermos atravessados (trabalhadores e usuários) por muitas linhas de força, que a cada encontro produziam um cuidado diferente. Precisava de outras lentes para olhar para isso.

### **6.3 “Lá fora, ficam pianinho e aqui são valentes”: a violência no CAPSad e outros olhares sobre a produção do cuidado**

O conflito atravessa as relações humanas de maneira geral. Nas relações de cuidado em saúde, há uma tensão constitutiva entre o mundo dos profissionais de saúde, com suas racionalidades e suas tecnologias, e o dos usuários dos serviços, com suas necessidades de saúde, modos de andar a vida, de se perceber e de perceber e se relacionar com os serviços de saúde (Merhy, 1999). Esses conflitos,

dessa forma, se expressavam cotidianamente no CAPSad. Como colocam Feuerwerker e Merhy (2015, p. 443),

[...] o complexo mundo do trabalho não é um lugar do igual, mas da multiplicidade, do diverso e da diferença, da tensão e da disputa. É importante desmistificar a ideia de que o ambiente de trabalho é harmônico em si mesmo. Reconhecer a diversidade, os processos de formação das subjetividades, a forma singular de produção do cuidado, trabalho vivo dependente, que revela os afetos, a potência produtiva e a riqueza da práxis.

Entre a equipe do CAPSad, havia uma narrativa que se repetia: de que a “dinâmica da rua estaria invadindo o serviço”. No entanto, também era recorrente ouvir entre os trabalhadores e parte dos usuários que os mesmos usuários que costumavam tumultuar o serviço, quando estavam na rua, tinham um comportamento completamente diferente, eram tranquilos e não faziam confusão como costumavam fazer dentro do CAPSad. Era muito comum a frase “Lá fora, todo mundo fica ‘pianinho’; aqui dentro, todos são valentes!”

Também era comum explicar esse comportamento diferente entre a rua e o serviço como consequência da repressão e violência policial que atuava nas ruas e que impunha limites, os quais não eram impostos dentro do serviço: “Lá fora, se andar fora da linha, a polícia mete a porrada”<sup>16</sup>, diziam algumas pessoas. Vale a pena ressaltar que essas observações se referiam justamente aos usuários que frequentavam de forma intensa o serviço, e para quem este tinha um papel importante na vida.

Por outro lado, ao me relacionar com a equipe e com usuários do Consultório na Rua, que atua no mesmo território que o CAPSad e que cuida de usuários em comum, a violência em relação à equipe e ao serviço não surgiu como um problema em momento algum. A única violência que apareceu fortemente foi a sofrida pelas pessoas em situação de rua na sua relação com o tráfico de drogas e suas facções, e, principalmente, como opressão realizada pelo Estado através da polícia (espancamentos e prisões arbitrárias, por exemplo), que também aparecia nos usuários do CAPSad.

---

<sup>16</sup> Muito comum no serviço quando ocorriam situações consideradas de violência, essa fala apareceu com frequência nos registros dos Diários Cartográficos e destacava a percepção de parte da equipe e dos usuários em relação à diferença de comportamento de alguns usuários dentro do CAPSad em comparação ao seu comportamento fora do serviço, na rua.



A percepção da violência no serviço como algo ligado ao comportamento do usuário que age diferente fora e dentro dele é um dos grandes analisadores da produção do cuidado. A forma como essas situações aconteciam no CAPSad (realizada pelos usuários, em forma de agressões físicas e verbais, ameaças e depredações) não é constitutiva dessas relações de cuidado com as pessoas em situação de rua, assim como não é constitutiva do cuidado com as pessoas que fazem uso intensivo de drogas ou que estão em situação de vulnerabilidade. Entretanto, essa concepção convivia com a ideia, comum para parte dos usuários e dos trabalhadores, da violência como algo esperado ou possível de ocorrer no CAPSad, pelo fato de ser acessado por pessoas em situação de rua.

As falas que trouxe anteriormente ajudaram a visibilizar que cada usuário e cada trabalhador são muitos e vão se produzindo nos encontros no CAPSad e fora dele; a pesquisa foi desnaturalizando e deslocando a percepção de que as situações de violências eram esperadas por se tratar de um serviço de saúde no qual as pessoas chegam sob efeito do uso de drogas, agitadas, em síndrome de abstinência ou na fissura da droga.

Assim, para alcançar essa desnaturalização e desgrudar a violência dos corpos das pessoas em situação de rua, foi necessário olhar para as relações construídas na sociedade como um todo. No caso da produção da violência no CAPSad, foi preciso olhar para a micropolítica da produção do cuidado em saúde, trazendo para a análise os papéis que são esperados para os trabalhadores de saúde e para os usuários do serviço.

Nesse processo, não serviam mais as explicações fáceis como a de que os usuários andariam “na linha” quando estão na rua por causa da repressão policial. O sem explicação e o não compreendido foram se apresentando como pistas para nos guiar em busca de novas visibilidades.

Escutei, mais de uma vez, de pessoas que trabalham na equipe do Consultório na Rua, principalmente de pessoas que já trabalharam nesse mesmo CAPSad ou na USF do Pelourinho, que é óbvio que essas pessoas se comportem de uma forma quando se encontram com as equipes dentro dos serviços e de outra quando se encontram com as equipes na rua. Não havia surpresas nem julgamentos nessas falas, somente o reconhecimento de que territórios diferentes atravessam de formas diversas as pessoas. Apenas o reconhecimento da multiplicidade que somos todos nós.

Sabemos que somos atravessados por normas sociais, convenções, códigos de linguagem verbal e não verbal que aprendemos à medida que construímos nossas experiências. Em relação aos serviços de saúde, não é diferente. Mas o fato de ser esperado que as pessoas em situação de rua se comportem de forma diferente na rua e no CAPSad não implica que, nesse serviço, elas sejam agressivas. Que perguntas devemos fazer a esse fenômeno que atravessa de forma tão importante o cotidiano do serviço e a produção do cuidado? O que ele ajuda a visibilizar?

Fui deixando a pergunta: “Por que certos usuários se comportam de forma tão diferente dentro do CAPSad se compararmos com a forma como se comportam na rua?” Interrogando os encontros e desencontros no cotidiano do cuidado, formulei outra pergunta: “o que nestes encontros é produzido, produz e faz aparecer, de forma tão forte, as muitas violências?”

Um dos encontros com a equipe do CAPSad foi muito importante nesta construção de um lugar diferente do interpretador desse fenômeno a partir das minhas perspectivas, ou das minhas vistas do ponto (Merhy, 2013), e para mudar a forma como estava fazendo a pergunta. Esse encontro, ocorrido em 11 de julho de 2019, possibilitou que não só eu, mas todos que estavam ali, coletivamente, pudéssemos avançar e nos deslocar em relação a outras visibilidades para esse fenômeno. Segue uma das falas mais emblemáticas nessa perspectiva, feita por um dos trabalhadores do serviço provocado por cenas extraídas dos meus Diários Cartográficos.

É interessante você falar que são violências diferentes porque, às vezes, [...] o discurso do usuário faz parecer que não existe violência lá fora. Cadê que lá eles aprontam como fazem aqui? Esses mesmos que usam drogas aqui, lá, se andarem fora da linha, se desrespeitarem as regras são suspensos, ou expulsos, ou ficam sem a alimentação. Isso é violência também! Ai, mesmo sem se dar conta, ele está falando de violências. Então, é uma violência diferente mesmo; não é, simplesmente, a reprodução da violência da rua aqui dentro, como a gente muitas vezes teorizou e pensou. Mas é uma violência muito específica! Que é direcionada a nós, que estamos ocupando certo lugar, que estamos representando algo ou alguém para essa pessoa. É uma violência que não existe lá fora porque aqui é um ambiente diferente, um meio diferente! Eu acho muito interessante isso, porque é muito comum o discurso da gente, aqui na nossa clínica: “ah, a gente está observando cenas das ruas aqui!”, como se a rua estivesse transferindo para cá. Não tem como! Aqui não tem como ser a rua! Aqui é uma outra coisa, é completamente diferente! “Vocês que vão para casa e vão dormir, vocês não sabem o que é a rua!” (reproduz fala de um usuário). [...] É importante para a gente também, para a gente, simplesmente, não tomar certas coisas como algo dado, tipo: “aqui, para não ser a rua, não pode ter violência!”, “então, aqui, para não ser a rua, não pode ter uso de drogas!” Aqui acontece uso de drogas, que é diferente do uso que as pessoas fazem na rua! Tem uma outra finalidade, é um outro contexto! E a gente não trabalhou ainda o suficiente, eu acho, essa diferença! Da rua e daqui de dentro! A gente acha que tudo que acontece aqui dentro é,

simplesmente, uma transferência das coisas da rua para fora, mas não é! (Primeiro encontro com a equipe do CAPSad, 11 de julho de 2019).

Esse trabalhador traz a violência que ocorre dentro do serviço como direcionada à própria equipe, produzida nas relações no serviço, que também são relações de poder, chamando a atenção para o lugar que os trabalhadores de saúde ocupam nas organizações. Estes, de alguma forma, também representam o Estado e suas violências em relação às pessoas em situação de rua e às pessoas que fazem uso intensivo de drogas. Assim, a dimensão “violência do Estado” convivia, de forma tensa e cotidiana, com a dimensão “proteção do Estado” dentro do serviço.

A fala desse trabalhador avança na ideia da violência como uma produção das relações, mas ainda fica numa perspectiva na qual os usuários são os violentos, e são assim porque fazem uma transferência de outras relações de violência que sofreram para nós, trabalhadores de saúde – como se não tivéssemos um papel ativo nessa produção. É uma fala muito potente porque nos aponta que há um campo problemático que precisa ser explorado: as diferenças entre a rua e o serviço, o quanto o serviço consegue (ou não) dialogar com a produção da vida na rua, e o quanto a rua invade (ou não) o cuidado.

Se a rua, onde a vida acontece, não pode entrar no CAPSad, de que este se ocupa? Que cuidado se produz quando o que entra no serviço é a caricatura pessoas em situação de rua/usuários de droga? Que trabalhador é produzido para este plano de cuidado? O que atravessa a violência?

A fala de um trabalhador em um dos encontros com a equipe do CAPSad faz um diálogo entre a violência das ruas e das vidas das pessoas que acessam o serviço. Traz essa rua que também produz violência:

[...] A rua é marcada pela violência, o diálogo, muitas vezes é feito através da violência, não é? A violência da sociedade em relação a eles, a violência deles contra eles, a violência da facção (criminosa) contra eles; quantas pessoas mudam de território porque está devendo para a “boca”, né? Uma usuária foi queimada viva; a gente tem o caso daquele usuário que se jogou do elevador para não apanhar da polícia... então, assim, é uma vida marcada por violência, né? E se você pega o histórico de vida dessa pessoa, você vê que não é de agora! A gente vê que é um processo que vem desde a infância até hoje. Então, a violência é uma marca presente; então, reproduzir essa marca, essa expressão no serviço é algo já esperado. Então, quando ele fala “do preparado” também tem relação a isso, né? Até que ponto a gente faz essa escuta qualificada? Compreende mesmo o sujeito, a história de vida do sujeito? E outra coisa, assim, quando a gente (?), aí são as tecnologias leves...muitas vezes, um assistido fala alto com a gente, a gente fala mais alto ainda com o assistido! Essa é uma linguagem que eles sabem fazer, essa

é a linguagem da rua. Então, a partir daí, cria corpo e ele reproduz aquilo que já acontece na rua [...] (Primeiro encontro com a equipe do CAPSad, 11 de julho de 2019).

Parte desse trecho traz uma ideia de que as pessoas em situação de rua aprendem a violência como uma linguagem necessária para a sua sobrevivência nas ruas. Essa ideia dialoga com Espinheira (1993, p. 25) quando fala das crianças de rua no Centro Histórico de Salvador, que “[...] violentam para atingir objetivos a que se comprometem. A rua impõe regras, tem sua ética própria: cooperação e solidariedade, agressividade e competição, componentes necessários para a sobrevivência, para a individualização.”

Apesar de compreender e concordar, em alguma medida, com o que Espinheira coloca, não me sinto totalmente confortável com esse entendimento. Principalmente pela possibilidade de cairmos na armadilha de olharmos para todas as situações de violência envolvendo as pessoas em situação de rua e acreditarmos que a violência partiu delas, que estão sendo violentas ou agressivas porque a vida as ensinou a serem assim. A violência grudada nelas: “corpos violentos”.

No final do trecho, chama a atenção um aspecto que gostaria de destacar: o trabalhador, ao ouvir o usuário falando alto (o que seria a linguagem da rua), passa a falar mais alto ainda e, só a partir daí, é que o usuário reproduziria a violência da rua. A relação entre o trabalhador e o usuário, ali, no encontro, levou à produção da violência.

Seguindo essas pistas construídas a partir das falas dos trabalhadores do CAPSad, a violência, ou, “as violências” não poderiam ser compreendidas como a manifestação, dentro do serviço, de uma característica intrínseca a essas pessoas (serem violentas); ou como forma de se comunicar, uma linguagem; ou como manifestação do uso das drogas; ou como uma transferência para os trabalhadores de saúde, representantes do Estado ou das opressões que sofrem cotidianamente, das violências pelas quais passaram e passam em suas vidas. Essas pistas também nos afastam da ideia de que essas violências só ocorrem no serviço porque não há ações capazes de coibir impulsos violentos que lhes são constitutivos, como a polícia ou medidas disciplinares rígidas; assim como da ideia de que as violências praticadas pelas pessoas em situação de rua não ocorrem na rua por causa da repressão policial que as coíbe.

Nesse caminho, fui percebendo dimensões desse fenômeno que apontavam para uma complexidade ainda mais profunda, as quais falavam a respeito não só dos usuários, mas de nós, trabalhadores de saúde. Esse reconhecimento dos serviços como espaços de disputas e tensões nos desafia e nos convoca a reconhecer os campos de forças que nos atravessam e interagem dinamicamente, produzindo processos de subjetivação mútuos, permeados de relações de poder e de disputas diversas, a partir dos quais vão sendo elaboradas diversas e singulares realidades e possibilidades de cuidado ou descuidado.

Dessa forma, considerando a crise de forma mais ampla do que é compreendida classicamente na saúde mental, para além da crise dos psicóticos e neuróticos graves (Lima et al., 2012), tomo parte das situações de violência no CAPSad também como manifestações de crises. Crise no sentido de ser um momento crítico, que está comunicando algo, que coloca quem a está vivendo em uma encruzilhada.

Coloco “crises” no plural porque a “crise do usuário” é, na verdade, uma produção que se dá em relação. Isso inclui as relações com a própria equipe nos encontros que envolvem a produção do cuidado, relações com o território, no qual os corpos das pessoas estão plasmados em uma relação de produção mútua, e relações com a sociedade e seus discursos com pretensão de verdade.

Assim, relações de cuidado que produzem crises, algumas das quais se tornam visíveis através de atos considerados violentos, expressam, também, crises no próprio serviço. Crise na forma de organizar o processo de trabalho, no acesso ao serviço, nas relações com a equipe. Violências produzidas também pelos trabalhadores em relação aos usuários produzem mais violência, em relação.

Entender essas situações de violência ocorridas no CAPSad como possíveis manifestações de crises é tomá-las como um acontecimento, que pode “botar o serviço para falar”, assim como pode nos ajudar a enxergar os “sinais que vêm da rua” (tomadas, aqui, como possibilidade de entender o que é, para as pessoas em situação de rua, produzir as próprias existências atravessados pelas violências que são alicerces de nossa sociedade, com elementos que se aproximam fortemente da necropolítica) (Merhy et al., 2021; Mbembe, 2018).

É uma oportunidade, um momento de encruzilhada, que pode ser tomado, inclusive, como justificativa de captura manicomial em um serviço substitutivo como um CAPS. Manicomial não no sentido de esse serviço virar um pequeno hospital

psiquiátrico tradicional (manicômio), mas de recorrermos às perspectivas manicomiais que nos habitam para poder julgar, enquadrar, rotular, cercear, sufocar a potência e interromper os movimentos de produção de vida em curso nesses corpos com os quais nos encontramos. É justamente por isso que, segundo Moebus (2014, p. 52-53),

[...] os serviços substitutivos se empenharam em contrapor a esta captura, um acolhimento possível, abrindo uma via de mão dupla na qual, a crise, em uma direção, deve abrir acesso ao serviço de saúde, ao atendimento, ao cuidado, e, em outra direção, deve abrir acesso ao sujeito que sofre, ao emergir de sua multiplicidade singular. Assim, encontramos a crise nesta encruzilhada de um duplo acesso, acesso ao cuidado em seu processo, acesso ao sujeito em seu excesso. Conceito operador e analisador, também da disponibilidade e da abertura dos serviços para as necessidades do usuário.

Dessa forma, “perder o controle”, para esses usuários, relaciona-se com um contexto, com um cenário e personagens específicos, com relações dinâmicas, com subjetivações em franca produção. Alguns dessas crises, quando se expressam como momentos de violência nos serviços, seriam como eventos sentinela, bandeiras vermelhas; comunicam para todos que algo não está bem, algo se quebrou, que há um sofrimento em busca de línguas pelas quais consigam se expressar. Como coloca Moebus (2014), a crise pode abrir o acesso ao serviço, e também é uma oportunidade de a equipe acessar o sujeito que sofre.

Um julgamento moral feito pela equipe, por exemplo, ou um não reconhecimento ou legitimação do sofrimento de uma pessoa usuária do serviço, pode ser sentido como uma violência para alguns usuários, ou como um desrespeito. Essa percepção pode disparar uma crise que, eventualmente, se expressa em um ato violento; este costuma vir para o plano de visibilidade da equipe como uma violência unidirecional de um usuário contra um trabalhador, ficando invisíveis outras violências que já estavam ocorrendo na vida dessa pessoa, inclusive na relação entre o referido trabalhador e o usuário tido como “violento”.

Em um dos encontros com os trabalhadores do CAPSad, essa possibilidade de entender as cenas de violência como uma das formas (mas não a única) de uma crise se apresentar, e, ao mesmo tempo, como forma de se comunicar/expressar que algo não está bem, foi construída por um dos membros da equipe:

Aqui eles vêm por uma demanda espontânea, ou encaminhamento, eles vêm atrás de algo; e quando tem essa questão estrutural, essa lentidão, a ter acesso às coisas, aí vem esse momento de crise: “olha, se eu não tô conseguindo de forma tranquila, vou conseguir através da crise mesmo; eu sinto raiva, eu sinto morosidade, que os profissionais estão fazendo pouco

caso de uma necessidade minha”. (Primeiro encontro com a equipe do CAPSad, 11 de julho de 2019).

Outro membro da equipe, por outro lado, aponta que usuários em crise (desorganizados, em sofrimento intenso) não necessariamente gritam ou são violentos. Coloca que alguns vivem seus sofrimentos no serviço de forma silenciosa e, para serem vistos, precisam lançar mão de outras estratégias, como performar atitudes violentas: gritar, xingar, quebrar:

Outra coisa que é importante também, para a gente ficar atento porque a crise mais perigosa para mim não é aquela que está gritando! A crise mais perigosa é aquela que está caladinha, ali, que a gente não sabe o que vai acontecer depois; mas aquela que está gritando a gente pode até intervir, mas a que está calada, que a gente não está vendo? E é a crise que poucos funcionários percebem...assim, tem pacientes que chamam a gente para dizer: “pô, eu não estou bem!”; não é de quebrar, de gritar, nem de xingar. E, aí, a gente tenta dar alguns toques, a pessoa acha que por estar calado, que não tem nada, e aí acaba indo, indo, indo, e aí não suporta, que grita e explode, para ser, como eles acham, que a gente bajula os mais problemáticos, que os problemáticos conseguem tirar documentos; e aí diz assim: “vou me tornar um desses porque vou conseguir, já que estou em crise e ninguém está me enxergando”. (Primeiro encontro com a equipe do CAPSad, 11 de julho de 2019).

No trecho, mesmo a violência sendo vista como a manifestação de uma crise, como o ápice de um processo de sofrimento e uma estratégia de tornar-se visível para a equipe, essa crise é colocada em tom de julgamento, como se os usuários estivessem fazendo um uso instrumental e deliberado dessa estratégia, e não como uma de muitas formas de a crise se manifestar. Essa crise se manifestou dessa forma, nesse momento e nesse cenário específico, no qual são produzidos certos encontros que não aconteceriam, ou não seriam da mesma forma, em outro cenário. Ela (a crise) não existiria, portanto, em outro tempo e espaço, ou em outras circunstâncias. Cabe a pergunta: por que alguns usuários precisam desenvolver essa estratégia de “falar através da violência” para serem vistos e acolhidos no seu sofrimento e na sua crise? O que isso fala a respeito do cuidado no CAPSad? Com essas perguntas, estou reposicionando o olhar e passando a tentar enxergar não mais a violência em si, mas o que ela ajuda a visibilizar em relação aos encontros no serviço e aos modos de cuidar.

A seguir, trago uma cena registrada nos Diário Cartográficos que nos ajuda a visibilizar o sofrimento invisível que precisou ser expressado como violência para ser enxergado.

Chego no CAPSad e a confusão está feita: uma usuária, da qual eu era técnico de referência, tinha “surtado” do nada e jogado uma cadeira no vidro do primeiro andar do serviço, quebrando o mesmo. Ela tinha saído do serviço revoltada e só consegui conversar com ela no outro dia. O que ela me contou, me chamou a atenção: ela tinha consulta marcada com uma das pessoas da equipe; tinha vários traumas em relação ao atendimento com esse núcleo profissional em outros serviços, tendo muita dificuldade em comparecer a essas consultas, quando eram agendadas. Com esse profissional específico, ainda não tinha uma boa relação. Nesse dia, não estava presente na hora combinada para a consulta. O profissional a chamou e, por não estar presente, chamou outro usuário. Quando ela chegou, um pouco mais tarde, o profissional informou que não a atenderia mais, pois não estava presente no horário combinado; mesmo informada, ela continuou na sala de espera. Quando o profissional saiu para chamar outro usuário, a viu aguardando e falou: “está fazendo o que aqui no CAPS que ainda não saiu”?!! Ela disse que, a partir daí, viveu um ‘apagão’ e não lembra mais de nada”. Foi nesse apagão que terminou jogando a cadeira no vidro (Diários Cartográficos, 28 de fevereiro de 2017).

Ao ler essa cena, podemos perceber um sofrimento que precisou da violência como língua para ser falado e, portanto, ouvido e visto pela equipe. Também podemos entendê-la como uma estratégia para disputar o acesso àquela consulta (ou, ao cuidado). Acesso que, pela percepção da usuária, havia sido dificultado de forma impositiva pelo trabalhador da equipe através de uma normativa criada por ele mesmo na relação com ela.

Quando ela diz que teve um “apagão”, imagino que a fala e a forma como o trabalhador se dirigiu a tenham afetado de uma maneira muito intensa e negativa, trazendo à tona outras barreiras de acesso com que se deparou, e outras violências institucionais e incompreensões do seu sofrimento que já viveu. Podemos considerar essa invisibilização de seu sofrimento e a negativa da maneira como foi feita, dentro do próprio serviço ao qual ela recorre para ser acolhida, ouvida e reconhecida, também como violência institucional. Dessa forma, a cena de violência nos ajuda a produzir visibilidade não só para o sofrimento dessa usuária, antes invisível, mas, também, para o encontro entre ela e o trabalhador; para o entre da produção do cuidado.

Esses outros olhares sobre a violência no serviço, novamente, podem expressar que a pessoa não está bem e que essa situação pode ter sido produzida pela própria equipe a partir das lógicas organizacionais construídas, a partir das formas de se comunicar e de se relacionar com os usuários e, em última instância, a



partir das formas de se posicionar ética<sup>17</sup> e politicamente no encontro com o usuário para a produção do cuidado.

Tomar a violência no serviço como analisador também nos aponta algo sobre o próprio serviço. Nos fala sobre a sua organização, as apostas e formas de produzir e ofertar o cuidado, e sobre o lugar e o papel pensados e produzidos para esse serviço na rede de atenção.

Olhar para esses acontecimentos é olhar para a dinâmica das relações e da produção do cuidado; também é olhar para cada um de nós, trabalhadores de saúde, e para o contemporâneo. Esse exercício é importante, não para encontrar responsáveis a serem julgados culpados ou inocentes, mas para colocar a produção do cuidado, trabalho vivo em ato, micropolítico, em análise.

#### **6.4 “Até os cachorros valem mais do que eu”: o racismo e a humilhação social no encontro com as pessoas em situação de rua**

Como colocado por Minayo (2006), a violência é vivencial e relacional. Dessa forma, era justamente na sutileza das relações de cuidado que alguns usuários a sentiam, mas permanecia “secreta e aceita” ou, pelo menos, tolerada. Por outro lado, as violências entendidas como sendo realizadas pelos usuários e direcionadas à equipe eram “visíveis e desaprovadas”.

Segundo Ladeia et al. (2016, p. 399), considera-se violência institucional aquela que é “praticada por órgãos e agentes públicos que deveriam responder pelo cuidado, proteção e defesa dos cidadãos”. Ela se manifesta de forma tão natural e silenciosa que nem é percebida como tal, principalmente quando não gera danos físicos; no setor saúde, apresenta-se como negligência, agressões verbais, como tratamento grosseiro, repreensão, ameaças, violência física, incluindo o não alívio da dor e o abuso sexual (Ladeia et al., 2016; D’Oliveira et al., 2002).

Não me surpreende que fosse assim. No geral, as atitudes dos usuários, de acordo com a percepção do lugar comum vigente e culturalmente aceita na nossa sociedade, eram percebidas como violências moralmente desaprovadas pela

---

<sup>17</sup> Ética, aqui, é entendida como a “maneira pela qual cada um constrói a si mesmo como sujeito moral; e, também, como linha do desejo, [...] como potência construtiva” (Negri, 2003, p. 182).

sociedade, ilícitas e delinquencial, por vezes até criminal. Não só porque algumas envolviam ameaças explícitas em relação à integridade física e, às vezes, até à vida de outras pessoas; ou porque, de fato, houve situações de agressões física em relação a pessoas da equipe e a outros usuários; mas porque o que vinha para o plano da visibilidade era o seguinte: atos de violência infligidos unilateralmente contra membros da equipe de um serviço de atenção psicossocial, protagonizados por pessoas em situação de rua e usuárias intensivas de drogas, geralmente negras. E não em qualquer serviço de saúde, diga-se de passagem: um serviço que fica dentro da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB).

Já a violência simbólica é invisível, infligida e sofrida de forma pouco elaborada ou perceptível, exercida pelo corpo, mas sem coação física e que causa danos morais e psicológicos (Bourdieu, 1996; Cunha, 2007).

Na cena a seguir, registrada nos Diários Cartográficos, assim como na anterior, há uma delicada articulação entre as violências institucional (em suas manifestações não físicas e mais sutis) e simbólica.

Um usuário agrediu fisicamente a secretária do Colegiado do Curso de Medicina, há pouco mais de um mês. A polícia foi chamada; ele foi detido e liberado dois dias depois. Após esse incidente, houve uma mobilização importante dos profissionais técnicos-administrativos da Faculdade exigindo providências; a direção da FMB se posicionou e também cobrou ações concretas para acabar com essas situações de violência produzidas por alguns usuários, as quais só eram possíveis pela presença do CAPS dentro da faculdade. A existência do CAPS foi pauta de Reunião da Congregação do Curso, na qual a funcionária agredida estava presente e bastante mobilizada/revoltada, assim como outros técnicos administrativos e professores. Houve duras críticas à presença do serviço dentro das dependências da faculdade, apesar do reconhecimento do papel social e assistencial que o CAPS desenvolve no Centro Histórico de Salvador. Foi decidido que o CAPS deveria sair da Faculdade, dado um prazo até julho deste ano e foi oferecido apoio na busca por outro imóvel no qual o serviço poderia funcionar, de preferência, no Centro Histórico. Ao ser questionado, o usuário em questão trouxe a seguinte narrativa: ele e outros usuários estavam na frente da faculdade antes dessa abrir suas portas (às 8h), desejando entrar para ir ao CAPS. Os seguranças, por causa do horário, não permitiram; a secretária chega à faculdade, é permitida sua entrada pelos seguranças e, instantes após, ela abre as portas e, sem se dirigir ou dialogar com ele ou com outro usuário, permite que os cachorros entrem. Nesse momento, ele a agrediu. Não quero diminuir e nem justificar uma agressão como essa, mas chamar a atenção de que a violência tem um contexto e uma gênese que não devemos ignorar, ainda mais quando estamos lidando com usuários de um serviço de saúde mental, que fazem uso abusivo de drogas, estão em sofrimento e em importante situação de vulnerabilidade, na porta de entrada deste serviço. A frase que o usuário ficou repetindo ressoa na minha cabeça: “Até os cachorros valem mais do que eu?!!” Para quem o conhece um pouco mais, sabe que esse tipo de narrativa e o sentimento de exclusão é bastante presente e, frequentemente, é desencadeadora de crises nele. Realmente, a sensação/percepção de que está sendo discriminado,

seja por estar em situação de rua, seja por ser negro, produz muita revolta e indignação nele, que sofre com isso. Eu mesmo já o ouvi contando situações na qual pessoas atravessaram a rua para não ter que cruzar com ele, pois pensavam que ele ia assaltá-las; ou pessoas saírem de um ponto de ônibus quando ele chegou (Diários Cartográficos, 14 de fevereiro de 2018).

Na verdade, o fato de a violência gerar mais violência não é “novo”, e esse acontecimento me possibilitou olhar para as violências produzidas e praticadas por nós, trabalhadores de saúde; perceber que algumas falas, atos, posturas da equipe, por mais naturalizadas e por mais que procurássemos justificativas para fazê-los, também eram violências, só que violências invisíveis. Violências produzidas pelas instituições que nos atravessam, dispositivos de poder, de disciplinamento dos corpos; “a cada indivíduo, seu lugar; e em cada lugar, um indivíduo” (Dreyfus, Rabinow, 2012, p. 204). No desfecho da cena suprarreferida, são evidentes os atravessamentos das instituições Estado e Medicina; suas normas e regras, através dos seus diversos regramentos administrativos, naturalizados, compreendidos socialmente como necessários para a vida em sociedade. Transgredir esse agenciamento de poder é um ato de resistência, mas será visto e julgado como violência do usuário contra os trabalhadores-instituições.

O interessante é que, quando presenciei cenas nas quais colegas de equipe se dirigiam a algum usuário de forma autoritária, fazendo julgamentos morais, exigindo comportamentos “respeitosos” (enquadrando certos comportamentos dos usuários como desrespeito pessoal), sendo ríspidos e ameaçando colocar em prática alguma consequência, apesar de ficar bastante incomodado, não conseguia entender essas atitudes como violências. Ainda pior, não conseguia me perceber também como possível agente dessas violências, mesmo na sutileza.

Essa cena também me ajudou a entender que não havia apenas “uma violência” no serviço, mas havia “violências”.

Como coloca Minayo (2006, p. 13),

A violência não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra vis, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material, o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens.

Essa mesma autora problematiza que a violência é sempre um fenômeno vivencial, relacional, envolto em muita carga emocional de quem a comete, de quem

sofre e de quem assiste, diluído na tessitura social, tanto nas relações públicas quanto nas relações privadas, apresentando aspectos mais visíveis e outros mais secretos. Dessa forma, sempre passa por um julgamento moral da sociedade, que muda a depender da sociedade, do período e dos interesses envolvidos (Minayo, 2006). As manifestações da violência, segundo Minayo (2006, p. 13),

[...] são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes ou por aparatos legais da sociedade. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais e circunstâncias – realidades muito diferentes. Há violências toleradas e há violências condenadas.

Apesar de haver vários tipos de violência, como a coletiva, a institucional, a interpessoal, a autoinfligida, a cultural e a simbólica, no entendimento contemporâneo, as violências dominantes são a “criminal” e a “delinquencial”, que nunca foram toleradas, pois ferem a moral fundamental de todas as culturas (Toledo, Sabroza, 2013; Santos, 2015; Minayo, 2006). Segundo Chesnais (1981), no imaginário social, há três definições de violências, individual e coletivamente: a ‘violência física’ (homicídios, agressões, violações, torturas, roubos a mão armada); a ‘violência econômica’ (desrespeito e apropriação, contra a vontade dos donos ou de forma agressiva, de algo de sua propriedade e de seus bens); a ‘violência moral e simbólica’ (refere-se à dominação cultural, ofende a dignidade e desrespeita os direitos do outro).

Assim, as violências sempre estiveram presentes em todas as sociedades, se expressando de forma mais ou menos intensa a depender do contexto e do momento histórico nos quais foram produzidas. Segundo Domenach (1981, p. 37),

[...] é demasiado fácil e ineficaz condenar a violência como um fenômeno exterior, e inclusive, como algo estranho ao ser humano, quando, na verdade ela o acompanha, incessantemente, até na articulação de seu discurso e na afirmação mesma da evidência racional.

A partir desse autor, Minayo (2006, p. 16) coloca que

[...] a violência está inscrita e arraigada nas relações sociais, mas, principalmente, [...] é construída no interior das consciências e das subjetividades. Portanto, esse fenômeno não pode ser tratado apenas como uma força exterior aos indivíduos e aos grupos. Sua visão se projeta na direção contrária ao senso comum que costuma colocá-la como um fenômeno sempre produzido pelo ‘outro’.

Segundo Domenach (1981, p. 38), “é inútil buscar uma resposta categórica na filosofia ou na moral, ao problema que a violência levanta. Por seu aspecto ontológico, ela não pode ser dissociada da condição humana”.

Conforme Minayo (2006, p. 17), “do ponto de vista filosófico e sociológico, costumam circular pelo menos três fontes explicativas para a violência”. A explicação que mais me ajuda e faz sentido para pensar a produção das violências no CAPSad, por ter uma função social de cuidar de pessoas em extrema situação de vulnerabilidade, apesar de não ser exatamente a mais adequada para compreendê-la, “a considera (a violência) como expressão de crises sociais que levam a população mais atingida negativamente, à revolta frente à sociedade ou ao Estado que não conseguem lhe dar respostas adequadas”.

A segunda explicação dialoga com cálculos racionais (exercer a violência de forma consciente para conseguir algo ou se manter no poder), e a terceira, com processos culturais. No entanto, a autora, no campo da subjetividade (que entende como a capacidade do ser humano em construir sua experiência e produzir suas escolhas), faz uma crítica a essas teorias:

Todas essas abordagens são válidas em parte e ajudam a compreender o fenômeno, mas nenhuma delas leva em conta o imbricamento do sujeito. É preciso dar relevo à lógica da perda e da sobrecarga, dos excessos e da falta de sentido que pervertem, preservam ou também asseguram a sobrevivência dos sujeitos no mundo pós-industrial e na atual “sociedade dos indivíduos” (Minayo, 2006, p. 21-22).

O que recolho dessa discussão sobre as produções das violências é que elas envolvem fatores sociais, históricos e culturais de cada sociedade; são envoltas de julgamentos morais que se transformam a depender do contexto e são experiências muito singulares que dialogam com os processos de subjetivação que se expressam nos processos relacionais entre sujeitos e em determinado contexto.

Trago um outro trecho dos meus Diários Cartográficos para continuar a reflexão sobre o que a violência ajuda a enxergar em relação à produção do cuidado no CAPSad. O trecho a seguir destaca um aspecto que considero central e que acho importante destacar justamente porque costuma ser invisível, principalmente se escutarmos somente as vozes dos trabalhadores de saúde: a violência produzida pela equipe em relação aos usuários – violências que geram mais violência.

Um usuário, na assembleia, ao discutirmos sobre o uso de substâncias e as agressões no serviço, participou ativamente e disse algumas coisas muito interessantes. Ele, ao se posicionar em relação a que medidas deveriam ser tomadas para lidar com o uso de drogas no serviço, se deveria ou não haver punição para quem fizesse o uso recorrente e não respeitasse a sinalização dos profissionais para a parar o uso, trouxe que alguns profissionais não se conectavam com os usuários, passavam direto sem nem olhar, alguns nem davam bom dia, e que terminavam só falando com eles quando era para pedir para não usar as drogas; não procuravam saber sobre como tinha sido a noite, se estavam bem, não se conectavam. Se posicionou contra as punições (medidas disciplinares), dizendo que o que faltava era o vínculo, a conversa, chegar junto, não para fiscalizar sobre o uso de drogas e fazer valer a regra, mas sim, para ouvir. Falou que isso era o que fazia ele “respeitar” o profissional, pois, quando estes se direcionam ao usuário somente para fiscalizar e mandar parar o uso, gerava raiva, ódio e, até desejo de vingança, e que levava ao não respeito ao profissional. Isso foi corroborado por outros usuários, sendo que um deles citou exemplos de alguns profissionais que passavam sem dar bom dia e que isso incomodava bastante, pois parecia que eles não eram gente, não existiam, ou coisa parecida (Diários Cartográficos, 28 de setembro de 2017).

Esse registro me remete à ideia de coisificação dos usuários, em relação aos quais intervimos dos nossos lugares de profissionais de saúde. Remete, também, a uma invisibilidade seletiva: os enxergamos, mas desde que seja para imprimir sobre eles uma norma do serviço, ou um comportamento que julgamos adequado. É a dimensão “trabalho morto” do cuidado em saúde se expressando fortemente no encontro com os usuários. Essa cena me faz lembrar de outras não registradas nos Diários Cartográficos, que assisti em, pelo menos, duas Unidades de Saúde da Família: uma pessoa em situação de rua que estava deitada nas cadeiras da sala de espera, descansando enquanto aguardava ser atendida, foi despertada por um/a médico/a porque ele/a julgava inadequado uma pessoa ficar deitada em um lugar onde deveria estar sentada, como as outras que também estava aguardando. Nessas situações, o que mobilizou esse/a trabalhador/a não foi o que a pessoa poderia estar sentindo naquele momento; ele/a não se aproximou para perguntar se a pessoa estava precisando de alguma coisa ou se sentindo mal, mas para fazer valer uma “regra” do serviço.

Gonçalves Filho (2007) traz que uma pessoa é humilhada quando algum traço de sua humanidade, como gostar de alguma coisa, amar ou rezar, é impedido de se manifestar. Ele coloca que a humilhação é sempre social (e também política, pois tem a ver com desigualdade na sua dobra com a dominação). Dessa forma, é “[...] um impedimento que não é natural ou acidental, mas aplicado ou sustentado por outros humanos. Ninguém haverá, impedido assim, que não viva este impedimento como uma diminuição ou como uma condição inferior.” (Gonçalves Filho, 2007, p. 194).

Retomando a cena descrita, o fato de o trabalhador de saúde exercer o papel de fiscalizador o uso de drogas em um CAPSad é uma pista para refletir o lugar da droga, do trabalhador nessa relação com o usuário, e do próprio serviço. Além da invisibilização seletiva (enxergar para interditar), houve um tipo de impedimento da possibilidade de o usuário sentir-se como um igual em relação ao trabalhador de saúde, pois este o teria olhado com se fosse superior. Esse sentimento de inferioridade, de desigualdade, não é nem novo, nem somente individual, pois é coletivo e ancestral, e é atualizado no corpo desse homem (preto) ao perceber que o veem como inferior e ao ser tratado como tal. Ser impedido de se sentir igual em relação ao outro somente reforça a desigualdade que, em última instância, não tem a ver com ser diferente, mas com relações de poder e com dominação de um humano por outro humano (Golçalves Filho, 2007).

Assim registra um dos trabalhadores do CAPSad em um dos encontros da pesquisa:

Uma abordagem que aconteceu ontem...ontem veio um convidado para trazer uma discussão sobre o que está acontecendo aqui no CAPS, mas trazendo algumas outras visões...e veio a questão que se discute na sociologia que é o colonialismo cognitivo e como isso...como todas as nossas ações, todas as nossas instituições elas estão inseridas em uma lógica eurocêntrica, do norte, geopolítico, branca, patriarcal, heteronormativa, enfim, como tudo se constrói em relação a isso e, aí, eu acho que a grande provocação que foi feita é a de que ele sugeriu entender a violência como um movimento de resistência, um movimento de resistência dessa população! Que é uma população negra, oprimida...e entender a violência....que qualquer atitude que a gente faça e que tente coibir ou “domesticar” essa violência vai estar servindo ao propósito desse sistema! (Quarto encontro com a equipe do CAPSad, 21 de novembro de 2019).

Não se discutia, nas reuniões de equipe e nos encontros de supervisão clínico-institucional, sobre atitudes violentas da equipe em relação aos usuários; eram invisíveis, como se não existissem ou não fizessem parte de nós. Para refletir sobre essa negação, trago Grada Kilomba (2019) para a conversa. Essa autora coloca que o “sujeito branco”, no processo de cisão de sua psique, termina criando esse “Outro” que é sempre antagonista do “eu”. Dessa forma, apenas a parte “boa” de seu ego (acolhedora e benevolente) é reconhecida e vivenciada como sendo o “eu”; o resto, a parte “má”, é rejeitada e projetada sobre o “Outro”. Assim, a branquitude fica como a parte positiva de si próprio, e não como negativa (esta está depositada nesse Outro, o “sujeito negro”). Portanto,

No mundo conceitual *branco*, o *sujeito negro* é identificado como o *objeto "ruim"*, incorporando os aspectos que a sociedade branca tem reprimido e transformado em tabu, isto é, agressividade e sexualidade. Por conseguinte, acabamos por coincidir com a ameaça, o perigo o violento, o excitante e também o sujo, mas desejável – permitindo à branquitude olhar para si como moralmente ideal, decente, civilizada e majestosamente generosa, em controle total e livre da inquietude que sua história causa (Kilomba, 2019, p. 37).

Trouxe a branquitude como possibilidade de a usarmos como uma lente para enxergar essa invisibilidade das violências institucionais e simbólicas que nós mesmos produzimos, pois é uma construção que ressoa nos trabalhadores de saúde brancos ou não considerados pretos, que gozam de certos privilégios de cor e de classe em uma sociedade estruturalmente racista e colonial nas suas entranhas.

## **6.5 O julgamento moral nas relações de cuidado como expressão das violências institucionais**

Inicialmente, como já coloquei, mesmo quando eu percebia alguma atitude da equipe (incluo-me aqui) que considerava inadequada e que afetava algum usuário de forma negativa não denominava o ocorrido como violência, pois não enxergava dessa forma. Esses registros dos Diários Cartográficos sobre a cena “Valho menos que um cachorro” e sobre a assembleia dos usuários, na qual um deles nomeia algumas situações e fala dos sentimentos de raiva, ódio e desejo de vingança, me ajudaram bastante a produzir visibilidade em relação a outras violências que ocorriam no serviço. Violências institucionais, morais e simbólicas (Ladeia et al., 2016; Minayo, 2006).

Nesse sentido, julgamentos morais da equipe em relação aos usuários e responsabilização individual em relação à situação a qual se encontram também são expressões da violência institucional. Esse movimento parte de uma perspectiva de que certas pessoas possuem certas características. Se eu, trabalhador de saúde, acho que já sei como aquela pessoa é, e acho que já entendo seu “perfil psicológico”, ou, mesmo, enquadro-a em algum diagnóstico psiquiátrico que antecipa uma série de possíveis comportamentos que ela pode fazer, acho que já sei da sua personalidade e identifico que age de certa forma pois essa forma dialoga com esse “perfil individual”



que construí, eu não consigo produzir lentes para reconhecer seu sofrimento. Muito menos consigo conectar-me com ela, com sua multiplicidade e com seus sofrimentos.

Com isso, acabo me colocando em um exercício interpretativo sobre seu comportamento, no qual só consigo enxergar evidências que servem apenas para reforçar ou confirmar o que eu já acho que sei sobre ele. Uma dificuldade de um usuário permanecer em uma Unidade de Acolhimento Institucional (UAI), por exemplo, é logo vista como responsabilidade dele, única e exclusivamente, e não tomada como elemento para refletir juntamente com ele o que isso significa e construir outros caminhos possíveis. Há um distanciamento nesse encontro (às vezes, desencontro) que dialoga, em alguma medida, com um colonialismo cognitivo que já parte de verdades e sentidos previamente estabelecidos, tomados como absolutos e universais. Esse colonialismo torna muito difícil a “produção de um comum” entre esse trabalhador de saúde e essa pessoa que busca cuidado (Kilomba, 2019; Negri, 2016).

Um registro dos meus Diários Cartográficos aponta para esse julgamento moral da equipe em relação a alguns usuários:

Um membro da equipe, que é técnico de referência de um dos usuários protagonistas da cena “Surto Coletivo”, falou sobre ele após este criticar o CAPSad em um encontro no largo do Terreiro de Jesus. Ele coloca que acompanha esse usuário há anos e que, no seu entendimento, ele teve muitas oportunidades e não as aproveitou; que ele estaria “acostumado” a ter tudo pronto nas ONG’s por onde passou desde a infância, e não sabe “correr atrás”; só sabe cobrar e responsabilizar a equipe. Uma outra pessoa da equipe relata a história da geladeira, quando o usuário não cumpriu uma combinação com ela e, depois, ficou cobrando e acusando, como se fosse vítima, e ameaçando (Diários Cartográficos, 14 de maio de 2018).

O registro a seguir, de um dos encontros com a equipe, também aponta nesse sentido do julgamento moral:

Eles acham que a gente está ganhando por causa deles, que a gente recebe dinheiro por causa deles, quem paga a gente são eles...mas, na verdade, se eles não acessarem o serviço, outras pessoas vão acessar e a gente vai continuar trabalhando, se não for aqui, vai ser em outro lugar também...mas eles querem que a gente dê tudo que tiver aqui para eles! Qualquer coisinha! Cadeira tem que ser quebrada, tudo tem que ser deles; eles não têm limite para saber que tudo que está aqui pode ser muito tempo usando (?). Não! Tem que quebrar tudo, porque é tudo deles! (Primeiro encontro com a equipe do CAPSad, 11 de julho de 2019).

Outra fala de um trabalhador, transcrita a seguir, termina trazendo uma cena ocorrida com um dos usuários em uma Unidade de Acolhimento Institucional (UAI), a

qual também se configura como um tipo de violência. O ocorrido se desdobra em julgamentos morais por alguns membros da equipe do CAPSad, o que pode, eventualmente, levar a outras violências: desvalorização do sofrimento do usuário, não priorização em relação a seu cuidado e mais julgamentos.

Naquele lance de a gente voltar para casa com dinheiro e comida (referindo-se à fala de um usuário na cena apresentada para disparar a conversa nesse encontro); a verdade, quem escolheu estar na rua foi ele! A gente não tem culpa de escolherem estar na rua! Cada um com suas escolhas e que têm suas próprias consequências! Alguém pergunta: “mas ele escolheu mesmo”?! Bom, eles escolheram, porque, por exemplo...eu vou lhe dar um exemplo! Aquele usuário que estava lá, saiu da UAI (Unidade de Acolhimento Institucional) para ficar na rua! A mesma pessoa retruca: “Por que ele saiu de lá? Porque tiveram várias situações! Por exemplo, ele saiu da UAI porque, uma coisa que ele me contou: que o pessoal que ficava lá, os outros assistidos, estavam fazendo menos caso da dor dele... quase isso que você está falando, até! Por exemplo, viu ele bebendo, e aí sentindo dor de madrugada, aí diziam: oxe, você estava bebendo, dando risada, e agora está aqui chorando de dor”! Eu estava falando...posso até estar pecando! Outras pessoas que tiveram a oportunidade de estar no trabalho, largaram o trabalho, bagunçaram no trabalho e hoje estão na rua! “Mas a gente vai punir elas”?! Eu tô dizendo que eu posso até estar pecando! Você não está entendendo ainda! Então, a escolha é dele, eles têm que arcar com as consequências também! A gente não pode estar, também, levando tudo no colo, como a outra colega falou, e eu concordo com ela!

Desde sua inauguração, o CAPSad Gregório de Matos não era bem-vindo dentro da Faculdade de Medicina, assim como não eram bem-vindas as pessoas em situação de rua que frequentavam a USF do Terreiro de Jesus, também dentro da FMB. Chegaram aos meus ouvidos falas de professores do ambulatório docente-assistencial, que funcionava no mesmo espaço físico da USF, de que a presença dessas pessoas na unidade era uma ameaça às “suas” crianças. Não à toa, o ultimato da Congregação em relação à saída do CAPSad das dependências da FMB veio após o episódio relatado na cena “Até os cachorros valem mais do que eu!!”

Assim, há vários atravessamentos em nós, trabalhadores de saúde, quando olhamos para essa cena, com os quais precisamos dialogar. Há uma construção social que envolve a ideia sobre quem é considerado violento, imprevisível ou potencialmente perigoso na nossa sociedade: homem negro, “drogado” e “louco”. Mas não um louco, negro e drogado qualquer; uma pessoa que, além de tudo isso, está em situação de rua, com todas as construções no imaginário social sobre o que é estar em situação de rua: delinquente, perigoso, vagabundo, malandro, não confiável, zumbi desprovido de subjetividade, não humano (provavelmente porque se imagina que, necessariamente, seja usuário de crack) (Lancetti, 2015).

O trecho a seguir, extraído do registro do quarto encontro com a equipe do CAPSad, sintetiza de forma interessante essa reflexão:

Tendo em vista que a gente, como o colega falou, vivemos numa sociedade que tem um machismo estrutural, que é fundada em cima do patriarcado, então o machismo é estruturante! Então, como é que isso se expressa na gente? [...] Todos nós nascemos em uma sociedade racista! Então, eu lanço essa problematização: como isso se expressa na gente, e junta, tanto isso que foi falado, que eles nos enxergam nesse lugar como representantes (do sistema opressor), quanto nossas próprias práticas que a gente pensa, age, lê as coisas a partir desses referenciais? E como é que isso se expressa no cuidado? Por isso a pergunta... que a gente discutia muito a violência na perspectiva de: “a violência aconteceu! Quais são os nossos pactos? As nossas regras de convivência?” Eu me dei conta de que as nossas discussões, até das que eu participei quando trabalhava aqui, era muito isso... a gente discutia pouco a produção, que é isso que a gente está discutindo aqui agora: o seu papel enquanto usuário, o meu papel enquanto trabalhador, nosso encontro aqui... porque a violência se dá em relação! Se nós não estivéssemos aqui, a violência desse jeito que a gente está discutindo aconteceria? Não! Acontece porque a gente está na relação com o usuário! Então, qual é o papel dele e qual o nosso papel nessa produção, na produção dessa violência? (Quarto encontro com a equipe do CAPSad, 21 de novembro de 2019).

Dessa forma, mais que um deslocamento em relação à violência no serviço, a escuta de narrativas como essa que acabei de apresentar, e que foram surgindo em encontros com os usuários em diversos momentos, me ajudou a produzir deslocamentos em relação ao cuidado. A intenção não foi sair do polo “usuários responsáveis pela violência”, em direção a um outro polo – “trabalhadores responsáveis pela violência” –, mas, sim, refletir sobre o nosso papel como trabalhadores de saúde na produção de violência em relação aos usuários de um CAPSad. Objetivou “descolar” a violência do corpo das pessoas em situação de rua e também trazer para nossos corpos e reconhecer outros elementos envolvidos na sua produção. Em última instância, teve a intenção de apontar que a produção da violência se dá na relação e se confunde, ou está plasmada, com a própria produção do cuidado.

Cenas como essa me permitiram ser mais empático, ampliar minha sensibilidade em relação ao sofrimento do outro; reconhecer a multiplicidade das existências, da forma de estar no mundo e de construir mundos; entender e reconhecer o lugar que ocupo nessa sociedade em que vivemos, nesse território, nesse serviço, e as possíveis ressonâncias que isso pode ter nas pessoas em situação de rua.

Concluo este capítulo com um trecho extraído de um dos encontros com a equipe do CAPSad e que, na verdade, abre o caminho para os próximos capítulos da tese, ou mapas, que se seguem.

E, aí, cai mais uma vez em cima dos trabalhadores! Os trabalhadores é que precisam dar conta de toda essa demanda que tem crescido, de toda essa violência que a gente acompanha pelos usuários e que a gente vivencia...a minha sensação quando os usuários vêm muito revoltados com a própria vida, com o que está acontecendo, e que todo mundo fala: "Mas, lá fora, eles não agem assim! Eles agem assim aqui dentro! Por que eles agem assim aqui dentro?!" A minha sensação é daquela criança...aquela criança que se comporta direitinho e quando a mãe chega ela chora, grita, e todo mundo fala que é por causa da presença da mãe! Aí, tem a leitura que há uma segurança para essa criança, nesse espaço com a mãe, de mostrar que ela não está bem! Existe essa interpretação também! E, às vezes, eu fico olhando muito nesse sentido, assim, de que aqui é um espaço em que, provavelmente, essas pessoas se sentem seguras para mostrar o quanto elas estão revoltadas com a vida! Se ela fizer isso na rua, ela vai ser violentada, ela vai ser presa, ela vai, enfim...então, temos um desafio, que não quer dizer que a gente tem que aceitar isso como normal! É porque é um desafio de um resultado do modo como estamos hoje! Da rede como está hoje, das violências que têm crescido, das desigualdades que têm crescido, do projeto político de extermínio...então, a gente tem recebido o resultado disso o nosso dia a dia! E o que fazer com isso é que é a questão! O que é que a gente faz?! Porque várias vezes a supervisora trouxe que esse é o CAPS que ela conhece que mais tem pessoas em situação grave, em situação de desorganização mesmo! (Segundo encontro com equipe do CAPSad, 27 de agosto de 2019).

## Referências

Almeida SL. Racismo Estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

Alverga AR, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. Interface [Internet]. 2006 Dec [cited 2020 Sept 5];10(20):299-316. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=en&nrm=iso)

Andrade Júnior MJ. A contribuição da Medicina na construção do Racismo Científico no Brasil: um olhar sobre a eugenia (monografia). Salvador: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia; 2016.

Bandnews. Figura 1 [Internet]. Crack é Cadeia ou Caixão: sem consumo o tráfico para [cited 2021 Sept 10]. Available from: <https://www.bnews.com.br/noticias/principal/politica/1768,crack-cadeia-ou-caixao.html>

Bauman Z. O Mal-Estar da Pós-Modernidade. Rio de Janeiro: Zahar; 1998.

Bourdieu P. Sur la télévision. Paris: Liber; 1996.

Brasil. Decreto nº 7.179. de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. 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.

Camargo Júnior KR. Biomedicina, Saber & Ciência: Uma Abordagem Crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.

Carpanedo NA. Do conceito de saúde e doença à subjetividade no uso de drogas. In: Siqueira DJ, organizador. Mal(dito) Cidadão numa Sociedade com Drogas. São Paulo: King; 2006.

Chesnais JC. Histoire de la Violence en Occident de 1800 à nos Jours. Paris: Robert Laffont; 1981.

Coimbra CM, Nascimento ML. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. 2008. In: Geisler AR, Abrahão AL, Coimbra CM, organizadores. Subjetividades, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos em saúde. Niterói: EdUFF; 2008. p. 143-53.

Costa FN. Comportamentos dos investidores: do homo economicus ao homo pragmaticus. Campinas: IE/Unicamp; 2009.

Cunha TR. O preço do silêncio: mulheres ricas também sofrem violência. Vitória da Conquista: UESB; 2007.

D'Oliveira AF, Diniz CS, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. Lancet. 2002;359(11):1681-5.

Deleuze G. O que é um dispositivo? In: Deleuze G. O mistério de Ariadne. Lisboa: Veja – Passagens; 1996 [cited 2021 Mar 22]. Available from: [https://www.uc.pt/iii/ceis20/conceitos\\_dispositivos/programa/deleuze\\_dispositivo](https://www.uc.pt/iii/ceis20/conceitos_dispositivos/programa/deleuze_dispositivo)

Domenach JM. La violencia. Unesco, organização. La Violencia y sus Causas. Paris: Unesco; 1981.

Dreyfus HL, Rabinow P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2013.

Eps em Movimento. O Diário Cartográfico [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 31]. Available from: <http://eps.otics.org/material/entrada-apresentacao/arquivos-em-pdf/diario-cartografico>

Espinheira, G. A casa e a rua. In: Cadernos do ceas, nº 145. maio/junho 1993 Salvador: ceas. p. 24-38.

Feuerwerker LC, Merhy EE. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais se gestão e de saúde? In: Mattos RA, Baptista TW, organizadores. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.

Foucault M. A Casa dos Loucos. In: Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal; 2006. p. 113-28.

Foucault M. Os intelectuais e o poder - conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In: Machado R, organizador e tradutor. Microfísica do poder. 22a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2006. p. 69-78.

Gonçalves Filho JM. Humilhação social: humilhação política. In: Orientação à queixa escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

Kilomba G. Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano. Oliveira J, tradutor. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.

Ladeia PS, Mourão TT, Melo EM. O silêncio da violência institucional no Brasil. Rev Med Minas Gerais. 2016;26(Supl 8):398-401.

Lancetti A. Contrafissura e plasticidade psíquica. São Paulo: Hucitec; 2015. (Políticas do desejo).

Laval C, Dardot P. La nueva razón del mundo: Ensayo sobre la sociedad neoliberal. Barcelona: Gedisa; 2013.

Lima SS, Teixeira RM, Pinheiro CM. O conceito de crise na clínica para usuários de álcool e outras drogas: ampliando reflexões. Saúde em Debate. 2012 Apr-Jun;36(93):275-81.

Lourau R. Objeto e método da Análise Institucional. In: Altoé S, organizador. René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004.

Lourau R. René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.

Mbembe A. Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte. Santini R, tradutor. 3a ed. São Paulo: n-1; 2018.

Merhy EE, Gomes CM, Silva E, Santos MF, Cruz KT, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Revista Divulgação em Saúde

para Debate [Internet]. 2014 Oct [cited 2021 May 8];(52):153-64. Available from: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>

Merhy EE. A organização não existe. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2013.

Merhy EE. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia. Grupo de Trabalho de Álcool e outras Drogas. *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: CFP; 2012. p. 9-18.

Merhy EE. As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. *Rev. Bras. Saúde Família* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jun 1];15(35/36):1-7. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo\\_emerson\\_merhy.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf)

Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 1999 [cited 2020 Nov 2];4(2):305-14. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200006&lng=pt&nrm=iso)

Minayo MC. Um fenômeno de causalidade complexa. In: *Violência e saúde* [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 12-23. (Coleção Temas em Saúde).

Moebus R. Crise – Um conceito constitutivo para a saúde mental. In: Gomes MP, Merhy EE, organizadores. *Pesquisadores in-mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 25-42.

Morgan G. *Imagens da Organização*. Bergamini CW, Coda R, tradutores. São Paulo: Atlas; 2006.

Negri A. Da produção de subjetividade – entre guerra e democracia. In: Negri A. *Cinco lições sobre Império*. Rio de Janeiro: DP&A; 2003. p. 179-96.

Negri A. O comum como modo de produção [Internet]. Marino M, tradutor. 2016 [cited 2021 Jun 13]. Available from: <https://laboratoriodesensibilidades.wordpress.com/2016/10/28/o-comum-como-modo-de-producao-antonio-negri/>.

Oliveira JA, Barretto LD, Freire RC, Rosa GF, Lima F, Dultra LS, et al. Desencontros entre a vista do ponto dos usuários e as formas de cuidar em saúde: reflexões sobre a produção do cuidado em uma região da cidade de Salvador-BA. In: Merhy EE, et al., organizadores. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

Petuco DR. Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado. In: Ramminger T, Silva M, organizadores. *Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 133-48.

Rolnik S. Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo. 2a ed. Porto Alegre: Sulina, UFRGS; 2011.

Rolnik S. Esferas da Insurreição: para além da cafetinagem da vida. In: Santiago H, Tible J, Telles V, organizadores. Negri no Trópico. 23º26'14". São Paulo: n-1; 2017. p. 101-21.

Santos JV. A violência simbólica: o Estado e as práticas sociais. Revista Crítica de Ciências Sociais [Internet]. 2015 [cited 2021 May 22]; (108). Available from: <http://journals.openedition.org/rccs/6169>

Siqueira DJ. O contexto e o Conceito. In: Siqueira DJ, organizador. Mal(Dito) Cidadão numa Sociedade Com Drogas. São Caetano do Sul: Limitada; 2006. p. 13-27.

Souza TP. A Norma da Abstinência e o Dispositivo “Drogas”: Direitos Universais em Territórios Marginais de Produção de Saúde (Perspectivas da Redução de Danos) [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2013.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

Toledo LM, Sabroza PC, organizadores. Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2013.



## **CAPÍTULO 7 – MAPA 2 – PRIMEIRO DESDOBRAMENTO: SOBRE A NECESSIDADE DE COLOCARMOS AS DROGAS ENTRE PARÊNTESES**

Nesse mesmo dia, coloquei para essa pessoa (da equipe do Consultório na Rua) duas questões que estavam me chamando a atenção no acompanhamento da equipe. A primeira, é que eu não via a temática da violência dos usuários contra a equipe aparecendo no discurso dos (as) trabalhadores (as). Ela ponderou o mesmo que já venho refletindo, que o território, ou o setting onde os encontros com os usuários ocorrem faz toda a diferença. Nesse caso, no CAPSad, os encontros acontecerem prioritariamente dentro das dependências do serviço e da faculdade, teria o peso das instituições travessando-os, enquanto os encontros que ocorrem entre a equipe do consultório na rua e os usuários, ocorrem no território da rua, o que é totalmente diferente. A segunda questão que coloquei, foi que não percebia a problemática do uso abusivo das drogas surgindo como um tema dos encontros com os usuários, assim como nas reuniões de equipe; refleti se isso não seria porque a equipe cuidava das pessoas em um outro registro, que não o do recorte das drogas, por não ser um serviço “especializado” no cuidado às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, o que permitiria que a vida do usuário entrasse de forma mais marcante nas relações de cuidado a partir de outros referenciais e não, necessariamente, a partir do uso intensivo de drogas. A pessoa trouxe outro entendimento possível, de que, talvez, o tema da droga não surja por motivos menos “nobres”, como pelo fato da equipe se considerar de atenção básica, não incluindo o tema da droga como um aspecto importante na vida de muitos usuários e focando, assim, em aspectos mais pragmáticos da vida da pessoa e nos problemas biológicos (Diários Cartográficos, 22 de julho de 2019).

Esse registro dos Diários Cartográficos oferta pistas sobre como são acolhidas e compreendidas as necessidades trazidas pelas pessoas ao Consultório na Rua e ao CAPSad e, portanto, como é produzido o cuidado com as pessoas em situação de rua. Para entrar nessa discussão, é necessário que reflitamos sobre o que estamos considerando como “necessidades” e “cuidado” para as pessoas em situação de rua e a relação delas com os serviços de saúde como um CAPSad.

No Brasil, ainda é extremamente preponderante o ideal de uma sociedade sem drogas, na qual reina o proibicionismo em relação às consideradas ilícitas e abstinência como o caminho óbvio e único, o simulacro da epidemia do crack e uma enorme aceitação dos discursos e das práticas da “guerra às drogas”, com todos os seus efeitos nefastos, como resposta a essa “problemática” e meio para alcançar esse ideal (Lancetti, 2015).

Como coloca Rodrigues (2008, p. 98),

Nesse sentido, não se quer afirmar que o proibicionismo seja a única, ou mesmo a mais importante, técnica de assédio e aprisionamento destinado às

“classes perigosas”, mas que ele é um importante recurso nessa função global de disciplina e contenção. Cada crime produzido por novas legislações inaugura um novo flanco de combate aos “perigosos”, um novo acesso ao sistema penitenciário, uma outra entrada para a vigilância constante. Se existe um crime que é forjado com tamanha carga de reprovação moral e científica, temos à frente um “perigo” de considerável importância que conquista e catalisa sem dificuldades o consenso repressivo das sociedades. O “fracasso” da proibição, então, potencializa-se em positividade: a guerra perdida contra “as drogas” significa a guerra diariamente renovada e eficaz contra pobres, imigrantes, negros, camponeses entre outros “ameaçadores”.

Um desses efeitos é o encarceramento em massa, levando à existência de muitos antigos detentos em situação de rua, para os quais o retorno à prisão é uma perspectiva que sempre está à espreita. Encadeamento de uma guerra às drogas atravessada por fortes interesses econômicos que vão definindo a vida de milhares de pessoas que ficam no lugar de seus “soldados descartáveis” e perpetuam a violência (Serrano, 2021).

Dessa forma, não temos como negar que há certas expectativas construídas em torno dos CAPSad, a despeito das conquistas da reforma psiquiátrica brasileira e expressas nos CAPS como serviços territoriais, e das experiências riquíssimas e exitosas baseadas na ética da redução de danos (RD)<sup>18</sup> espalhadas pelo País. Expectativas que habitam o conjunto da sociedade de forma capilarizada e são construídas a partir de uma cultura sobre o que significa usar drogas, e quem são as pessoas que fazem uso das drogas ilícitas. Uma cultura que produz e é produzida pela contrafissura, “esse afã por resolver imediatamente e de modo simplificado problemas de tamanha complexidade” (Lancetti, 2015, p. 30).

São valores que atravessam todas as pessoas: as que fazem uso intensivo ou não de drogas (aqui refiro-me às drogas ilícitas, pois a guerra foi declarada apenas a elas) e as que não fazem uso de drogas, incluindo, nos dois grupos, os trabalhadores de saúde, inclusive os que trabalham nos CAPSad e que atuam na perspectiva da RD.

Com a assunção, no início de 2019, do novo grupo político que ganhou as eleições de 2018, houve um aprofundamento da perspectiva proibicionista e da abstinência como objetivo primeiro do “cuidado” das pessoas que fazem uso intensivo

---

<sup>18</sup> As perspectivas éticas, políticas e epistemológicas disputadas pelas produções discursivas, teóricas e de práticas sociais representadas pela redução de danos (Petuco, 2014), que fazem frente à lógica proibicionista e da guerra às drogas, ainda são bastante contra-hegemônicas no nosso meio.

de drogas. Aconteceu um importante retrocesso no discurso sobre a saúde e os Direitos Humanos das pessoas que fazem uso intensivo de drogas e nas políticas do Ministério da Saúde (MS), com a RD deixando de compor a proposta oficial para o cuidado em álcool e outras drogas. O que se destaca na política da atual gestão do MS, não sem muita resistência de movimentos sociais, profissionais de saúde e setores das universidades, é uma lógica pautada na abstinência, desvalorização da autonomia das pessoas e retomada da possibilidade de internação compulsória nas chamadas “comunidades terapêuticas”.

Entender a RD para além da ideia de reduzir os danos que as drogas produzem no corpo e na vida das pessoas, como uma ética das existências que aposta na ampliação destas, na centralidade dos modos de levar a vida e na possibilidade da construção de projetos singulares com cada pessoa em seus contextos e territórios, é um posicionamento ético-político que terá repercussão nos modos de cuidar (Lancetti, 2007; Merhy, 2021). A RD, para muitos usuários de drogas, trabalhadores da saúde, da assistência social, gestores e até trabalhadores da segurança pública, tem funcionado como uma bússola que, para além de ser apenas um conjunto de práticas que fazem frente ao proibicionismo e à abstinência, vem se tornando uma perspectiva que se atualiza nas formas de pensar, falar, sentir e agir em relação às drogas (Souza, 2013).

No entanto, todos nós, mesmo as pessoas que trabalham diretamente com usuários intensivos de drogas, como os trabalhadores de um CAPSad que se pautam na perspectiva da RD, também somos atravessados pelos valores em relação a esses usuários, como doentes, criminosos ou pecadores, os quais produzem nossas subjetivações e dialogam com os pilares da guerra às drogas, como o racismo, o proibicionismo e a abstinência como única meta (Souza, 2013; Siqueira, 2006).

Retomo uma parte do trecho dos Diários Cartográficos já abordado no capítulo 6 – “Mapa 1 – Cartografia das violências no CAPSad: a violência como analisador da produção do cuidado” – no qual registrei a fala de um usuário na assembleia do serviço que dialoga com esse lugar que a perspectiva hegemônica em relação ao uso de drogas tem na nossa sociedade:

[...] alguns profissionais não se conectavam com os usuários, passavam direto sem nem olhar, alguns nem davam bom dia, e que terminavam só falando com eles quando era para pedir para não usar drogas; não procuravam saber sobre como tinha sido a noite, se estavam bem, não se conectavam. [...] Quando estes (os profissionais) se direcionam ao usuário

somente para fiscalizar e mandar parar o uso de drogas, gerava raiva, ódio e, até desejo de vingança, e que levava ao não respeito ao profissional [...] (Fala de usuária na assembleia do CAPSad, Diários Cartográficos, 28 de setembro de 2017).

Essa fala dialoga bem com a perspectiva de RD que trouxe há pouco, que está para além de não ter a abstinência como foco, mas em se colocar de outra forma na relação com a produção de vida. Pelo fato de essas pessoas estarem em situação de rua, outras construções se sobrepõem, como as camadas de uma cebola: o zumbi que teve sua vida tomada pela droga; o “não humano”, que não controla seus desejos pois estes estão a serviço das drogas (Merhy, 2012); os que já chegaram ao fundo do poço e não têm mais projeto de vida; malandros, que escolheram e preferem viver nas ruas pois não querem se submeter às atribuições das outras pessoas, como pagar impostos, ter responsabilidades sociais, etc. O registro dos meu Diários Cartográficos a seguir aponta para esse julgamento.

O usuário (aquele da cena “Até os cachorros vale mais que eu”!) estava bem agitado, ameaçando seguranças, estudantes e profissionais da equipe daquele jeito que muitos de nós já estamos “acostumados”; o CAPS ia reabrir para o turno da tarde. Vários de nós da equipe tentamos abordá-lo, sem sucesso. Já há certa ideia preconcebida de que, quando ele está assim, é porque está querendo conseguir algo da equipe, principalmente dinheiro; isso, por conta de outros episódios nos quais foram mobilizados recursos, inclusive financeiros, para que ele conseguisse ir para sua cidade natal e outras necessidades. Foi com essa lente que um(a) colega leu a cena, o que a mobilizou a se posicionar diante dos colegas que estavam apoiando de que seria um desastre “ceder” a ele nesse momento, pois não poderíamos sustentar a prática que já havia iniciado (isso já foi ponto de discussão e de muitos incômodos em algumas reuniões). Um(a) colega de equipe que também tentava apoiar no manejo do usuário falou em voz alta algo que o usuário ouviu e o deixou ainda mais agitado, chegando a dizer que esse(a) colega o estava ameaçando: “Ele está agitado assim somente para conseguir dinheiro!” Foi tão inadequado que as outras pessoas da equipe que estavam ali o repreenderam. Outro(a) colega, por sua vez, pegou água e ficou tentando persuadir o usuário a tomar seu remédio, até o ponto do mesmo o ameaçar (Diários Cartográficos, 28 de setembro de 2017).

Essa ideia de que o usuário estava manipulando a equipe para conseguir algo era muito forte para alguns, o que terminou interditando uma conexão mais aberta a outras possibilidades com ele naquele momento; possibilidades que não devem ser restringidas por conta de movimentos que o usuário já tenha feito.

O entendimento de que o uso intensivo de drogas é uma “doença” que deve ser tratada com internação em hospitais psiquiátricos e com base no afastamento absoluto do “agente etiológico” (a droga) atravessa a expectativa social em relação ao

CAPSad (Siqueira, 2006). Esse entendimento, assim como os estigmas relacionados ao uso, é uma força poderosa que nos atravessa e se relaciona intensamente com as formas de subjetivação hegemônicas na sociedade brasileira. Isso se expressa no modo de pensar, sentir e agir, e, portanto, no modo de produzir as práticas e as realidades sociais em todos os setores (saúde, educação, segurança pública, assistência social), mesmo quando alguma política pública, norma, lei ou “missão” de um serviço enuncia o contrário.

Essa posição sobre o que significa a droga pede um serviço que reponde a uma encomenda social tácita de “tratar”, “limpar”, “normalizar”, “reabilitar” e “reintroduzir” no convívio social as pessoas que fazem uso intensivo de drogas. Isso modula, portanto, expectativas em relação ao que deve entregar para a sociedade, trazendo uma série de construções sobre qual é o “objeto” do trabalho da equipe e qual o cuidado que se deve produzir para alcançar os “resultados” esperados. Estes, mesmo sem conseguirmos admitir para nós mesmos, muitas vezes, é a volta de um usuário para certo modo de vida considerado como normal, mesmo sabendo que esse “normal” não existe.

Como coloca Souza (2013, p. 18),

No regime de criminalização e condenação moral dos usuários de drogas, estes, quando convocados a falar, são sempre na condição de culpados e arrependidos, sendo o primeiro passo o reconhecimento da doença, e o segundo a busca da cura. São convocados a falar somente na condição de doentes, sejam ex-usuários ou candidatos a ex-usuários. Uma segunda possibilidade seria falar na condição de réu ou criminoso.

Referir-se às atividades realizadas pelos usuários no CAPSad como fazendo parte de um “tratamento” não é incomum. Essa referência é, algumas vezes, feita por membros da equipe quando falam do objetivo de os usuários frequentarem o serviço, e pelos usuários ao mencionarem o que buscam quando acessam e frequentam o CAPSad.

De certa forma, para a sociedade, somos porta-vozes da racionalidade científica hegemônica e do poder-saber (Foucault, 2006), que se expressa no papel social e político que nos é atribuído para definirmos o que é a verdade, o certo, o saudável. Indo por esse caminho, se essas pessoas estão ali para “fazer um tratamento”, é porque estão doentes.

Como coloca Carpanedo (2006, p. 96),

O discurso médico rotula como doença dependência da droga e como doente o seu usuário, não concede um olhar diferenciado para que este produza um saber sobre tal uso. Por que dizer que o uso de drogas é uma doença se, na maioria das vezes, não há lesão física ou orgânica em nenhum órgão? Como pensar em classificá-lo como transtorno mental e comportamental, conforme o CID-10, se essa mudança no comportamento é provocada ou induzida através e pelo uso de drogas, não sendo um comportamento pontual de caráter permanente? Promover ações em saúde para o usuário de drogas através do conceito de doente é encerrar o sujeito na própria alienação.

A associação direta, socialmente construída, entre a “situação de rua” (ida para a rua, a permanência na rua e a construção da vida na rua) e o uso intensivo de drogas tem uma força imensa no nosso meio e faz parte da nossa cultura, o que termina modulando a forma como construímos nosso olhar em relação às pessoas em situação de rua. Consideremos, também, o esforço societário expresso intensamente nos meios de comunicação em massa de construir uma forte relação entre o uso de drogas e a miséria, a violência, a delinquência, a morte e a criminalidade.

Merhy (2012) coloca que há um esforço de certos setores conservadores da sociedade na construção do “anormal social da vez”, assim como em outros períodos históricos, como se fez com os leprosos e com os loucos. Para esse autor, os anormais da vez seriam os usuários de drogas ilícitas, os “anormais do desejo”, ou, como chamamos aqui, as existências insurgentes.

Merhy (2012, p. 16) segue:

A interdição do desejo é o grande eixo, procurando neutralizar as ofertas opostas de se operar sobre a produção de mais desejo e assim mais conexões de vida, única forma que entendo com chance de construir um agir solidário com aqueles que vivem as consequências do uso abusivo de certas drogas. Talvez porque esse produza mais singularidades e mais desejos, mais diferenças que enriquecem as sociedades em termos da diversidade do viver e da partilha. Fenômenos não suportáveis pelos modos capitalísticos vividos nas sociedades globalizadas como as atuais, como apontam pensadores como Zizek e Negri, que nos presenteiam com muitas provas desse processo insuportável de destruição da vida na organização global das sociedades, atuais.

Essas pessoas, desviantes do desejo produzido nos modos de subjetivação capitalísticos dominantes, são produzidas como vítimas da captura-dependência, como não humanos, escravos de seu desejo “desviado” de consumir a droga. Ao contrário de considerá-los como sujeitos desejantes que, inclusive, investem esse desejo na direção do consumo da droga, são considerados os “novos loucos”, loucos do desejo, não da desrazão, já que quem usa drogas deve estar dominado por desejos

impuros e ruins. Usar drogas lhes afasta da possibilidade de fazerem uso da boa razão, de terem capacidade de julgamento, de serem normais (Merhy, 2012).

Segundo Merhy (2012, p. 1), esse processo atual de produção dos usuários de drogas como zumbis não humanos

[...] tem mobilizado muitos recursos por parte de variados setores sociais, como expressão das conquistas que o pensamento conservador e reacionário tem produzido, inclusive com o apoio de uma ampla rede multilinguística de produção comunicativa, que utiliza dos mais variados veículos de comunicação de massa imagéticas, orais, textuais. Além disso, conseguiram se aliar a um certo agrupamento social que advoga para si as formulações tidas como "científicas" e, portanto, produtoras das verdades sobre o problema que eles mesmo nomeiam, como as expressas por certas entidades corporativas do campo da saúde, como: conselhos profissionais, sociedades de especialidades, e mesmo por figuras populares que atravessam todos esses lugares, como os médicos midiáticos, por exemplo.

Nesse sentido, Siqueira (2006, p. 14) coloca que “grandes empresas de comunicação se organizaram numa frente de batalha contra as drogas, ligando esse uso à ideia de violência e sustento do tráfico e do crime organizado”. Um esforço que se dá cotidianamente no bojo do discurso da “guerra às drogas”.

No mundo, a narrativa proibicionista da “guerra às drogas” foi capitaneada pelos Estados Unidos da América (EUA), principalmente após o declínio da Guerra Fria, nos anos 1980, sendo uma estratégia envolvendo interesses geopolíticos. A droga substitui o comunismo como o inimigo e termina justificando intervenções políticas e geográficas dos EUA em certos territórios de seu interesse (Rolnik, Calil, 2021).

No Brasil, essa “guerra” tomou contornos mais vivos com o aumento do consumo de crack nos grandes centros urbanos, na primeira década dos anos 2000. Colocar o crack no centro do debate público e adjetivá-lo como extremamente perigoso, pela sua alta capacidade de criar dependência, foi uma forma de criar um inimigo em relação ao qual se deveria guerrear. Uma estratégia de legitimação da guerra às drogas que também se configura como uma técnica de governo com pano de fundo biopolítico, ao produzir um acréscimo de periculosidade às pessoas já consideradas perigosas, por associá-las ao tráfico e ao consumo do crack (Siqueira, 2006; Rodrigues, 2008).

De acordo com Rodrigues (2008, p. 98),

Quando a proibição, ao invés de coibir acaba por estimular um mercado ilícito vigoroso, indivíduos pertencentes a grupos já anteriormente passíveis de vigilância ganham um acréscimo de “periculosidade” porque além dos crimes que poderiam cometer, passa a ser possível um novo crime, tão ameaçador porque é uma afronta ampla à sociedade. Um grande medo, um hediondo crime: ao mesmo tempo um problema moral, de saúde pública e de segurança pública. Com tal “potencial”, as técnicas de governo não poderiam descuidar do tráfico e do uso de psicoativos ilegais como vetor de biopolítica.

Ao discutir sobre a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2003), Souza (2013) chama a atenção para a escolha da expressão “álcool e outras drogas” como forma de destacar que o álcool também é uma droga que, mesmo lícita, é a campeã de danos à saúde. Acrescento que o álcool é, de longe, a droga mais consumida no Brasil e que os danos causados pelo seu consumo intensivo vão para além da saúde especificamente, estando envolvidos de forma muito forte com a produção da violência, por exemplo (WHO, 2018).

Nos últimos dez anos,

O modo como o problema do crack vem sendo abordado parece reeditar a imagem do mal encarnado em substância química, que tem o poder determinante sobre o corpo e a vida. Sob as afirmações de que o “crack mata rapidamente” e de que “basta usar uma ou duas vezes para ficar dependente da droga” o “fenômeno” do crack vem ganhando tonalidades de pavor social (Souza, 2013, p. 24).

Nesse contexto, foram lançados o Decreto Presidencial n. 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Brasil, 2010) e, depois, a Portaria/GM n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que 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 (RAPS), no âmbito do SUS (Brasil, 2010, 2011; Souza, 2013).

A partir daí, campanhas em torno da “guerra ao crack” se fizeram presentes no País todo e tomaram contornos escandalosos (ou quase caricatos, se vistos do ponto de vista da redução de danos) na Bahia. Nesse estado, o governo estadual espalhou *outdoors* por Salvador que diziam “Crack: cadeia ou caixão”, ilustrados com uma foto de um cadáver no necrotério (Figura 8).





Fonte: BandNews (2021).

**Figura 8. Crack é cadeia ou caixão: sem consumo o tráfico para.**

Outro exemplo emblemático é a construção da ideia de “cracolândia” para designar os territórios, geralmente a região central dos grandes centros urbanos, que são usados como cenas de uso do crack e outras drogas. Além disso, ao nomear-se o território pelo uso de uma droga (“a terra do crack”), também se extirpa toda a vida das vidas que estão ali, reduzindo-as ao uso da droga e associando-as à sujeira, à violência, ao esvaziamento afetivo e simbólico, à submissão do desejo pela fissura em relação ao crack. A maioria dessas pessoas está em situação de rua e todas essas características também foram fortemente associadas a elas, inclusive relacionando fortemente o “estar em situação de rua” com o uso intensivo de drogas. A construção desse discurso serviu como justificativa para construir intervenções higienistas e de gentrificação dessas regiões, como foi feito na cidade de São Paulo (Lancetti, 2015).

Segundo Rolnik e Calil (2021),

A condição “marginal” também funciona como justificativa para processos de reestruturação territorial, como por exemplo a região da Cracolândia, situada no bairro Campos Elíseos, no centro de São Paulo. A territorialização do comércio e do consumo de crack opera no sentido de conferir sentido a projetos urbanos de “revitalização”, ou seja, de não reconhecimento da existência de vidas ali. Tais projetos se apoiam em ciclos permanentes de remoções, demolições e intervenções policiais cotidianas que violam diversos direitos humanos.

Lancetti (2015) articula de forma interessante a crítica à criação do termo “cracolândia” à estratégia midiática, que é central na construção e/ou no reforço de certa identificação e/ou classificação das pessoas que fazem uso intensivo de droga como pessoas inviáveis, em associação a uma demonização do crack como um vilão, em relação ao qual precisamos declarar guerra. Essa identificação afasta a ideia de

que essas pessoas são portadoras de direitos e de possibilidades de criar outros modos de existência.

Esse autor coloca que

A detestavelmente chamada cracolândia paulistana, junto com a invisibilidade das pessoas e suas vidas e histórias criou uma hipervisibilidade. Uma espécie de *Reality Show*. Há uma hiperabundância de holofotes e câmeras. E há também tensão constante, tensão entre traficantes, usuários, polícia, projetos antagônicos, mídias (Lancetti, 2015, p. 81).

Coloca, ainda, que um “[...] elemento fundamental da composição desse território chamado cracolândia é a mídia. Jornais, revistas e televisões fazem parte do cotidiano. Estão lá, na maioria das vezes, para produzir medo social ou criticar as iniciativas que não fossem repressivas [...]” (Lancetti, 2015, p. 90). Essa hipervisibilidade dos invisíveis é uma das estratégias que produz o discurso e que dá sustentabilidade às práticas da guerra às drogas

Sabemos que as perspectivas manicomiais<sup>19</sup>, antimanicomiais e da redução de danos disputam o tempo todo a produção das vidas e das políticas públicas. O que se apresenta em portarias ministeriais é a expressão dessas disputas naquele momento. Como temos analisado neste estudo, a produção cotidiana do cuidado nas ruas e nos diferentes serviços continua sendo atravessada pela tensão entre essas várias forças. São devires que nos habitam, virtualidades que podem se atualizar nos diferentes contextos ou situações, a depender dos atravessamentos que nós, trabalhadores e usuários, sofremos.

As práticas sociais estão em franca produção no mundo dos vivos, nos encontros entre os sujeitos, e se alimentam ou são interditadas tanto a partir das apostas e do desejo destes quanto dos recursos e circunstâncias a que estão submetidos. Por estarem em franca produção, em ato, nos encontros, também estão em constante disputa em relação a qual sentido irão tomar.

Um registro dos Diários Cartográficos dialoga com a forma como certa representação em relação ao uso da droga pelos usuários se expressa em nós, trabalhadores de saúde, na produção do cuidado:

---

<sup>19</sup> Coloco o manicômio, aqui, como uma prática social, cultural, política e ideológica, não como um lugar (Merhy, 2013).

À tarde, tivemos reunião de PTS e discutimos bastante sobre a problemática do uso de drogas no serviço, e dois (duas) colegas se posicionaram fortemente dizendo que o uso no serviço cresceu a esse ponto e o “desrespeito” está reinando pelo fato da “equipe ter afrouxado”, pois, antes, não era assim e havia respeito à equipe (Diários Cartográficos, 28 de setembro de 2017).

Em relação à equipe do CAPSad, o recorte da droga e de seu uso como o marcador para o cuidado, ou o que justifica a existência do próprio serviço e se coloca como a razão de os usuários o acessarem, também traz consequências. Há um imbricamento entre o “estar na rua” e o “ser drogado” que termina se retroalimentando; são atravessamentos nas vidas de parte das pessoas que estão em situação de rua.

Dessa forma, no caso das pessoas em situação de rua, há uma premissa de que serviços públicos, da saúde ou da assistência social tenham como função social coibir o uso de drogas, “tirar” as pessoas das ruas e reinseri-las no modo considerado normal de se viver, recolocá-las nos eixos do que é certo, reestabelecer o equilíbrio perdido, o que permitiria a construção de um caminho que não leve nem à morte nem à prisão. Esse imaginário atravessa serviços como os Consultórios na Rua e os CAPSad. Neste último, em especial, a saída das ruas faria parte de uma estratégia de “tratamento” da dependência química, considerada uma doença. Com a ideia de doença, vem uma construção muito forte que é um dos sustentáculos do modelo médico hegemônico: se a pessoa tem uma doença, essa se manifesta no corpo biológico e expressa que algo saiu do normal, tornou-se patológico e deve ser corrigido. Como o modo de vida das pessoas em situação de rua, como já colocado, está intrinsecamente relacionado ao uso intensivo de droga, essa forma de vida errada, desviante e produtora da “doença” deve ser também corrigida para que o “tratamento” dê certo.

### **7.1 Estar na rua: o que é normal e o que é anormal?**

Uma reflexão coletiva, construída e registrada em um dos encontros com a equipe do Consultório na Rua, fala um pouco sobre essa expectativa que a sociedade tem em relação aos serviços que se relacionem com as pessoas em situação de rua. A ideia de “tirar” as pessoas da rua é compreendida como um dos objetivos tácitos desses serviços, mesmo que de forma não declarada, e isso atravessa a equipe no seu fazer cotidiano de uma forma ou de outra.

E tem um tema que foi trazido, sem se falar diretamente nele, sem falar nele, que é a questão do salvacionismo. Esse pano de fundo que eu me pego, às vezes, de achar que nosso papel é tirar ele da rua, é resolver a vida dele, é que ele se organize. “Se organize! Encontre emprego! Saia da rua! Tenha um salário! Consiga construir a vida como a gente tem de imagem do que é a vida organizada e bem-sucedida! Não é? Tem a ver com essa coisa quase messiânica, que vai salvar o outro! Pegar o nosso padrão de vida e colocar como molde, inconscientemente, é claro! (Segundo encontro com a equipe do Consultório na Rua, 9 de setembro de 2019).

Nós trabalhamos o dia todo, vamos para casa no fim do dia, tomamos um banho, vestimos uma roupa limpa, jantamos, ficamos com nossa família e dormimos em uma cama confortável. Esse é nosso padrão. As pessoas em situação de rua vivem completamente diferente disso e, talvez, sem nem nos darmos conta, nós estejamos tomando nosso padrão como referência e achando que todas as pessoas em situação de rua também têm que ter mais ou menos isso. No entanto, o que é a vida é para elas? É difícil nos desapegarmos da nossa ideia de como deve ser a vida para aceitar que uma pessoa viva em situação de rua, e terminamos nos projetando neles. Não somente porque esse é o nosso normal, mas, também, porque está na Constituição que todos, como cidadãos, têm direito a uma moradia digna, segurança alimentar, saúde, renda.

Dessa forma, por mais que saibamos que devemos estar abertos à construção de outras possibilidades junto com a pessoa e não idealizar um caminho único, é um exercício complexo, pois atravessado também por outras forças, conforme coloca um trabalhador da equipe do Consultório na Rua:

Como é que ele, naquela situação, não aceita fazer um curativo?! A gente organiza tudo e é só! É “só!” Aparentemente, “é só!” Mas não é: “é só!!” Qual é o sentido, para ele, daquilo ali, que a gente está tentando... oferecer para ele?! Eu fico pensando, às vezes, que a expectativa da gestão é bem essa! De tirar (da rua)! Que essa equipe consiga...eu não sei se alguém pensa assim, se pensar, deve estar pensando em milagre, consiga tirar as pessoas da rua. Tem “n” abrigos e tal...mas, talvez a expectativa seja essa, e, talvez, até essa expectativa contamine a mim, contamina alguém, não sei! Mas, na realidade, essa não pode ser a expectativa da equipe! Como você falou, o Consultório é “na rua!” Nossa expectativa tem que ser essa, ali! Aqueles que são os casos mais graves que a gente consegue levar para um hospital ou para uma unidade mais apropriada, maravilha, é uma vitória! Mas ele vai voltar para ali! Mesmo porque os abrigamentos ainda não são capazes de mudar o rumo, por si só, pela estrutura de abrigamento, de mudar o rumo da vida de quem entra ali; mas, é isso, a expectativa que, talvez a gestão crie e talvez contamine a mim, principalmente, é essa! De, lá adiante, estar a redenção: tirou da rua! [...] (Segundo encontro com a equipe do Consultório na Rua, 9 de setembro de 2019).

Houve um encontro reunindo comerciantes, Delegacia do Turista (Deltur), Polícia Militar, Consultório na Rua, CAPSad Gregório de Matos, Distrito Sanitário dos Centro Histórico, Núcleo de Direitos Humanos da Defensoria do Estado da Bahia, Ministério Público, Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e outras organizações do território, com o objetivo de discutir a presença de um único homem que tem um transtorno mental e que vive na rua. Já havia sido feita outra reunião no CAPSad para discutir a mesma questão. Semana passada foi feito outro encontro, do qual participei pelo CAPSad. O objetivo dos comerciantes não era discutir sobre o cuidado desse homem, mas retirá-lo da rua via internação compulsória. Esse tipo de expectativa termina sendo colocado nas equipes que cuidam das pessoas em situação de rua, que precisam ficar atentas para não cair nas armadilhas e reproduzir demandas de outros atores, inclusive em uma perspectiva de “redenção” ou de “salvação”. Ou, mesmo, de limpeza, higienização ou gentrificação, não de produção de cuidado junto com a pessoa em questão. No encontro com a equipe do Consultório na Rua, essas questões apareceram fortemente:

Eu acho que, se tirar esse usuário da rua ele morre! E tem vários outros como ele no território! E se você tirar da rua, o que você oferece? Qual a estrutura que você tem para essas pessoas que não seja a volta dos depósitos de gente? Tem alguma estrutura que vai melhorar a vida dele, que vai dar alguma possibilidade de ele mudar de vida ou, apenas vai trancafiar ele em algum lugar, vai condenar ele a uma prisão perpétua, até a morte, sem ele ter cometido crime? É complicado isso! Ai, nós estamos sob esse risco de se esperar que o Consultório tire as pessoas da rua, pela via da saúde, mas que tire as pessoas da rua (Segundo encontro com a equipe do Consultório na Rua, 9 de setembro de 2019).

Muitas vezes, a equipe do Consultório na Rua, e as de outros serviços, constrói junto com o usuário um caminho em que ele resolve e consegue alugar um quartinho com o auxílio-moradia (benefício social concedido pela prefeitura de Salvador), sair da rua, reconectar-se com a família – um projeto da pessoa direcionado à construção do projeto singular de cuidado. O desafio é não assumir a ideia<sup>20</sup> de que essa é a única forma adequada de cuidar, modulando a construção das expectativas dos(as) trabalhadores(as) em relação ao seu trabalho. Uma idealização que não se conecta

---

<sup>20</sup> Vale a pena ressaltar que a ideia de que arranjar um emprego e um lugar para morar faz parte da forma mais adequada de se cuidar compõe o projeto de vida de muitas pessoas em situação de rua, não sendo uma expectativa apenas dos trabalhadores.

com as singularidades e media a forma de se relacionar e construir os caminhos do cuidado. Modula, também, a forma pela qual parte da equipe sente seu trabalho, produzindo insatisfação ou satisfação. Isso traz consequências para o trabalhador, um tema que refletirei no capítulo 10: “Mapa 5 – Quarto desdobramento: Cartografia do esgotamento: alguns aspectos da produção do sofrimento do trabalhador de saúde no cuidado com as pessoas em situação de rua”.

Estar em situação de rua é estar em situação de extrema vulnerabilidade, com exposição a violências diversas, com fragilização extrema ou cerceamento de direitos básicos de cidadania (moradia, segurança alimentar, educação básica, saúde, assistência social). Uma situação que é produtora de muito sofrimento para muitas pessoas e que tem se intensificado à medida que as políticas sociais são fragilizadas, que o Estado é reduzido e não garante seguridade social, que o desemprego aumenta.

No decorrer dessa breve caminhada no cuidado com as pessoas em situação de rua, conheci algumas delas que usam drogas para poder suportar o sofrimento, a dor, a miséria, a humilhação e o desamparo. Conheci, também, pessoas que estão na rua e que não usam droga alguma, ou que fazem um uso “equilibrado” da sua droga e foram para a rua por diversos outros motivos, não por conta desse uso. Ou continuam na rua porque voltar para as suas vidas ou contextos anteriores poderia significar sua morte ou a exposição a violências muito piores para elas, e não por conta do uso da droga. Assim como conheci pessoas para as quais estar na rua é mais interessante, seguro e produtor de vida do que estar com suas famílias nos contextos, territórios e moradias nas quais viviam antes ou poderiam viver se assim escolhessem. Ou preferem a rua, simplesmente, porque acham que é a forma mais interessante de se viver. É o exemplo de um dos usuários do CAPSad que preferia continuar em situação de rua e catando latas para reciclar do que ser barraqueiro no Porto da Barra, ganhar cerca de 600 reais por mês e ter onde dormir e se abrigar. Esse usuário, certa vez, quando estava fazendo uso mais intensivo de álcool, falou: “[...] preciso ir para o Gey Espinheira (único CAPSad III de Salvador, que tem acolhimento noturno)! A rua não sai da minha cabeça!”

Esses encontros me ajudaram a produzir outros olhares para o “estar na rua”, deslocando-me de um extremo no qual estar na rua era sinônimo de morte (“rua-morte”) para um lugar no qual a rua também pode ser onde se produz mais vida (“rua-vida”). Nem sempre um lugar ou outro, mas um transitar no entre. Essa ideia-força

apareceu de forma muito interessante no segundo encontro com a equipe do Consultório na Rua:

[...] Então, assim, eu acho que a gente acaba vendo, também um lado muito negativo da rua! Mas existe, também, um lado, sem querer romantizar, também, há o que há de pior, porque existe muita violência, você comer lixo, você tomar chuva, existe tudo isso, não estou querendo romantizar! Mas eu estou querendo dizer que também existe uma riqueza dentro de um espaço caótico! É um caos, mas existe ali uma riqueza! Nós dialogamos com “Seu Fulano” é um louco de rua, também, que fica ali no Comércio [...], e ele é acumulador...ele não é acumulador! Na verdade, ele faz uma seleção de materiais, [...] ele separa os materiais que agredem a natureza, só, que aí, ele forma um carrinho que é um carrinho temático! [...] Ele vai falando os motivos de ele ter feito aquele carrinho e cada peça que tem naquele carrinho, para ele, tem um sentido! Que, para a gente, é lixo, para as pessoas que olham, é lixo! Mas, para ele não, para ele, é um sentido de vida. Ele, inclusive, tem família, ele diz que tem família, ele tem uma história aí, um local para ir, que de vez em quando ele vai...para as pessoas que olham só veem o que é feio, porque vê ali um monte de coisas acumuladas, ele barbudo, sujo, fico imaginando, deve ter tanto piolho ali...mas é nosso olhar, um olhar de um lugar limpo, de um lugar estruturado, de onde a gente vê. Então, eu acho que é muita invasão, até quando a gente reflete sobre isso, porque eu também já fiz isso, quando a gente escreve, tem uma invasão, assim... a gente tenta entender algo a partir de um olhar que não aquele olhar da pessoa! Não vou conseguir reproduzir o que esse senhor traz! Eu não vou conseguir! Eu até tento, a partir do que eu imagino, mas foi tão rico o que ele falou, que eu disse: “meu Deus, eu jamais olharia para isso aqui e imaginaria assim!” Entendeu? Ele separa plástico [...]; é um artista e tem essa sensibilidade aguçada (Segundo encontro com equipe do Consultório na Rua, 9 de setembro de 2019).

A reflexão sobre como enxergamos de forma bastante restrita a produção das vidas na rua, colocando-as apenas à falta e ao ruim, e sobre a possibilidade de visibilizarmos as inúmeras dimensões que as compõem também aparece de forma muito interessante neste outro trecho do segundo encontro com a equipe do Consultório na Rua:

Olha, não dá para romantizar (o estar na rua), [...] mas, a gente tem, também, que visibilizar outras produções do que é estar na rua, que, geralmente, hegemonicamente, a gente não visibiliza! A gente vibra sempre naquela frequência da falta, da negação, do que é ruim, do que é sujo, do largado, do que não acessa direitos, dos rompimentos dos vínculos familiares, da fragilidade da empregabilidade, que tem isso! Tem, com certeza! [...] Mas não se vê outras facetas desse caleidoscópio, que é muito heterogêneo! Que é, também, esse senhor que é anarquista e que não vai para o abrigo por questões políticas e ideológicas, tem outro que se construiu na rua e, por mais ofertas que você faça ele não consegue viver em outro lugar! [...] A gente não deve romantizar, mas deve apontar outras perspectivas de entender a rua, porque são perspectivas que botam a gente para vibrar de outra forma em relação ao que é estar no mundo, o que é viver, o que é construir a vida, não é? (Segundo encontro com a equipe do Consultório na Rua, 9 de setembro de 2019).

Esse registro remete à construção foucaultiana sobre a produção do normal e anormal (Foucault, 2001), na qual o anormal deve ser colocado no seu devido lugar. É uma ode à normalidade, uma ode à coisa homogênea, ao padrão, ao igual, que bane o que é diferente, bane a diferença. Trabalhar sobre quem é considerado anormal, com as ferramentas que temos, para que ele se transforme em alguém considerado normal, é uma possibilidade que nos assombra, simplesmente porque está posta como uma construção muito forte em nossa sociedade.

Quando comecei a me relacionar com as pessoas em situação de rua, quantas vezes fiquei perplexo ao perceber que, mesmo tendo um lugar para morar, possuindo pessoas da família com as quais mantinha contato e tinha boa relação, algumas pessoas “preferiam” permanecer na rua, produzindo suas existências insurgentes. Fiquei, assim como colegas de equipe do CAPSad, e a equipe do Consultório na Rua, indignado ao perceber que uma pessoa em situação de rua teve a possibilidade de sair das ruas, “organizar a vida”, ter uma renda, mas preferiu continuar como estava. Quantas vezes escutei a frase “Como pode a pessoa (em situação de rua) estar doente, debilitada e não aceitar o cuidado da equipe, ou não aceitar ser internada no hospital?!!”

Em um dos encontros com a equipe do Consultório na Rua, esse estranhamento veio à tona de várias formas. O trecho a seguir foi uma das mais emblemáticas:

Às vezes, eu fico me perguntando: por que a pessoa não quer ser cuidada? Porque eu fico pensando: se fosse eu, eu ia querer ser cuidada!! [...] Mas ela deve ter as razões dela...o que leva uma pessoa a saber que precisa ser cuidada, que se não se cuidar ela pode vir a falecer, o que é que leva essa pessoa a fazer uma escolha de não ser cuidada? É bem complicado! E, às vezes, eu fico bem angustiada e me sentindo super impotente; [...] às vezes dá vontade de chacoalhar! E, às vezes, dá vontade mesmo! “Acorda, pelo amor de Deus! Você vai morrer se não for tratada!” (Primeiro encontro com a equipe do Consultório na Rua, 4 de agosto de 2019).

Dessa forma, algumas pessoas em situação de rua tornam-se “duplamente anormais”, duplamente desviantes, duplamente improdutivas, duplamente desprovidas de humanidade: preferem viver na rua e fazem uso de drogas. Se, a isso, juntarmos o fato de que a maioria absoluta delas são pretas ou “não brancas”, podemos acrescentar outras camadas à construção desses “não humanos”, que são próprias também do racismo estrutural (Almeida, 2019).



Durante a pandemia do Covid-19 (*Corona Virus Disease*), essa situação se agrava. Para além da insuficiência de políticas de cuidado e proteção a essa população, ainda se exacerba o lugar dado a essas pessoas pela necropolítica, como ressaltam Alves e Pereira (2020, p. 323), analisando o tratamento dado pela mídia:

A mensagem que se procura transmitir com a matéria jornalística do Cidade Alerta Record (2020) é muito clara, tanto que, logo em seu início, aos 24 segundos de exibição, após observar que a Cracolândia estava “lotada no meio da pandemia do coronavírus”, o apresentador faz o que parece ser um gravíssimo alerta: “São pessoas que podem levar o vírus para tudo quanto é lado.” É como se o caráter gregário do consumo do crack no centro de São Paulo pudesse fundir as duas epidemias: do crack e da Covid-19. Alguns segundos depois, após caracterizar as pessoas e lançar o aviso de perigo, o apresentador cobra “se existe algum plano a ser feito com essa gente.

## Referências

Almeida SL. Racismo Estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

Alves YD, Pereira PP. Da guerra às drogas à guerra ao vírus: necropolítica e resistência na Cracolândia. Cadernos de Campo [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 7];29(supl):319-28. Available from: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/170456>

Bandnews. Figura 1 [Internet]. Crack é Cadeia ou Caixão: sem consumo o tráfico para [cited 2021 Sept 10]. Available from: <https://www.bnews.com.br/noticias/principal/politica/1768,crack-cadeia-ou-caixao.html>

Brasil. A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília; 2003.

Brasil. Decreto nº 7.179. de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília; 2010.

Brasil. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. 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.

Carpanedo NA. Do conceito de saúde e doença à subjetividade no uso de drogas. In: Siqueira DJ, organizador. Mal(dito) Cidadão numa Sociedade com Drogas. São Paulo: King; 2006.

Foucault M. A Casa dos Loucos. In: Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal; 2006. p. 113-28.

Foucault M. Os Anormais. Curso no Collège de France (1974-1975). Brandão E, tradutor. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2007. (Políticas do desejo).

Lancetti A. Contrafissura e plasticidade psíquica. São Paulo: Hucitec; 2015. (Políticas do desejo).

Merhy EE. Drogados e loucos, o que fazer com isso? Uma conversa sobre “redução de danos” e produção de mais existências [Internet] [cited 2021 Mar 23]. Available from: <https://docplayer.com.br/19150225-Drogados-e-loucos-o-que-fazer-com-isso-uma-conversa-sobre-reducao-de-danos-e-producao-de-mais-existencias-1-emerson-elias-merhy.html>

Merhy EE. Merhy EE. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia. Grupo de Trabalho de Álcool e outras Drogas. Drogas e cidadania: em debate. Brasília, DF: CFP; 2012. p. 9-18.

Petuco DR. Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado. In: Rammingier T, Silva M, organizadores. Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 133-48.

Rodrigues T. Tráfico, guerra, proibição. In: L’Abate BC, Goulart SL, Fiore M, Macrae E, Carneiro H, organizadores. Drogas e cultura. Novas perspectivas. Salvador: Edufba; 2008. p. 91-104.

Rolnik R, Calil TG. Território e Proibição: guerra às drogas ou guerra aos pretos e pobres. Carta Capital [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 1]. Available from: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/territorio-e-proibicao-guerra-as-drogas-ou-guerra-aos-pretos-e-pobres/>.

Serrano O. O fracasso da guerra às drogas. Carta Capital. 2021 Jun 6.

Siqueira DJ. O contexto e o Conceito. In: Siqueira DJ, organizador. Mal(Dito) Cidadão numa Sociedade Com Drogas. São Caetano do Sul: Limitada; 2006. p. 13-27.

Souza TP. A Norma da Abstinência e o Dispositivo “Drogas”: Direitos Universais em Territórios Marginais de Produção de Saúde (Perspectivas da Redução de Danos) [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2013.

World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2018.

## **CAPÍTULO 8 – MAPA 3 – SEGUNDO DESDOBRAMENTO: CARTOGRAFIA DO CAPSAD NO CUIDADO COM AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: UM LUGAR DOS QUE NÃO TÊM LUGAR**

*“No perspectivismo de que onde há o formal há o informal, onde há aparelho há praça, onde há gestores há multidão de governantes, onde há trabalho morto há trabalho vivo, pode-se apostar na construção de uma caixa de ferramentas conceituais que dê visibilidade e dizibilidade a novos elementos constitutivos das organizações. Cabendo, então, a pergunta: há uma organização?”*

(Merhy, 2013, p. 579).

### **8.1 As demandas vorazes: de um lugar dos que não têm lugar**

[...] são pessoas que não vão vir no horário marcado da consulta, não vão vir no horário marcado do grupo que tem lá no PTS dela, que estão vindo todos os dias porque não têm outro lugar nesse território tão violento que elas conseguem acessar! Como a gente consegue construir outros lugares para essa pessoa, sendo que isso não depende só da gente?! E, aí, a gente entra naquela discussão de como as pessoas também estão sendo institucionalizadas, porque se elas vêm de segunda a sexta, passam o dia todo no CAPS, isso é institucionalização também. E, aí, o problema é só dos trabalhadores?! Não! O problema é dessa rede que não tem outros espaços para essas pessoas! É dessa cidade que não tem espaço para essas pessoas! Há existências que não são possíveis, não é? Existe uma luta contra determinadas populações! Então, a pessoa não pode dormir no Pelourinho de dia! Se ela passa a noite toda acordada, onde é que ela vai dormir? Se não for no CAPS, qual o outro lugar que é possível?! E, aí, pensando que essa é uma especificidade do nosso CAPS, mesmo...e, aí, a gente tem uma potência nossa de ser um lugar possível para essas pessoas, mas tem, também, os desafios que vêm com isso! É o único lugar? Como a gente constrói essa desinstitucionalização com essa realidade? (Segundo encontro com equipe do CAPSad, 27 de agosto de 2019).

Já ouvi algumas vezes usuários, colegas de equipe e pessoas que conheciam o serviço mas não trabalham nele dizendo que o CAPSad Gregório de Matos era uma “panela de pressão prestes a explodir”, que era a “crônica de uma tragédia anunciada” que, a qualquer momento, aconteceria uma tragédia dentro do serviço. De fato, apesar de não ter ocorrido uma morte dentro do serviço, a “panela de pressão” explodiu algumas vezes: usuário baleado dentro das dependências da FMB; usuário entrando correndo no serviço com policiais no seu encalço; trabalhadores sendo ameaçados por usuário com material em suas mãos que estava usando como arma, acudados em

salas com receio de serem agredidos – essas foram algumas das situações que ocorreram no serviço.

Havia usuários frequentando diariamente, intensamente e quase exclusivamente o serviço por anos a fio e essa “hiperfrequência” tem alguma relação com a produção da referida “panela de pressão”. De fato, a equipe já vinha constatando havia algum tempo que alguns usuários frequentavam há anos o CAPSad e não pareciam apresentar nenhuma mudança na forma como o acessavam; eles pareciam cada vez mais dependentes do serviço e com menores graus de autonomia. Inclusive, essa constatação era feita por nós com algum grau de frustração e sensação de impotência: para que servimos, então, se não conseguimos mudar em nada a situação dessas pessoas? Essa é uma pergunta com a qual pretendo dialogar no capítulo 10: “Mapa 5 – Quarto desdobramento: Cartografia do esgotamento: alguns aspectos da produção do sofrimento do trabalhador de saúde no cuidado com as pessoas em situação de rua”.

Mas como se dá a produção dessa dependência das pessoas nesse serviço? O trecho que abre este capítulo, extraído dos registros do segundo encontro com a equipe do CAPSad, chama essa relação de algumas pessoas com o CAPSad de “institucionalização” e aponta alguns elementos que podem ajudar a entender esse processo. Coloca que tanto as redes formais de serviços públicos existentes (saúde, assistência, justiça, etc.) quanto a cidade não são feitas para essas pessoas e não as querem – em um momento no qual se agravam as desigualdades sociais, o desemprego, a precariedade nas relações de trabalho, a insegurança social.

No caso de Salvador, temos vazios assistenciais em relação à atenção básica e, onde ela existe, percebemos a produção de barreiras de acesso, principalmente para as pessoas em situação de rua, para as quais essas barreiras são quase intransponíveis (Sá Dultra, 2018). A própria “Rede AD” da quarta cidade mais populosa do País (fica atrás apenas de São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte) possui apenas três CAPSad: Gregório de Matos, Pernambués e Gey Espinheira (o único CAPSad III do município). Neste último, não à toa, sempre que era necessário o acolhimento noturno de algum usuário do CAPSad Gregório nesse serviço, o diálogo

era extremamente difícil, sempre feito a partir de uma série de condições para a garantia do acesso, levando a uma relação tensa com o restante da rede<sup>21</sup>.

A intensificação dos ventos neoliberais, necropolíticos e violentos que sopram no Brasil e em Salvador, e que foram atravessando e se plasmando com o território do Centro Histórico, foram sentidos pela equipe do CAPSad. Percebemos o aumento da violência policial no território e isso começou a aparecer cotidianamente, através de usuários espancados por policiais e que chegavam ao serviço com o corpo e com a alma machucados. Vimos serviços direcionados às pessoas em situação de rua e/ou que faz uso intensivo de drogas fecharem as portas, funcionarem de forma precária, instável e sem garantia de continuidade, ou serem mantidos às custas de muita luta pelos trabalhadores e trabalhadoras.

O próprio CAPSad passa por insuficiências materiais, instabilidades e incertezas em relação à continuidade de sua existência sempre que o convênio entre a UFBA e a Sesab precisa ser renovado. Inicialmente, foi criado com o intuito de atender a população do Centro Histórico de Salvador, mas por ser um serviço financiado pela secretaria estadual de saúde e pela escassez de “serviços AD” na capital e em todo o estado, pessoas de outros distritos sanitários de Salvador e de outros municípios começaram a acessar o CAPSad. Suas funções de formação e matriciamento foram ficando sufocadas, enquanto sua função assistencial aumentava progressivamente. Em certo momento, foi necessário circunscrever qual população seria atendida pelo serviço, e foi pactuado que o território de Salvador seria dividido em três, um terço para cada CAPSad: Gregório de Matos, Pernambués e Gey Espinheira.

Com o passar dos anos, não houve reajuste no valor do convênio com a Sesab e os custos de funcionamento do serviço foram aumentando à medida que aumentava o número de pessoas que acolhia e acompanhava; em vez de um aumento no repasse financeiro, em 2016, houve uma diminuição desse repasse. Assim, para o serviço continuar existindo, foi necessário reduzi-lo a quase metade do que era inicialmente, ficando com um número de trabalhadores/as bem aquém do necessário para acolher e acompanhar as pessoas oriundas de um terço do território de Salvador. Havia dois

---

<sup>21</sup> Suportar a pressão de ser o único CAPSad III de um município do porte de Salvador e com a desigualdade abissal que existe deve ser produtor de muito sofrimento para o conjunto dos trabalhadores e trabalhadoras que constroem o serviço cotidianamente.

psiquiatras e um médico clínico, hoje há apenas um psiquiatra atuando; havia cinco psicólogos, diminuiu para dois; havia duas assistentes sociais, passou a ter uma.

Esse registro de uma discussão ocorrida em um dos encontros com a equipe do CAPSad retrata bem o histórico de precarização e sobrecarga desse serviço, o que, na verdade, é apenas uma das expressões da precarização e da situação gravíssima na qual se encontra a rede de atenção psicossocial de Salvador (e da Bahia):

Nós não estamos fechando! Nós continuamos acolhendo! Qualquer outro lugar que você vai ver que está sem acolhimento, está sem encaminhar para os profissionais internamente, está colocando polícia dentro do serviço, está colocando barreiras burocráticas, físicas, institucionais para o acesso dessas pessoas, e nós continuamos! [...] tanto, que a gente tem que fazer um empréstimo social... os pacientes pedem: “ah! Vamos comigo na Receita Federal!” “Vamos comigo na Unidade de Saúde da Família!” Então, o cerco está tão fechado, que a gente tem que fazer um empréstimo do lugar que a gente ocupa na sociedade para que essas pessoas tenham acesso ao direito! É uma forma de como a gente estar, a partir da ética, mudando a prática, tentando mudar a prática [...]. Vem num declínio franco há quatro anos...[...] diminuí a equipe, aumenta a quantidade de assistidos, tem a questão do alimento que é pouco, tem várias questões estruturais que vão gerando, também, tensionamentos (Quarto encontro com a equipe do CAPSad, 21 de novembro de 2019).

No início de 2020, com essa redução importante da equipe, foi necessário redimensionar a abrangência do CAPSad Gregório de Matos no município de Salvador, ficando ele responsável apenas pela população do Distrito Sanitário do Centro Histórico. Os Distritos Sanitários Barra-Rio Vermelho, Brotas e Itapuã, antes sob responsabilidade do Gregório, foram redistribuídos entre o CAPSad Pernambués e o CAPSad Gey Espinheira, o que também levou a uma sobrecarga importante para esses serviços.

Apesar disso, o CAPSad Gregório de Matos seguiu de portas abertas e acolhendo usuários. Mais recentemente, como determinado em 2018 no colegiado do curso de Medicina, o serviço foi transferido para outro prédio, também localizado no Centro Histórico.

Um dos serviços fechados nesse território foi o Ponto de Encontro (Centro de Convivência para Usuários de Álcool e outras drogas), uma parceria entre as Voluntárias Sociais da Bahia (VSBA), Secretarias Estaduais de Educação e da Saúde, Tribunal de Justiça do Estado e Universidade Federal da Bahia (UFBA), por meio do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) e que funcionou entre

2012 e 2013, no bairro do Santo Antônio (CHS). O Ponto de Encontro fechou por conta de uma relação tensa com o território, que culminou em um movimento dos moradores que não desejavam um serviço como aquele perto de suas casas e de suas vidas; possuía uma equipe com três psicólogos, dois assistentes sociais, dois cientistas sociais, dois enfermeiras, um educador físico, um pedagogo, um terapeuta ocupacional, um técnico de enfermagem, seis redutores de danos, além de apoio administrativo, higienização e segurança, e tinha a capacidade de atender em torno de cem pessoas por dia, de forma individual, em grupo ou através das estratégias de redução de danos nas ruas, nas cenas de uso (Ponto de Encontro, 2021).

Um outro serviço que foi fechado foram os Pontos de Cidadania, da Secretaria Estadual de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social, destinados às pessoas em situação de rua, que iniciaram em 2014 e fecharam em maio de 2017. Os Pontos de Cidadania funcionavam em dois *containers* nos quais as pessoas eram acolhidas e ouvidas por uma equipe com psicólogos, assistentes sociais e enfermeiras, tomavam banho e tinham suas necessidades sociais (saúde, jurídicas, entre outras) resolvidas ou respostas construídas a partir da articulação com outros serviços (Globo, 2021).

Dessa forma, as pessoas passaram a buscar o CAPSad cotidianamente e, de alguma forma, foram sendo institucionalizadas nele, não porque, necessariamente, esse é um serviço de saúde da rede de atenção psicossocial e que tem como atribuição acolher as necessidades de saúde de forma ampla, em uma perspectiva integral da construção do que é saúde e do que pode ser o papel de um serviço de saúde, mas porque as pessoas nunca tiveram como nem onde vocalizar essas necessidades adequadamente, de forma que se tornassem visíveis e a partir de onde se produziriam respostas sociais responsáveis através de políticas públicas garantidas pelo Estado.

Os poucos serviços onde isso poderia ser feito no Centro Histórico, como colocado, tinham sido fechados. O CAPSad Gregório era um dos poucos nesse território que continuava funcionando e acolhendo, de alguma forma, as pessoas que o acessavam. O seguinte trecho do registro de um dos encontros com a equipe do CAPSad discute bem essa percepção:

[...] a gente está aí, dialogando com o mundo cruel do jeito que ele está, do ponto de vista de políticas públicas, de, enfim...então criar, produzir rede como a gente, inicialmente, fazia mais, dentro do contexto hoje que a gente

está vivendo, é muito mais complexo do que foi quando o CAPS foi inaugurado! Porque é articular rede, com serviços com menos recursos, com equipe pequena, com precariedade, com a política pública do ponto de vista federal secando, diminuindo, restringindo, então a gente tem que olhar para o CAPS, qualquer serviço, hoje, que se propõe a uma perspectiva ética e política de cuidado mais alinhada aos princípios do SUS da Reforma Psiquiátrica, eu acho que está precisando olhar...isso tem uma pegada muito cruel! Mas tendo que olhar para si próprio e dizer: “e nós, aqui, nesse contexto, como é que a gente se reposiciona do ponto de vista estratégico, pensando para que lado apontar, e os esforços, as energias e os recursos, do ponto de vista de ser mais efetivo, ou ser mais estratégico dentro de certa perspectiva de cuidado [...] (Terceiro encontro com a equipe do CAPSad, 1 de outubro de 2019).

A gente precisa no território de um dispositivo que acolha essa população! Aí, veio o CAPS! O CAPS veio e a gente também chegou a um resultado, a gente precisa de outros dispositivos, para dar conta de outras demandas que não são do CAPS, e a gente não consegue avançar! E, nesse contexto, ainda, que a gente vive hoje, os dispositivos existentes estão se acabando! Ou seja, a gente, além de não avançar, a gente está regredindo! O que é pior, é mais danoso! (Terceiro encontro com a equipe do CAPSad, 1 de outubro de 2019).

[...] realmente, a gente não vai dar conta de tudo, entendeu? A gente não vai ter como cobrir as coisas, todos os furos que essas pessoas trazem...**são demandas bem vorazes**, de diversas ordens! É uma equipe que se encontra diminuta em relação ao que ela já foi em outra ocasião. Então, temos muitas impossibilidades, e acredito que a gente pode realizar melhor as nossas potencialidades, na medida em que a gente assumir as nossas impossibilidades! (Segundo encontro com a equipe do CAPSad, 27 de agosto de 2019).

Isso pode ter contribuído para que as pessoas criassem quase que uma dependência dessa relação e passassem a construir suas vidas de forma visceralmente ligadas ao CAPSad; o que, somado à escassez de políticas e serviços públicos, da saúde ou não, no município de Salvador, e ao importante papel de cuidado, de vínculo e de referência que o CAPSad foi desenvolvendo em relação a essa população no decorrer dos anos, pode ter construído esse serviço como o local privilegiado de vocalização de todas essas “demandas vorazes”<sup>22</sup> e dos sofrimentos ético-políticos que os atravessam de forma tão intensa.

O trecho a seguir, extraído do terceiro encontro com a equipe do CAPSad, aponta para esses elementos:

---

<sup>22</sup> “Vorazes” porque são demandas que as pessoas engolem com sofreguidão, são difíceis de saciar e, também, porque nos devoram e exigem de nós, trabalhadores de saúde, uma energia de que nem sempre dispomos.



Esse **“lugar dos que não têm lugar”**; e, aí, a gente trazendo todo esse cenário que surgiu, também, no consultório na rua [...]: essa sociedade que está construída aí, que está sendo construída, de iniquidades, de não acesso, de cerceamento de direitos, de intolerância, que tem aumentando a quantidade de pessoas em situação de rua, tem aumentado a gravidade das situações que levam as pessoas a estarem em situação de rua, têm aumentado as vulnerabilidades...E a gente, ao mesmo tempo, com redução de políticas, [...]; a gente tem mudanças, inclusive, da perspectiva do que é cuidar em saúde mental, do que é cuidar em “álcool e outras drogas”, nesse campo, e a gente com aumento do desemprego brutal em pouquíssimo tempo...estamos com 13 milhões de desempregados no Brasil! Fragilização dos vínculos trabalhistas...a gente tem uma série de questões aí...seguridade social em risco! Bom, só para falar de algumas coisas; e, a colega trouxe, enxugamento de serviços. Então, olha, um serviço que é porta aberta, como você falou, as pessoas vêm! É como um rio seguindo para o mar... se tem uma pedra aqui no meio do rio, o rio faz assim e vai encontrar outra forma de correr naquele leito, encontrar um caminho para chegar no mar! Então, as pessoas, se você fecha a porta ali ou acolá, elas vão para onde a porta está aberta! E, aqui, não necessariamente, é o serviço...e acho que é a reflexão que vários de nós trouxemos, e que bota a gente para refletir é: qual é mesmo o papel do CAPS, nesse sentido? E que a gente estava provocando agora há pouco...porque, assim, é uma necessidade de uma pessoa que está em situação de rua? É! Dormir! É necessidade ter alimento? É! É necessidade ter um local seguro para estar, diante de tanta violência? É! É necessidade ter um lugar de convivência, de se articular, de conseguir acesso a alguns direitos sociais que existem? É! É direito dele! É uma demanda dele! Mas, essa demanda tem que vir somente aqui pro CAPS? Aí, eu estou fazendo uma reflexão não somente do CAPS, mas, assim, de uma sociedade, da cidade (que você trouxe), da sociedade, entendeu? (Terceiro encontro com a equipe do CAPSad, 1 de outubro de 2019).

Esse contexto de ampliação das iniquidades aumentou a gravidade das situações das pessoas que vivem nas ruas, e tem aumentado o número de pessoas que estão em situação de rua. Isso, aliado a uma escassez de outros lugares, espaços e/ou serviços onde elas possam ser acolhidas, circular e construir outras relações possíveis, torna o CAPSad uma das únicas referências, e tudo é canalizado para esse serviço.

Um diálogo registrado em um dos encontros com a equipe do CAPSad demonstra bem essa escassez e complementa o cenário trazido no trecho anterior:

É necessidade ter um lugar de convivência, de se articular, de conseguir acesso a alguns direitos sociais que existem? É! É direito dele! É uma demanda dele! Mas, essa demanda tem que vir somente aqui pro CAPS? Aí, eu estou fazendo uma reflexão não somente do CAPS, mas, assim, de uma sociedade, da cidade (que você trouxe), da sociedade, entendeu? Na OSID (Obras Sociais Irmã Dulce), você não pode tomar banho, você não pode ficar lá...não é serviço de portas abertas, não é! Tem vários critérios, você tem que ter comprovante de residência para entrar...o “Corra” tem um ponto na rua que pode tomar banho, mas, por enquanto, só tem lá nos Mares (bairro da Cidade Baixa); o daqui foi fechado por causa do próprio município que está com um projeto de higienização do espaço! Então, onde tinha um pouto nas Sete Portas, foi tirado; onde tinha um ponto na Praça das Mãos, foi tirado,

entende? O movimento População de Rua é um lugar que é possível, mas é um lugar, também, que tem limites! Então, muitas vezes, tem limite tanto de acesso para alguns usuários por conta do território, por conta das relações, como um dos coordenadores do Movimento muitas vezes fala: “eu não posso deixar o serviço aberto sem ter alguém que fique supervisionando, então, às vezes, a gente precisa fechar. É uma limitação física... Eles lidam melhor com as limitações deles, por que a gente... Então, a sede do Corra não tem banho! As pessoas não entram a hora que querem! É isso! A gente precisa pensar, também, qual é a função de cada serviço...a sede do Corra não tem essa função de serviço de portas abertas, responsável por um território, eles fazem atuação num território, mas eles não são responsáveis por uma cobertura; e, aí, eu acho que a gente precisa pensar, por exemplo, dentro do município de Salvador, nós só temos dois CAPSad municipais! A gente acabou assumindo uma demanda que não era nossa! Que é de cobrir um terço do município de Salvador! A gente tem a prioridade nossa, deveria ser formação. Pensar a assistência, mas dentro de um CAPS docente-assistencial! E, aí, a gente acabou assumindo uma assistência equivalente, e olhe lá, porque a gente está em um território que tem uma demanda muito grande, mas a gente acabou dividindo uma assistência do município de Salvador que é muito precária! Era para ter, se a gente pensa a função do CAPS de ser territorial, de pesar a atuação no território, para fora dos muros, como é que a gente vai fazer isso cobrindo um terço de Salvador?! Não faz, entendeu? Porque o CAPS não era para ser pensado nesse formato para ser um serviço que é para abranger uma grande... não! Era para ser um por distrito, talvez, dentro da população de Salvador.... acho que era para ser um por distrito! [...] Se a gente for analisar, a gente acaba, muitas vezes, assumindo uma demanda que seria da atenção básica, por exemplo...mas, quando a gente vê, a pessoas está ali, precisando de acompanhamento, vai esperar até terça da semana que vem?! (Terceiro encontro com a equipe do CAPSad, 1 de outubro de 2019).

Assim, o CAPSad Gregório de Matos vai-se constituindo na tensão da onipotência – “posso oferecer tudo que eles precisam” – e da impotência – “não consigo fazer o que preciso dentro dos muros do serviço”. Isso se dá por fatores que nos atravessam e nos produzem como trabalhadores, os quais terminam norteando, de certa forma, nossas apostas de cuidado, didaticamente aqui denominadas “fatores internos ao serviço”; e por fatores relacionados aos contextos social, político, econômico e estrutural (que também atravessam os trabalhadores), didaticamente chamados aqui de “fatores externos ao serviço”. Assim, há uma enormidade de fatores que produzem esse fenômeno, os quais não tenho a pretensão de esgotar.

Destacarei alguns aspectos que foram me atravessando no decorrer da cartografia e que percebo como importantes para entender um pouco mais essa problemática, inclusive por dizerem respeito aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas de maneira geral, não somente a esse CAPSad. Inclusive considerando a situação extremamente grave na qual se encontram a rede de atenção psicossocial de Salvador, os serviços destinados para as pessoas em situação de rua

e, especificamente, o CAPSad Gregório de Matos, e como essa situação atravessa os trabalhadores e a produção do cuidado.

## **8.2 A dobra onipotência-impotência do CAPSad: para além da institucionalização do cuidado**

[...] eu percebo que fica sempre nesse ponto de que a gente precisa dar conta de tudo e não consegue dar conta de nada...acho que tem uma tendência, que acho que Marcos Vinícius falava isso com muita frequência- tem uma tendência de nós, trabalhadores, irmos ou para o extremo da impotência, de você se ver diante de limitações e você paralisar diante disso, ou para o caminho da onipotência, que também é frustrante, porque se você acha que tem dar conta de tudo, você vai se frustrar por porque você não vai dar conta de tudo! E isso é um lugar de muito poder, também! Como é que eu vou dar conta de tudo da vida de outra pessoa? Então, isso causa muito sofrimento! E eu vejo quanto que a gente também está preso nesse sofrimento de quem, ou não consegue dar conta de nada, ou tenta dar conta de tudo. [...]. É um turbilhão, mesmo, mas que a gente precisa pensar o que a gente consegue priorizar para que a gente consiga caminhar, porque, se não, a gente paralisa! Por que eu percebo...às vezes eu fico muito atenta a mim mesma: “Não paralise!” Algum caminho é possível! Como é que a gente pode construir o caminho do possível? (Terceiro encontro com a equipe do CAPSad, 1 de outubro de 2019).

Os CAPS foram criados para serem serviços substitutivos ao manicômio e locais manicomiais, como comunidades terapêuticas, e que deveriam funcionar segundo a lógica do território, onde a vida é produzida e acontece, contribuindo com a produção de autonomia pelos usuários (Brasil, 2011). No entanto, não é isso que temos visto acontecer em um grande número de CAPS Brasil afora, inclusive nos CAPS álcool e outras drogas. Lancetti (2007, p. 46), já na primeira década dos anos dois mil, apontava que “um dos grandes obstáculos dos CAPS é a centralização em si mesmo e sua pouca abertura para o território”. Esse autor coloca, ainda, que

[...] o certo é que a maioria dos CAPS não funciona pensando na cidade, e em seus problemas mais candentes, e muito menos se preocupa com a diminuição das internações psiquiátricas, dos suicídios, dos homicídios ou de outras formas de violência (Lancetti, 2007, p. 47).

Esse ensimesmamento também ocorreu com o CAPSad Gregório de Matos. Desde o início de seu funcionamento, existia uma equipe de redutores de danos que atuava prioritariamente no território e desempenhava um papel de educação em saúde, de informação sobre redução de danos, de distribuição de insumos (preservativos, lubrificante) e de ponte ou elo das pessoas em situação de rua que ali

habitavam com o serviço; atividades que, apesar de serem importantíssimas, necessárias e preciosas, não correspondiam ou não abrangiam todas as dimensões do cuidado que eram convocadas no cotidiano do CAPSad. Este trecho dos Diários Cartográficos e, na sequência, um trecho extraído do terceiro encontro com a equipe do CAPSad ilustram um pouco esse trabalho dos redutores de danos:

Me chamou a atenção, em conversa com uma das pessoas da equipe de Redução de Danos, que, mesmo quando havia uma ida mais regular ao território realizada pelos redutores de danos, eles não encontravam tanto os usuários que já estavam sendo acompanhados pela equipe, aqueles mais complicados, que estão em situação de rua, pois estes ficam mais dentro do serviço. As idas ao território eram feitas mais no intuito de buscar usuários que deixaram de frequentar o serviço por algum motivo, ou para captar pessoas que ainda não eram usuárias, mas que se julgava que se beneficiariam do CAPS (Diários Cartográficos, 7 de fevereiro de 2019).

Seria uma abordagem de uma maneira muito superficial, aquela coisa, assim, instantânea; e, hoje, aqui, é diferente! A gente convive muito próximo com eles, a gente está separando confusões, a gente está dando uma maior atenção, a gente está muito próximo...e lá, não! Lá no campo, a gente simplesmente, passava informações, a gente trabalhava diretamente com eles, mas, porém, em dias marcados...era algo, assim, que eles já nos aguardavam em determinados dias [...] (Terceiro encontro com equipe do CAPSad, 1 de outubro de 2019).

Em 2018, devido à alta demanda de usuários dentro do serviço e pelo número reduzido de trabalhadores, a equipe de redutores de danos passou a desenvolver suas atividades nas dependências do CAPSad, dividindo-se entre atividades coletivas, convivência, acompanhamento de usuários em atividades fora do serviço, conforme apontam os seguintes registros dos meus Diários Cartográficos:

Ouvi de três membros da equipe que o trabalho no campo está praticamente inexistente há algum tempo e que todos os redutores de danos estão com atividades dentro do serviço; as que ocorrem fora são atividades coletivas, como o Giro Cultural e o “baba”. Não estão ocorrendo visitas regulares ao território como uma estratégia de cuidado dos usuários do serviço (Diários Cartográficos, 7 de fevereiro de 2019).

Em conversa com uma pessoa da equipe, ele trouxe uma crítica sobre a mudança no processo de trabalho da equipe de redução de danos, que deixou de existir como antes: não tem mais coordenação própria, não faz mais atividade no campo, fica dentro do serviço. Disse que os redutores falam de outro lugar, pois têm outra linguagem, têm outra entrada nas cenas de uso, pois foram usuários intensos de drogas! O trabalho deles tem uma riqueza enorme que se perdeu com essa mudança, pois têm usuários que morrem lá fora e não vem para o serviço se não há o elo com o redutor; essa figura do redutor de danos é uma característica do projeto inicial que era muito potente e se perdeu porque a coordenação se baseou numa portaria que não exige que haja essa equipe! Fez essa interpretação que terminou

descaracterizando o projeto que tinha essa equipe de redução de danos como diferencial (Diários Cartográficos, 11 de fevereiro de 2019).

O fato era que a equipe do CAPSad desenvolvia suas ofertas de cuidado prioritariamente dentro serviço, e a saída da rua dos únicos que com ela se conectavam agravou esse arranjo. Inclusive, as atividades externas eram construídas ou propostas para os usuários que já o frequentavam. Quando fiz parte da equipe, não tinha dimensão do quanto fomos nos tornando desconectados do território onde nos localizávamos, do território habitado pelos usuários que mais nos mobilizavam. Os “sindicatos” dos alcoolistas crônicos se desfaziam cotidianamente e seus membros iam para o serviço, juntos ou não, e nós não íamos até eles no território, encontrá-los onde costumavam se reunir para beber.

Refletindo sobre a “clínica da reforma psiquiátrica”, Delgado (2007) coloca que essa é uma clínica do sujeito e, portanto, histórica, contingente e não essencial, pois é uma construção que se relaciona com a produção social de certo contexto e momento histórico, nos quais os humanos, com todas as suas vicissitudes, estão também em produção. Então,

Se é uma clínica que é histórica, contingente, construída em relação concreta, com sujeitos concretos, em ambientes e situações concretas, quando falamos de CAPS, residência terapêutica, salas de juizado de Crianças e Adolescentes, estamos falando das situações concretas onde se dá essa clínica: a rua, a cidade, o “território”, como chamamos. Portanto, ela só pode existir nessas situações concretas, que são sempre diferentes. Não existe um território que seja igual ao outro, como não existe um território em si, um território como essência. O território também é uma construção dessa clínica. Sendo assim, é tudo imperfeito e tudo contingente e temos que nos defrontar, não sem angústia, com isso. Acho interessante esta fórmula “lugar de produção do cuidado”. Simples assim, imperfeito assim; o que fazemos é transformar o território em lugares de produção do cuidado (Delgado, 2007, p. 60-61).

O “recorte AD” do serviço parece exercer um papel nesse seu ensimesmamento; em meio a tantas incertezas, tanta complexidade, tantas “impossibilidades”, tantas violências envolvidas nas vidas dessas pessoas e no fato de elas estarem em situação de rua, o uso de álcool e outras drogas funciona como algo que as une, que as identifica ou as define: “somos usuários de drogas!” Ou, “somos viciados!” Essa “característica” em comum, muitas vezes, termina transformando-se em uma perspectiva identitária. Em uma realidade de tanto apagamento e invisibilidade que permeia muitos corpos em situação de rua, ter um

lugar no qual ele é reconhecido por algo termina funcionando como um passaporte: “aquele é o lugar para nós, usuários de droga, estarmos!” E, como praticamente não há outros lugares para ir, o CAPSad termina sendo esgotado por tantas expectativas.

No entanto, afirmar que esse elo se perdeu e que as pessoas morreriam lá fora sem conseguir chegar até o serviço chama a atenção para um cenário no qual o trabalho no território seria uma atribuição apenas dos/as redutores de danos e não da equipe como um todo. Assim, parece-me que o “lugar da produção do cuidado” prioritário para nós, equipe do CAPSad, terminou se tornando o próprio serviço e não a rua ou o território. Não porque não acreditávamos nessa aposta, mas porque um conjunto de fatores nos levava a desenvolver nossas relações de cuidado prioritariamente dentro do serviço. Era como se existisse uma força gravitacional que nos puxava para esses “outros territórios” de atuação do profissional, o serviço. Um território onde, dentro de tantas variáveis, para onde tantas demandas vorazes terminavam sendo canalizadas, do imponderável e do incontrolável, nos sentíamos impelidos a habitar e onde tentávamos construir ofertas de cuidado possíveis de acordo com os limites que estavam postos e que nós mesmos também construíamos.

Territórios nos quais o controle, as regras, as normas se presentificam de forma importante, pelo simples fato de serem dentro de um serviço de saúde, nosso “habitat natural” atravessado pelas forças das instituições (medicina, psiquiatria, universidade) e das organizações. Assim, no CAPSad, conformavam-se territórios que pertenciam a nós, trabalhadores de saúde, e não aos usuários. Os territórios destes são produzidos na rua. Para nós, trabalhadores de saúde, também é mais simples cuidarmos da dependência da droga em um lugar “mais controlado”, diferente das ruas e do território, atravessados por forças tão difíceis de entendermos e, muito menos, dominarmos.

No entanto, essa captura à qual todos nós, trabalhadores e usuários, estamos sujeitos não é suficiente para entender a dependência dos usuários ao serviço, seu ensimesmamento e seu esgotamento. Esse “movimento centrípeto” foi sendo construído como expressão de um contexto complexo, não sendo, em hipótese alguma, um ensimesmamento devedor apenas de construções realizadas pela equipe de trabalhadores, muito menos como uma opção deliberada. Foi um desdobramento da dobra serviço-território, na qual há questões referentes à forma como a equipe conseguiu produzir se lugar nesse território, nessa cidade, nesse período de tempo,

com esses atravessamentos que todos sofremos. Questões contingenciais e circunstanciais, questões éticas e políticas e, conseqüentemente, questões técnicas.

Essa força gravitacional que nos puxava “para dentro” não é produzida única e exclusivamente por nosso desejo de atuar dentro do serviço, ou porque, para nós, era mais confortável e seguro “exercer nossa clínica” no território onde aprendemos como exercê-la; ou porque, de alguma forma, achávamos que sabíamos o que estávamos fazendo. Também havia um “lugar”, ou uma oferta do serviço, que terminava funcionando como uma espécie de força que atraía os usuários para o serviço e que, de alguma forma, também convocava a equipe a se organizar para dar conta dela: a “convivência”.

[...] a gente tem discutido muito aqui, ultimamente, no CAPS, a questão da convivência, que seria um dos dispositivos que a gente aporta pra receber a pessoa, poder entender as demandas, poder agenciar essas demandas ou, de alguma maneira, estar lidando com elas, tentando trabalhar, tentando tratar essas demandas, dar algum tratamento. E a gente está percebendo, sentindo muitas dificuldades, na divisão das tarefas dessa convivência, [...] e no cumprimento da escala...porque, muitas vezes, têm três pessoas situadas na convivência, mas essas três pessoas, no próprio processo da convivência, pega uma demanda aqui, a segunda (pessoa) pega duas ou três demandas aqui, para trabalhar, para dar tratamento, para processar, pra exercer o papel que é conferido à gente, como, por exemplo, foi uma visita a defensoria marcar, uma ligação, que seja, para uma parentela, uma dispensa de algum insumo para higiene pessoal, para alimentação; alguma demanda, a gente, estando na convivência, termina assumindo e nos pusemos a dar encaminhamento, entendeu? E, aí, o que é que acontece? Muitas vezes a gente está em processo de resposta dessas demandas e, aí, várias outras coisas acontecem! Até porque, assim, é uma questão da nossa proposta, acho que está mal estruturada, as pessoas vêm e ficam aqui...por aqui está sendo o lugar do que não têm lugar! A gente, muitas vezes, não tem o que fazer com quem vem a esse lugar...e, aí, já sabe: a crise está montada! E vai vir! Sabe por que vai vir? Porque, quem não tem um lugar, ele vai querer a atenção que aquela pessoa que veio aqui para fazer determinado tratamento está tendo, entendeu? A atenção que nós estamos dando a uma pessoa, com certeza, vai faltar para fulano ou para cicrano [...]! Então, falta atenção, falta insumo, falta alimento...e, aí, cara, a crise está montada, entendeu? E, aí, leva a gente a questionar nosso próprio dispositivo...será que esse dispositivo “de portas abertas”, de ser o lugar de quem não tem lugar, está funcionando? (Terceiro encontro com a equipe do CAPSad, 1 de outubro de 2019).

Esse trecho do terceiro encontro com a equipe do CAPSad traz uma reflexão de fundo: essa dinâmica de o serviço ser “o lugar de quem não tem lugar” está funcionando? Do ponto de vista ético e político, os serviços de saúde, regidos pelos princípios do SUS da universalidade e equidade, devem produzir um acesso facilitado e acolher as pessoas que os procuram, principalmente pessoas que têm menos acesso à cidade, de maneira geral, e a serviços públicos mais especificamente, como

são as pessoas em situação de rua. Dessa forma, entendo que, sim, devemos considerar o CAPSad como “um dos lugares dos que não têm lugar”.

No entanto, a problemática central que está sendo colocada não é essa. Há, pelo menos, duas questões que dialogam entre si: a garantia dos direitos das pessoas em situação de rua não se dá exclusivamente pelo acesso a serviços do setor saúde, muito menos a partir de serviços precarizados e extremamente escassos; são necessárias políticas públicas integradas de assistência social, de moradia, geração de emprego e renda, segurança alimentar, educação, esporte, lazer, cultura e saúde. Outra questão é a forma como o CAPSad se produziu (e foi produzido), ao longo de sua história nesse território, para ser esse lugar. Chamou-me a atenção a seguinte fala: “A gente, muitas vezes, não tem o que fazer com quem vem a esse lugar... e, aí, já sabe: a crise está montada!”

Essa fala refere-se ao “lugar” da convivência, que seria, na verdade, mais um “não lugar” do que um lugar específico; estão na “convivência” todos/as os usuários/as que não participam, naquele momento, de nenhuma oferta programada, como consulta, oficina ou grupo. Inclusive, “ficar na convivência”, às vezes, compunha o PTS de alguns usuários/as. A convivência era, na verdade, um espaço de encontro, de sociabilização, interação e apoio mútuo entre usuários/as, e entre eles e a equipe, abrangendo o pátio da frente, a recepção e a área do fundo do serviço. Era na convivência que a maior parte das cenas de violência cotidiana ocorriam, mas, também, muitos encontros, afetos, música, uso de drogas, diálogo, jogos e movimentações.

Cada pessoa tinha uma expectativa em relação ao serviço e a frequentá-lo cotidianamente. Para muitos/as, em situação de rua ou não (algumas, mesmo tendo onde morar, encontravam-se em situação de muita pobreza), esse espaço de sociabilização e de encontro, principalmente com membros da equipe, era uma necessidade; assim, iam diariamente para o serviço, por considerá-lo um lugar de pertencimento, de aceitação, de segurança, de fala e de escuta. Outras pessoas tinham expectativas diferentes, reivindicavam o serviço como parte do seu território, como um lugar também de produção da sua vida cotidiana: lugar para descansar e dormir, para se alimentar, para fazer sua higiene pessoal; também lugar para se encontrar com outras pessoas, inclusive com a equipe; lugar de lazer e diversão; lugar para fazer uso seguro de suas drogas. Muitas expectativas para um “único” (na verdade, múltiplo) lugar.



De fato, nem todos os usuários queriam sair da rua, mas muitos queriam ter um lugar para descansar/dormir após uma noite fazendo uso de drogas e/ou acordados por estarem na rua, e não tinham esse lugar; muitos precisavam de um lugar para fazer a higiene pessoal e não tinham, além do CAPSad; muitos precisavam de um lugar para se alimentar, não porque os alimentos eram necessariamente escassos, mas para não terem que lutar mais um dia para terem acesso à alimentação e, além do CAPSad, não tinham esse lugar no território. Os/as usuários e usuárias, assim, reivindicam para si uma “dimensão praça” para o serviço e, especialmente, para a convivência, “na qual o espaço público é ocupado por vários diferentes instituindo seus usos sem o compromisso funcional de ter que realizar uma função única e específica, pois várias estão em produção” (Merhy, 2016, p. 2).

No entanto, como tenho apontado, alguns instituídos também produzem a realidade do serviço e terminam aumentando a tensão dessa dobra público-privado. O “ser lugar de uso seguro de drogas”, uma função que alguns usuários reivindicavam para o serviço, por exemplo, convivia de forma extremamente tensa com o “ser lugar de tratamento/cura” e o “não ser lugar de fazer uso de drogas”, duas funções reivindicadas pela equipe e por parte dos usuários, não sem bastante tensão envolvida. Essas funções pendiam para o fortalecimento da “dimensão aparelho” do serviço, na qual a sua função predominante seria a de “serviço de saúde-lugar de tratamento” (Merhy, 2016).

Não é equivocada nenhuma das funções reivindicadas, pois todas são legítimas e constitutivas da produção em ato dos devires de um serviço de saúde de acordo com as necessidades dos sujeitos que o habitam, com a forma como entendem ser a sua missão e com outros elementos do contexto que também atravessam essa construção. O fato de o CAPSad localizar-se dentro da FMB-UFBA, por exemplo, contribuiu com o fortalecimento da norma de proibição do uso de drogas no serviço: como, dentro de uma faculdade de medicina, se naturalizaria o uso de drogas? Não é algo fácil de imaginar. Por outro lado, ainda é muito forte o devir proibicionista e a forma como as instituições (saúde, medicina, psiquiatria) se atualizam em nós, contribuindo para o afloramento do devir manicomial que nos habita.

Assim, produzir um cuidado ensimesmado e centrado em pouquíssimos serviços (o CAPSad Gregório é um deles) aumenta em grande medida a possibilidade de cairmos nas armadilhas manicomiais, morais, disciplinares e controladoras que já fazem parte da nossa paisagem psicossocial ou subjetiva. Um perigo que não

desaparece, mas que é menor quando conseguimos produzir o cuidado, prioritariamente, no território vivo das pessoas, onde suas vidas acontecem, ou de forma muito mais articulada com ele. O fazer das equipes do Consultório na Rua, por exemplo, por ser produzido na rua, em sua maioria, tende a proporcionar mais condições para que não caiamos nessas armadilhas; de forma alguma, garante isso.

Há uma possibilidade maior de que sejam construídos vetores de saída dos nossos territórios existenciais, empurrando-nos para fora das nossas zonas de conforto, apontando que nossas propostas costumeiras de cuidado não servem para nada, fazendo-nos perceber que nosso repertório discursivo não nos ajuda e terminamos caindo no vazio: “você pode pegar essa medicação lá na farmácia da unidade de saúde; aqui está a prescrição”. Como propor isso para a pessoa se ela precisa cuidar de seus pertences na rua pois, caso ela saia dali, na volta, pode não encontrar mais nada no lugar? Como propor isso se percebemos, vendo a dinâmica de suas relações com o território, que tomar aquela medicação é a última de suas prioridades? Ou, mesmo, como propor isso se ela vai encontrar barreiras de acesso poderosas nas próprias Unidades de Saúde da Família, justamente os serviços que deveriam ser os mais acolhedores e conectados com as vidas que acontecem nos territórios?

Dessa forma, apesar de essas forças instituintes que mexem com os instituídos que nos constituem se exacerbarem quando saímos dos limites dos nossos territórios físicos, os serviços de saúde, as armadilhas manicomiais, moralizantes, proibicionistas e racistas continuam nos rondando quando estamos na rua. Elas não se confundem com os serviços de saúde, pois somos nós, trabalhadores e usuários, que as produzimos; elas somente são atualizadas com mais intensidade quando nossos corpos se encontram com os corpos das pessoas em situação de rua nas dependências desses serviços, pois, aí, os instituídos são mais poderosos. Se o serviço estiver dentro da faculdade de Medicina, a força dos instituídos tem ainda mais poder.

É de se esperar que as pessoas em situação de rua, por terem muitas barreiras de acesso à cidade e com a escassez ou inexistência de espaços/serviços públicos para que possam realizar sua higiene pessoal, se alimentar, descansar e fazer uso de sua droga (já que essa faz parte de sua vida, assim como qualquer outra atividade cotidiana), reivindiquem essas funções para o CAPSad, o qual termina se constituindo

como um dos poucos lugares que os acolhe, com o qual têm vínculos e que conseguem acessar. O lugar que consideram como seu.

Essa constatação está bem colocada nestes trechos dos Diários Cartográficos:

[...] a minha sensação do CAPS estar no lugar dos que não têm lugar! E o quanto que isso tem sido cada vez mais difícil diante do projeto político de extermínio, de ampliar mais ainda a desigualdade, a violência... e a gente fica na dificuldade de lidar com isso no dia a dia, tanto por que a gente, nesse cuidado, fica com mais limitações ainda! Então, a gente fica, muitas vezes, com mais demandas do que a gente tem possibilidades de resolução, de encaminhamento, de acompanhamento...então, se a gente amplia a quantidade de pessoas em situação de rua e não amplia, por exemplo, vagas em abrigos, isso vai aumentar a quantidade de pessoas que vão ficar em um nível de vulnerabilidade, que vão ter mais doenças, que o nosso trabalho vai aumentar nesse sentido, de ter mais pessoas para acompanhar, com maior nível de gravidade e a gente, o tempo todo, sendo pressionado, inclusive pelo poder público, né? O Ministério Público vem pra a gente fazer! Não vem para entender que tem algo que está para além do CAPS! O fato de a gente só ter três CAPSad, era preciso que a gente, quando visse que os CAPS estão com as portas fechadas, que isso seja pressionado para o poder público abrir novos CAPS (Segundo encontro equipe do CAPSad, 27 de agosto de 2019).

A rede, em si, ela se fecha para essa população, que tanto carece do serviço! E nós, CAPS, hoje, estamos abraçando coisas da qual nós não temos condições de dar um suporte, compreendeu? Desde quando a rede se opõe a esse papel de estar abraçando situações que deveria estar fazendo, e nós, CAPS, tão pequenos, digamos assim, uma gota d'água num oceano, diante dessa situação gigantesca que é o uso imenso da substância e dos outros problemas que eles trazem, e todo o CAPS, nós somos pouquíssimos para estar fazendo tudo aquilo que diversas instituições poderiam estar contribuindo com uma parte, entendeu, e sendo subdividido entre as instituições e a gente trabalhando diretamente com a saúde mental, compreendeu? Então, é mais ou menos isso! Nós nos sentimos até um pouco impotentes em determinados momentos, porque é uma imensidão de coisas! São muitas coisas! Tudo bem, eles carecem, eles nos procuram, por que? Porque onde eles vão, as portas estão fechadas, não é? A galera não aceita! "Ah, é usuário de drogas? Faz uso de substância? Não! Vai pro CAPS!" (Terceiro encontro com a equipe do CAPSad, 1 de outubro de 2019).

Essas funções demandadas pelos/as usuários/as (as demandas vorazes) se expressavam especialmente na convivência, fazendo com que fosse um caldeirão de acontecimentos, de incêndios para apagar; também, um território de disputa desses devires para o serviço, de ser um lugar para os que não têm lugar. Dessa forma, com poucos trabalhadores, uma população enorme e crescente de usuários, cada vez mais excluídos e violentados, e uma série de funções que já estão instituídas para um CAPSad, a equipe terminava sendo consumida em seu tempo e energia, entrando em combustão.

Lisboa (2013), ao refletir sobre o conceito da produção das linhas de cuidado na rede em saúde mental, e inspirada na imagem do bordado, propõe a ideia de uma “rede-trama”. Essa rede, ao ser acionada pelos profissionais de saúde a partir das necessidades de cada usuário, levaria na direção de certos serviços, fortalecendo “os nós” desse bordado e, portanto, construindo um cuidado como resultado dessas articulações. Coloca ainda que, “para tecer as redes-trama, produtoras de saúde mental, é preciso levar o projeto de desinstitucionalização de dentro para fora dos serviços substitutivos, adentrando o espaço mesmo onde nos deparamos com a vida real das pessoas: as ruas” (Lisboa, 2013, p. 248).

Trazendo a ideia não de “acionar” uma rede existente, mas de sermos “fazedores de redes” (Merhy et al., 2020), pego emprestada a imagem da rede-trama ofertada pela autora para pensar a produção do cuidado no CAPSad. Por conta da nossa dificuldade de nos conectarmos com outros serviços e com o território (por motivos próprios ao nosso serviço, como aponte, e por motivos do contexto dos outros serviços), terminávamos ficando mais dentro do CAPSad. Com isso, tínhamos dificuldades de tecer as redes de cuidado na rua. Retomo uma parte do trecho dos Diários Cartográficos que abriu este tópico para reforçar exatamente essa ideia que estou colocando:

A gente precisa de uma rede! [...] a gente precisa construir em rede para que as potencialidades sejam possíveis, de cada serviço, dessa articulação, de como a gente consegue construir com o usuário, pensando esses diversos espaços. Isso que eu trouxe, da institucionalização, também fala sobre como a gente está dentro dos muros, né? Também fala o quanto a gente está tentando dar conta de situações, que eu acho que foi o colega que trouxe, que deveriam ser de outros serviços, que a gente deveria estar acionando o CRAS para estar acompanhando junto [...] (Terceiro encontro com a equipe do CAPSad, 1 de outubro de 2019).

Assim, a “institucionalização”, como a própria equipe nomeou a hiperfrequência (ou dependência) de usuários ao CAPSad, é uma produção que se expressa na relação entre trabalhadores e usuários, e também atravessada por elementos que estão para além dessa relação. Dialogando com o que foi colocado por uma pessoa da equipe a partir de uma fala de Marcus Vinícius (Matraga), nesse cenário de escassez e precariedade das redes de serviços para as pessoas em situação de rua no Centro Histórico de Salvador e em toda a cidade, o CAPSad foi se construindo no lugar da onipotência. Um lugar perigoso que limita extremamente a equipe e leva os trabalhadores à exaustão e à sensação de impotência; uma equipe

reduzida, com um número crescente de pessoas em situação de rua acessando-o com suas demandas vorazes, que termina com muita dificuldade em se conectar com outros serviços, de sair das dependências do serviço para produzir o cuidado no território, de se conectar com o sofrimento das pessoas que o acessam. Essa dobra onipotência-impotência também produz sofrimento nos trabalhadores, como discutirei no capítulo 10: “Mapa 5 – Quarto desdobramento: Cartografia do esgotamento: alguns aspectos da produção do sofrimento do trabalhador de saúde no cuidado com as pessoas em situação de rua”.

Dessa forma, os devires-manicomiais e as violências institucionais terminavam encontrando mais condições de aflorar nas práticas de cuidado; assim como a institucionalização no serviço terminava sendo um desfecho provável para alguns usuários em situação de rua ou em estado de vulnerabilidade importante. Terminávamos produzindo menos “redes-trama”, que levavam os usuários no caminho da desinstitucionalização, do que “redes-armadilha”, que terminavam prendendo-os no serviço e contribuindo para sua cronificação (Lisboa, 2013).

Nesse território do Centro Histórico de Salvador, forjado através de violências racistas e escravocratas de ontem, e racistas e necropolíticas de hoje, essas “demandas vorazes” terminam se chocando com nós, trabalhadores de saúde, de maioria branca, privilegiados (uns mais que outros), que nos produzimos nesse território dos serviços de saúde carregando outros territórios (existenciais) em nossos corpos: os territórios do saber, da ciência hegemônica, da saúde, do lugar da droga na sociedade (como já trabalhado em outro tópico), de cada uma de nossas profissões. Todos esses territórios se plasmam e também nos localizam em classes sociais que são, com certeza, bem diferentes das pessoas com as quais nos relacionamos e com as quais produzimos cuidado nesses serviços de saúde.

### **8.3 Crise de identidade: impossibilidades na conexão do CAPSad com as necessidades das pessoas em situação de rua**

Pegando emprestada a ideia de Azeredo e Schraiber (2017), questiono-me se os CAPSad (não apenas o Gregório de Matos) não estariam enfrentando uma “crise de autoridade”. Nesse caso, engravidando a “crise de autoridade” com o sentido de “crise de legitimidade”. Uma perda de autoridade não no sentido exato proposto pelos

autores, justificada pela incorporação de tecnologias duras e caras no fazer médico e consequente distanciamento do médico da relação de cuidado com o usuário, mas uma crise de legitimidade como um serviço que não consegue, por todos os motivos refletidos, acolher e construir conexões de forma adequada ao sofrimento, às necessidades e expectativas das pessoas que o acessam; ou o faz às custas de um esgotamento e, prioritariamente, de forma circunscrita às dependências do serviço. Esse descompasso é percebido pelos usuários de diversas formas: desamparo, descuidado, incompetência e despreparo da equipe.

O que está posto não é só uma crise do papel que foi produzido para (e por) esse serviço no cuidado às pessoas em situação de rua que também fazem uso intensivo de drogas, por conta da sobrecarga do CAPSad, da fragilidade, inexistência ou fechamento de outros serviços, além do aumento das demandas vorazes e do sofrimento ético-político dessas pessoas. A crise é, também, paradigmática: será que os serviços mais “adequados” para cuidar dessas pessoas são os CAPSad, somente pelo fato de serem serviços “especializados” em cuidar de pessoas que fazem uso “problemático” de drogas? Será que apenas um tipo de serviço, de apenas um setor – saúde –, tem condições de responder a essas necessidades? Com certeza, a resposta é “não” para as duas perguntas. Dessa forma, mais que uma crise de legitimidade ou de paradigma, está colocada uma crise de identidade; uma crise do seu papel num contexto de intensificação do regime colonial-capitalístico que atua de forma violenta e que busca o extermínio das existências (também dos trabalhadores, no sentido de torná-los apenas “profissionais dóceis” na execução da sua clínica de órgãos). Uma crise de ser um “lugar dos que não têm lugar”, com demandas vorazes de existências insurgentes, em uma tensão entre ser praça e ser aparelho: querendo, talvez, não ser nem aparelho, nem praça.

As pessoas usam drogas de uma forma intensiva que é, por vezes, considerada problemática, por vários motivos. Dessa forma, a droga é um meio e não um fim em si, e o seu uso intensivo e problemático termina sendo uma consequência. Como coloca Nery Filho (2012, p. 20),

[...] cada humano consumirá essa ou aquela droga, na medida de suas necessidades subjetivas e sociais. Não são as drogas que fazem os humanos – já foi dito; são os humanos que fazem as drogas [...]; o uso de drogas será, sempre, indiscutivelmente, uma questão humana.

Ou, dito de outra forma, o lugar da droga na vida de cada pessoa é construído de forma muito singular e, em relação às pessoas em situação de rua, não seria diferente. Para alguns, estar em situação de rua pode ser um *continuum* da sua vida de uso intensivo de drogas; em outras situações, pode ter sido o disparador, ou mantenedor, do uso mais intenso da droga. Para outras pessoas, estar na rua as afasta de um contexto no qual usar droga de forma intensa seria inevitável e mortífero. O uso intensivo de droga, às vezes, faz parte da estratégia construída por uma pessoa para que seja possível suportar as violências às quais está submetida na vida e os sofrimentos pelos quais está passando. Outras vezes, esse uso pode funcionar como um dispositivo que possibilita a preservação (ou a produção de mais vida) da vida de alguém; e, apesar de parecer contraditório, em algumas situações de extrema violência e sofrimento, o uso da droga pode ter o papel de uma estratégia de redução de danos, tomando a redução de danos como a possibilidade de ampliação da vida (Merhy, 2018).

Assim, não tenho a intenção de entrar na construção de uma pretenciosa e equivocada representação das pessoas em situação de rua e, muito menos, do papel que as drogas ocupam em suas vidas. Como coloca Lancetti, a partir de Deleuze, sobre a construção da “cracolândia” no centro da cidade de São Paulo, “a observação de territórios existenciais, geográficos, biografias propiciatórias e a própria subjetividade capitalística ou produção de *ritornellos* de falta-consumo nos levam a reforçar a tese de que não existe uma causalidade única” (Lancetti, 2015, p. 114). Assim, não há causalidade única na produção de um usuário intensivo e persistente de droga; isso é tão diverso quando são as próprias existências de cada pessoa, pois cada uma é uma multiplicidade.

No entanto, como venho apontando até agora e abordarei, especialmente, no capítulo 9 – “Mapa 4 – Terceiro desdobramento: Cartografia breve da produção do sofrimento de ‘certos humanos’: uma questão ética e política” –, estar em situação de rua e fazer uso persistente de droga têm uma relação visceral com a produção da tessitura social que exclui, precariza, destrói perspectivas e elimina certos corpos e não outros. Como coloca Hart (2014), muitos antes do surgimento do crack, muitas famílias já estavam marcadas e feridas pelo racismo institucional, pela pobreza e por outros atravessamentos.

Assim,

Parece evidente que subjetividades mais estragadas e violentadas na família, na escola, nos interstícios da trama social, sejam mais aptas para se internarem em territórios marginais que incluem as drogas e todo o conjunto que ela implica - comercialização, circulação, repressão, tratamento (Lancetti, 2015, p. 114).

Domiciano, em entrevista para Lancetti (2007), coloca de forma interessante o papel que o uso intensivo da droga pode ter na vida de uma pessoa:

É tentar não ver ou não sentir uma realidade que machuca, daí a noção de prazer. Por exemplo, o “uso da droga por prazer” pode ser para você não ter dor nenhuma e ter o prazer ou, muitas vezes, analisar o prazer de uma outra forma: você tem uma dor terrível e usa alguma coisa que a elimine, nem que seja temporariamente. É um prazer muito grande não sentir a dor. Assim, eu consigo justificar e me convenço cada vez mais que a presença das drogas, na vida das pessoas em geral, principalmente na vida dessas camadas periféricas, dos excluídos, nas favelas, se justifica justamente porque nós – vamos colocar do lado de cá, da sociedade padronizada ou padrão –, deixamos que eles carreguem um peso que nós deveríamos carregar (Lancetti, 2007, p. 69).

Lancetti (2007, p. 82) coloca, também, que “[...] os dependentes de drogas foram considerados pacientes inadequados para a psicanálise, pois recusam a passagem da relação com o outro. Eles fizeram e fazem fracassar todo tipo de terapia.” Trago esse trecho do livro “Clínica Peripatética”, que Antônio Lancetti publicou em 2007, não para concordar ou discordar com o autor sobre a adequabilidade das pessoas que fazem uso intensivo e problemático de drogas à psicanálise; não tenho a pretensão de fazer tal reflexão, e isso fugiria ao escopo desse trabalho. O objetivo é refletir sobre a extrema complexidade que incide na produção do cuidado com as pessoas em situação de rua, não pelo atravessamento que as drogas têm nas vidas de muitas delas e por considerá-las “dependentes de drogas”, como coloca Lancetti, mas porque esse cuidado é visceralmente ligado à produção das suas existências, as quais são marcadas, como já colocado, por extremas violências.

Dessa forma, produzir o cuidado com pessoas que fazem uso intensivo de drogas e que estão situação de rua em um serviço de saúde que é referência para esse cuidado, um CAPSad, parece-me problemático por corroborar alguns reducionismos em relação à vida dessas pessoas. Primeiro, porque parece construir a relação com pessoas em tamanho estado de vulnerabilidade e violentadas pela



sociedade a partir do recorte do uso da droga, como se esse fosse o principal ou único “problema” de suas vidas; ou, mesmo, como se o uso da droga fosse a grande “questão originária” de todo o seu sofrimento, e não um possível desdobramento, ou agenciamento, envolvido nas complexas produções de suas existências. Como se o uso de drogas o constituísse como sujeito.

Uma das consequências desse recorte, como já refleti neste capítulo, é que a relação com as pessoas em situação de rua, que acessam o serviço de forma tão intensa, constante (diária) e conflituosa, foi sendo produzida majoritariamente dentro das dependências do próprio serviço e não nas ruas. Muitas vezes, centrada no uso de drogas. Era como se as pessoas precisassem se adequar ao serviço, e não construir com os trabalhadores ali seu projeto de cuidado. Com isso, as várias dimensões do “produzir a vida nas ruas”, incluindo os sofrimentos e as potências envolvidos aí, terminavam não entrando com tanta força na produção do cuidado.

É claro que o “recorte AD” não é o único elemento que contribui para que isso aconteça, mas é um elemento central.

De forma não declarada, como sociedade, parece que estamos afirmando que o que nos incomoda é o fato de as pessoas usarem drogas ilícitas, e não o fato de parte dessas pessoas terem sido submetidas às mais diversas violências e excluídas a ponto de estarem produzindo suas existências na rua. Estabelecemos de fora que esse uso intensivo da droga é o problema da vida dessas pessoas e nos relacionamos com elas na expectativa de produzirmos um cuidado em saúde. Portanto, cabe a pergunta: em um serviço especializado como um CAPSad, como cuidar de pessoas que estão em situação de extrema vulnerabilidade? Como a tensão entre a relação centrada no uso de drogas e o encontro com a produção da vida atravessa os muitos CAPSad que ali disputam o cuidado?

Lancetti (2007, p. 73) coloca que as pessoas que usam droga não são demandantes, “ou alguém os procura, os captura ou os seduz, ou alguém os interna, os persegue, os reprime”. De fato, parece-me que, no contexto de guerra às drogas (Lancetti, 2015), as pessoas que estão em situação de rua e que buscam o CAPSad o fazem porque têm a “senha” que os permite entrar: são usuários intensivos de álcool e outras drogas. No entanto, o que buscam no serviço não é, necessariamente, a sua relação problemática com as drogas. A droga termina se constituindo como uma espécie de passaporte para ganharem visibilidade, já que as pessoas em situação de rua são tornadas invisíveis aos olhos da sociedade o tempo todo, tornando-se visíveis

a partir da associação feita comumente entre essas pessoas e o tráfico/uso de drogas (especialmente o crack), assim como os delitos que seriam consequências dessa associação; nesse caso, sua relação é com a polícia e com a justiça. Se têm um problema que caiba no que se entende socialmente como sendo responsabilidade do setor saúde, relacionam-se com algum serviço que teria o papel de “curá-los” ou “tratá-los”.

Nesse caso, se são “as doenças do corpo biológico” que os estão acometendo, mesmo que saíamos das quase intransponíveis barreiras de acesso nos serviços de saúde, são um problema da rede de serviços de saúde como um todo: Unidades de Saúde da Família (USF), Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), emergências e leitos hospitalares, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192). Se o que os está acometendo é uma “doença mental”, tornam-se um problema das emergências psiquiátricas e dos CAPS de maneira geral (principalmente os CAPS II e III). E, se tiverem sido “pegos” pela droga-doença e passarem a serem identificados como “dependentes químicos, drogados ou alcóolatras”, mas só no caso de esse uso ser considerado “problemático” e causar alguma ressonância social, incomodar o entorno, os comerciantes, os transeuntes, ou se romperem com a norma ou a lei, tornam-se um problema do CAPSad. Se são identificados como traficantes, vão para a prisão.

Como coloca Silva (2007, p. 52),

O que aparece para nós como crise são aqueles aspectos que causam alguma ordem de estranheza e uma perturbação social importante [...]; a psicose é uma questão fundamentalmente social e o que vai parar na porta da emergência psiquiátrica é, fundamentalmente, aquilo que corresponde a uma perturbação psíquica que gera algum tipo de ressonância social importante. É muito óbvio, não é? Sem ressonância social, o fato psíquico deixa de ser relevante.

Mesmo que argumentássemos que o CAPSad poderia desempenhar o papel de conexão para uma série articulada de ações e serviços oriundos de políticas públicas de assistência social, funcionando de forma intersetorial com o setor saúde (sabemos que essa não é, nem de longe, nossa realidade), do ponto de vista simbólico, estamos colocando a droga no centro da questão. E, no entanto, o centro da questão não pertence à droga, mas à vida; e, para cuidar da vida, é necessário muito mais que um CAPSad. É nesse sentido que aquele usuário, como já relatado a partir dos registros nos Diários Cartográficos, colocou que

[...] alguns profissionais não se conectavam com os usuários, passavam direto sem nem olhar, alguns nem davam bom dia, e que terminavam só falando com eles quando era para pedir para não usar as drogas; não procuravam saber sobre como tinha sido a noite, se estavam bem, não se conectavam. Se posicionou contra as punições (medidas disciplinares), dizendo que o que faltava era o vínculo, a conversa, chegar junto, não para fiscalizar sobre o uso de drogas e fazer valer a regra, mas sim, para ouvir. Falou que isso era o que fazia ele “respeitar” o profissional, pois, quando estes se direcionam ao usuário somente para fiscalizar e mandar parar o uso, gerava raiva, ódio e, até desejo de vingança, e que levava ao não respeito ao profissional (Diários Cartográficos, 26 de setembro de 2017).

Não é nenhuma surpresa que isso aconteça em um CAPSad, pois, afinal de contas, é um serviço de saúde que foi pensado para esse fim: cuidar das pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas. Esse são o seu recorte e a sua função social. Quantas vezes ouvi a fala “esse usuário é de vocês (CAPSad), ele usa drogas”, colocando o CAPSad como um “lugar institucionalizado” da relação com a “droga-doença”?

No entanto, parece que esse papel que o CAPSad vem desempenhando termina corroborando a produção de alienação e despolitização em relação aos atravessamentos que alicerçam e produzem a trama da sociedade capitalista que se expressa, na contemporaneidade, como neoliberalismo ou, segundo Rolnik (2019), como um regime colonial-capitalístico.

É como estivéssemos assumindo que é possível “tratar do problema do uso intensivo de drogas” de pessoas extremamente excluídas sem incluí-las. Em um cenário como o nosso, de desmonte de políticas de seguridade social (incluindo o SUS), de escassez e precariedade de serviços de assistência social, essa responsabilidade, que deveria ser um esforço societário articulado, termina sendo quase um esforço heroico dos poucos serviços que estão funcionando, em uma direção oposta à do extermínio das vidas. Incluem-se, aí, os CAPSad, já que a droga, para o poder público, é um assunto ou da saúde (cada vez menos) ou da segurança pública.

Assim, de maneira geral, mas, mais especificamente, para as pessoas mais excluídas, como o são as pessoas em situação de rua, não é possível cuidar do uso intensivo/problemático de drogas como se fosse o problema central da sua vida. É preciso colocar a vida no centro do cuidado. Construir políticas de Estado robustas que se expressem em serviços assistenciais, de justiça, educação/formação técnica, moradia, de cultura, de arte, de esportes, de combate ao racismo, de produção de renda, ações e estratégias articuladas de inclusão social que sejam reparadoras das

exclusões históricas e profundas. Estratégias que reconheçam essas pessoas como sujeitos de suas próprias vidas, como existências potentes, desejantes e plenas de possibilidades, apostando na produção de mais vida, de mais conexões, de mais potência. O uso intensivo de drogas entra na relação de cuidado como um desdobramento dos projetos de vida construídos nesse processo, quando fizer sentido para a pessoa, e não como ponto de partida do cuidado.

O trecho seguinte, dos Diários Cartográficos, registra um encontro com um dos usuários do CAPSad, apontando nesse sentido da inversão de estratégias.

Certo dia, estava no Largo do Terreiro de Jesus com uma colega, destacado no “posto avançado” do serviço na rua; um dos usuários passa por nós e pergunta sobre o coordenador do CAPSad. Falamos que ele não se encontrava no serviço hoje e perguntamos se poderíamos ajudar. Estava bem irritado e disse que só com o coordenador, pois queria cobrá-lo em relação a realização de oficinas profissionalizantes, já que estava estudando à noite e desejava poder manter-se nos estudos. Começou a fazer críticas ao CAPS, dizendo que havíamos perdido o controle, que estávamos perdidos; criticou as oficinas; disse que elas não ajudavam muitos usuários e que, para alguns, levava até à piora da situação. Colocou que para ele, que deseja algo a mais, como se profissionalizar e que demandava suporte/apoio para continuar a estudar, o CAPS não conseguia ofertar esse apoio (Diários Cartográficos, 14 de maio de 2018).

Um exemplo bastante emblemático dessa busca por construir uma política com uma outra lógica foi o programa “De Braços Abertos” (DBA), iniciado em fevereiro de 2014, na gestão de Fernando Haddad à frente do município de São Paulo. O DBA foi um esforço articulado de várias secretarias municipais (saúde, assistência social, segurança pública, habitação, direitos humanos e trabalho/renda) e com intensa participação dos usuários, com o objetivo de pegar o instituído de surpresa no que diz respeito à crackolândia e todas as intervenções higienistas, policiaesca e violentas que vinham sendo executadas até então na região do centro de São Paulo, na região da Luz, onde havia se constituído a “Favelinha da Rua Helvétia” (Lancetti, 2015).

No site da Prefeitura de São Paulo, um artigo que marca o aniversário de um ano do DBA coloca uma descrição do programa com a qual penso ser bem importante dialogar:

O projeto parte do resgate social dos usuários de crack por meio de trabalho remunerado, alimentação e moradia digna, com orientação de intervenção não violenta. Suas diretrizes trazem um novo olhar sobre o dependente químico, que deixou de ser tratado como um caso de polícia e passou a ser encarado como cidadão, com direitos e capacidade de discernimento. O

tratamento de saúde é uma consequência das etapas anteriores, e não condição prévia imposta para participar do programa (SÃO PAULO, 2015).

O programa DBA tinham como uma de suas ideias-força ser um programa de baixa exigência (não exigir a abstinência como prerrogativa para fazer parte do programa) e com a perspectiva da redução de danos, oferecer um “pacote de direitos” (moradia, alimentação, trabalho, cuidados de saúde e de assistência social), ser uma ação integrada dos dirigentes e trabalhadores da prefeitura através das redes de saúde e assistência social, e fundamentar suas estratégias na metodologia da economia solidária (Lancetti, 2015; Furtado, 2019). Nem todos os participantes eram acompanhados pelos serviços de saúde e, quando o faziam, não era necessariamente o CAPSad a sua referência.

Apesar da enorme pressão contrária e permanente da mídia, o DBA avançou de forma bastante expressiva, tanto em números, os quais conseguimos palpar e que terminam tendo um lugar no nosso campo de visibilidade, como em efeitos de produção de subjetividades destoantes, que conseguiam romper com a repetição das cenas de uso e de violência e fabricar outros futuros possíveis (São Paulo, 2015; Lancetti, 2015).

Um indicador utilizado no DBA, “tempo do dia sob efeito da droga,” escancara a não centralidade do uso, mas do lugar que a droga ocupa na vida. No início do programa, 64% passavam o dia inteiro sob o efeito da droga e, depois de algum tempo, 55% ficavam pouco tempo do dia sob o efeito da droga, evidenciando que a mudança mais importante era o espaço de produção de vidas, não o uso ou o não uso de substâncias (Furtado, 2019).

Voltando para a descrição do site da Prefeitura de São Paulo, chamou-me a atenção a seguinte colocação: “O tratamento de saúde é uma consequência das etapas anteriores, e não condição prévia imposta para participar do programa.” Chamo-me a atenção porque dialoga justamente com a ideia que estou apresentando neste capítulo: em uma estratégia séria de cuidado com as pessoas em situação de rua que também fazem uso intensivo de drogas, o CAPSad não deve ser a única forma de acessar a rede ou ser o pivô desse cuidado. Ao contrário, o CAPSad, assim como outros serviços de saúde, como o Consultório na Rua ou as equipes de Saúde da Família, serviços hospitalares e de urgência, devem ser convocados para apoiar no cuidado à saúde quando este for necessário ou desejado. Assim, vale colocar como central a seguinte reflexão: o modelo de cuidado com as pessoas que

fazem uso intensivo de drogas realmente deve ter o CAPSad como centro? Não seria necessário, e estaria mais do que na hora, de pensarmos outros desenhos/arranjos de cuidado para essas (e com essas) pessoas?

Como coloca Lancetti (2015, p. 101),

Os técnicos dos CAPS do Centro fazem intervenções no território para facilitar a vinculação com usuários que não procuram nenhum serviço. Muitos dos numerosos pacientes que atendem os Caps AD da Sé e Caps AD Prates têm o perfil dos usuários do território da Luz ou são conduzidos até os Caps pelos consultórios na rua.

Até então, a cartografia me levou por caminhos que apontam para este questionamento em relação ao papel do CAPSad no cuidado com as pessoas em situação de rua:

A gente tem que saber qual é o nosso papel, qual a nossa função, mas não no sentido, repetindo, do ideal, da idealização, do inalcançável, como a gente estava falando agora há pouco, e discernir o que é que a gente faz com as demandas que surgem para a gente. O que você falou: “o que é para a gente e o que a gente encaminha”? Aí a gente tem uma outra problematização sobre isso, que acho que me botou para pensar isso que você trouxe: a gente consegue, mesmo, distinguir, destrinchar, nessa complexidade, nessa avalanche de demandas que chegam para a gente, o que é que é exatamente nosso, o que é que é do outro serviço? Funciona tão assim “preto no branco”, entendeu? Eu tenho minhas dúvidas, mas acho que traz uma reflexão interessante...eu só refleti de ter um cuidado, “eu”, para não cair nesse dualismo de: “bom, a gente resolve, simplesmente, fazendo uma triagem: essa demanda é minha, essa não é minha; já que não é minha, de quem é? Desse e desse serviço!” Que, talvez, não passe por aí, e a gente fique apostando nisso e não vai conseguir, na verdade, chegar na questão nevrálgica de que é lidar com a complexidade mesmo [...]; então, nós conversamos sobre isso, que é a questão da rede! (Terceiro encontro com a equipe do CAPSad, 1 de outubro de 2019).

## Referências

Azaredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(9):3013-22.

Brasil. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. 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.

Delgado PG. Por uma Clínica da Reforma: concepção e exercício. In: Lobosque AM, organizador. *Caderno Saúde Mental: A Reforma Psiquiátrica que queremos por uma Clínica Antimanicomial*. Belo Horizonte; 2007.

Furtado LA. A experiência do Programa de Baixo Abertos. In: Loedote ML, organizador. *Corpos que sofrem: como lidar com os efeitos psicossociais da violência?* São Paulo: Elefante; 2019. p. 271-85.

Globo. Pontos de Atendimento a pessoas em situação de rua são fechados em Salvador; funcionários protestam [Internet] [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://g1.globo.com/bahia/noticia/pontos-de-atendimento-a-pessoas-em-situacao-de-rua-sao-fechados-em-salvador-funcionarios-protestam.ghtml>

Hart C. Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre drogas. Marques C, tradutor. Rio de Janeiro: Zahar; 2014.

Lancetti A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec; 2007. (Políticas do desejo).

Lancetti A. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo: Hucitec; 2015. (Políticas do desejo).

Lisboa MS. *Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização* [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2013.

Merhy EE, Pimentel RF, Flach PV. Quem nos impede de cuidar em liberdade? Defensoria Pública da Bahia [Internet]. Projeto Articulando Redes [cited 2020 nov 4]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=sFDZeD2jX20>

Merhy EE. A organização não existe. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. *Análise Institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2013.

Merhy EE. Drogados e loucos, o que fazer com isso? Uma conversa sobre “redução de danos” e produção de mais existências [Internet] [cited 2021 Mar 23]. Available from: <https://docplayer.com.br/19150225-Drogados-e-loucos-o-que-fazer-com-isso-uma-conversa-sobre-reducao-de-danos-e-producao-de-mais-existencias-1-emerson-elias-merhy.html>

Merhy EE. Drogados e loucos, o que fazer com isso? Uma conversa sobre “redução de danos” e produção de mais existências [Internet] [cited 2021 Mar 23]. Available from: <https://docplayer.com.br/19150225-Drogados-e-loucos-o-que-fazer-com-isso-uma-conversa-sobre-reducao-de-danos-e-producao-de-mais-existencias-1-emerson-elias-merhy.html>

Merhy EE. *Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças* (Prefácio). Aciole GG. *A Saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. Campinas: Hucitec; 2016.

Merhy EE. *Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças* [Internet]. 2006 [cited 2021 Mar 23]. Available from: [http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/carta\\_da\\_saude/ed\\_16\\_artigo.PDF](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/carta_da_saude/ed_16_artigo.PDF)

Nery Filho A. Introdução: Por que os humanos usam drogas? In: Nery Filho A, Macrae E, Tavares LA, Nuñez ME, Rêgo M. As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: Edufba, Cetad; 2012.

Ponto de Encontro. Centro de Convivência para Usuários de Álcool e outras drogas [Internet] [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://blogpontodeencontro.wordpress.com/>.

Rolnik S. Esferas da Insurreição: notas para uma vida não cafetinada. 2a ed. São Paulo: n-1; 2019.

Sá Dultra L. Acesso da população em situação de rua na Atenção Básica: uma análise das práticas instituídas pela Saúde da Família no Centro Histórico de Salvador [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2018.

São Paulo (BR). Site Oficial da Cidade de São Paulo. Programa "De Braços Abertos" completa um ano com diminuição do fluxo de usuários e da criminalidade na região [Internet]. 2015 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://www.capital.sp.gov.br/>.

Silva MV. Loucura, Psicose e ressonâncias sociais. Rev. In-Tensa. Ex-Tensa. 2007;l(1):52-69.



## **CAPÍTULO 9 – MAPA 4 – TERCEIRO DESDOBRAMENTO: CARTOGRAFIA BREVE DA PRODUÇÃO DO SOFRIMENTO DE “CERTOS HUMANOS”: UMA QUESTÃO ÉTICA E POLÍTICA**

*“Quando eu te encarei frente a frente não vi o meu rosto. Chamei de mau gosto o que vi, de mau gosto, mau gosto*

*É que Narciso acha feio o que não é espelho  
E à mente apavora o que ainda não é mesmo velho.  
Nada do que não era antes quando não somos  
mutantes [...]”*

“Sampa” (Caetano Veloso, 1978).

### **9.1 A humilhação social e o sofrimento ético-político: as dores indizíveis da necropolítica à brasileira**

Como abordado principalmente no capítulo 6: “Mapa 1 – Cartografia das violências no CAPSad: a violência como analisador da produção do cuidado” e no capítulo 8: “Mapa 3 – Segundo desdobramento: Cartografia do CAPSad no cuidado com as pessoas em situação de rua: um lugar dos que não têm lugar”, o serviço foi tomado de assalto por necessidades trazidas pelas pessoas em situação de rua, necessidades da vida, de convivência, de expressão de seus modos de ser, de serem enxergados, escutados e acolhidos, de visibilização de seus sofrimentos. Sofrimentos que, muitas vezes, não conseguiam ser escutados ou acolhidos, ou eram acoplados (ou atribuídos) ao uso intensivo de drogas ou, de maneira genérica, ao fato de estarem em situação de rua.

Essa relação serviço-território é feita em um contexto de aprofundamento do neoliberalismo, com produção de muita precariedade e destruição das políticas sociais, com redução drástica do financiamento para a saúde e para a assistência social, trazendo grande fragilidade para o SUS e para o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Menezes et al., 2019); de retrocessos históricos em relação à política de saúde mental e álcool e outras drogas; de extrema precariedade da rede substitutiva aos manicômios; de precariedade das políticas de habitação; de crescente violência do Estado – o Estado colonial-capitalístico (Rolnik, 2019).

Uma violência que se apresenta de inúmeras formas, de maneira avassaladora e cruel para a maior parte da população brasileira, que é preta, pobre, periférica. Vai desde o desemprego galopante e a não garantia de direitos constitucionais básicos,

passando pela destruição de direitos historicamente conquistados, até a apresentação de uma de suas faces mais cruéis: o extermínio da população jovem e preta das periferias dos grandes centros urbanos.

No fim de 2019, o mundo começou a ser tomado pela pandemia do novo coronavírus ou Sars-Cov-2, causador da Covid-19. No Brasil, os primeiros casos apareceram em março de 2020 (portanto, já depois de eu ter “finalizado” a produção do campo no território da pesquisa), trazidos por pessoas de classes sociais mais abastadas que voltavam de suas férias na Europa. Porém, a primeira morte foi de uma trabalhadora doméstica negra. Rapidamente, o Sars-Cov-2 se espalhou para todas as camadas sociais e em todo o País. No Brasil, um dos países mais desiguais do Planeta, essa situação foi agravada pelo fato de termos no comando do executivo um presidente e um grupo político negacionistas, despreparados tecnicamente, completamente desalinhados com a ciência e que fizeram um uso político nefasto da pandemia, produzindo um completo descontrole desta, com milhares de mortes que poderiam ser evitadas. Em pouco tempo, tornamo-nos o epicentro da pandemia no mundo.

Sem condições objetivas de manter o isolamento social, pela não garantia dos empregos ao ficar em casa, sem benefícios sociais adequados e em tempo hábil, com transportes coletivos superlotados, e ainda desorientados com mensagens contraditórias vindas do presidente<sup>23</sup> e do Ministério da Saúde, as pessoas mais pobres tornaram-se vítimas prioritárias do vírus e passaram a morrer mais do que as pessoas brancas e com maior renda, as quais têm mais possibilidades de garantir seus empregos, de ficar em isolamento social, de trabalhar em casa.

Um genocídio foi produzido no País, como se não bastasse o genocídio cotidiano. Aliada às altas taxas de mortalidade pelo vírus, assiste-se a uma escalada da violência policial, particularmente em relação às pessoas pretas e de menor renda,

---

<sup>23</sup> Banalização da pandemia, de sua gravidade e de seus efeitos; posição contrária ao isolamento social e à vacinação como medidas centrais e cientificamente respaldadas para diminuir o contágio e as mortes por Covid-19; incentivo e produção pessoal de aglomeração de pessoas, desrespeitando todas as orientações e protocolos dos organismos internacionais sérios, como a Organização Mundial da Saúde; compra com dinheiro público e propaganda deliberada nas redes sociais para uso de medicação sem nenhuma comprovação científica para o tratamento da doença; defesa de tratamento precoce como medida principal de combate à pandemia também sem nenhum respaldo na ciência; e, finalmente, todo tipo de sabotagem em relação à compra das vacinas e às medidas tomadas por estados e municípios para combater a pandemia.

assim como um aumento da mortandade pela disputa entre as facções do crime organizado, no bojo da guerra às drogas e do racismo estrutural.

Os desdobramentos desse cenário de caos produzido pela pandemia e pela forma como o governo federal faz a sua gestão levaram a mais recessão, desemprego, aumento das vulnerabilidades, em particular da vulnerabilidade social, e retorno de uma chaga já há algum tempo curada no nosso país: a fome. Com isso, mais pessoas foram parar nas ruas, empobrecidas, vulnerabilizadas, desesperadas, sem perspectivas.

Não temos como ignorar que essas violências se expressam nas vidas e nos corpos das pessoas mais excluídas da sociedade, aprofundando ainda mais as desigualdades. Isso se relaciona de forma contundente com o processo de ir para a rua e continuar na rua e, também, na construção da relação com o uso de drogas lícitas e ilícitas. Relaciona-se, também, com a produção de precariedade e mais exclusão, com a destruição de perspectivas, horizontes, sonhos e esperança, constituindo-se como uma forma de governar as vidas das pessoas. De acordo com Lorey (2016, p. 50, tradução nossa),

A forma liberal de governar produz precariedade por meio de relações econômicas, sociais e jurídicas desiguais, por categorizações e hierarquias sistemáticas segundo "corpo" e "cultura". Nesse sentido, utilizo o termo precariedade como categoria estrutural para ordenar relações segmentadas de violência e desigualdade.

Ainda segundo Lorey (2016, p. 74-75, tradução nossa),

[...] o que estamos tratando são especificamente estratégias para garantir a dominação, que reconstroem os conceitos de segurança existentes, de tal forma que a insegurança se torne um modo normalizado de governo. O paradigma central da governabilidade das subjetivações biopolíticas não consiste atualmente em um soberano representativo ou nas instituições seguradoras correspondentes ao Estado social. Em vez disso, este paradigma é caracterizado pelo "governo neoliberal de insegurança".

Certo momento, ouvi de um jovem negro que está em situação de rua há menos de um ano, e que eu acabara de conhecer, que ele morava em um bairro mas precisou vir para aquele território e ficar na rua porque, onde morava, seria assassinado ou por uma das facções que dominam o território ou pela polícia. Disse que ajudou a organizar um protesto contra o assassinato de um colega pelos policiais; a televisão foi lá e, enquanto entrevistavam as pessoas, o policial foi no seu ouvido e disse: 'Você

vai morrer!’ Nesse bairro, disse o jovem, eles (os policiais militares), quando acham que alguém é traficante, mesmo não encontrando nenhuma prova disso, matam a pessoa e plantam a droga no local para “justificar” o assassinato.

Esse é um exemplo da necropolítica e do necropoder, “formas contemporâneas de submissão da vida ao poder da morte” (Mbembe, 2018, p. 71) e de governar as vidas através das políticas de morte, que se expressam de várias maneiras na nossa sociedade. Os racismos estrutural, institucional e individual (Almeida, 2019) e a guerra às drogas, que tem como pilares esses próprios racismos, são estratégias atuais de produzir exclusão, violências e morte legitimada; uma construção social de quais corpos podem e quais não podem ser eliminados e, em última instância, quais vidas importam e quais vidas não importam.

Trata-se de um extermínio cotidiano não percebido assim pela parcela mais privilegiada da população brasileira que, em diálogo com o agenciamento dos meios de comunicação de massa, se compadece quando uma pessoa branca é assassinada e trata as notícias sobre chacinas de jovens pretos e periféricos como “efeito colateral” da guerra às drogas e como uma evidência da necessidade de mantê-la ativa, e não o contrário. Esse compadecimento seletivo é fruto de uma identificação narcísica da branquitude (Müller, Cardoso, 2017; Ribeiro, 2019), que se vê no lugar de quem foi assassinado, o qual foi vítima, geralmente, desse outro que é uma ameaça: o ladrão, o marginal, o bandido, o drogado, geralmente (ou, provavelmente) negro. Enquanto isso, quando um jovem negro é assassinado pelo Estado, ou uma pessoa em situação de rua é violentada e morre, é porque estava envolvido com o crime, com o tráfico ou com o uso de drogas e, provavelmente, “mereceu” esse destino, pois, de certa forma, já estava escrito que seria assim. Dessa forma, no Brasil,

[...] a polícia brasileira age de modo seletivo cotidianamente, gerando uma discrepância entre o número de negros e brancos vítimas da atuação policial. Essa seletividade é historicamente construída pelo Estado brasileiro, a partir da fabricação da imagem do negro como delinquente, enraizando nas instituições de Estado um racismo institucional (Moço, 2018, p. 97).

A necropolítica também se expressa, no setor saúde, na construção de barreiras de acesso, às vezes sutis, às vezes escancaradas, aos serviços e ações de saúde pelas pessoas em situação de rua. Sá Dultra (2018), em sua pesquisa de mestrado, que estudou o acesso das pessoas em situação de rua na atenção básica, reflete, de forma bastante sensível e contundente, sobre essas barreiras de acesso.

Mas também há barreiras e dificuldades no acesso à assistência social, aos benefícios sociais, à justiça, à educação, que levam ao aprofundamento dessas iniquidades, à “morte a conta-gotas”, pouco a pouco. A situação relatada no capítulo 8 – “Mapa 3 – Segundo desdobramento: Cartografia do CAPSad no cuidado com as pessoas em situação de rua: um lugar dos que não têm lugar” –, com dados da cidade de Salvador, é inequívoca em relação ao progressivo fechamento de serviços para essas pessoas.

A produção da precariedade, vulnerabilidade e violência pelo neoliberalismo, em associação com a produção da objetificação/coisificação, da invisibilidade, da morte simbólica e da morte biológica que caracterizam o racismo e o necropoder, leva a um sofrimento crônico, intenso e cotidiano das pessoas pobres, pretas (ou racializadas, não consideradas “brancas”) e periféricas. Esse sofrimento “[...] é a dor mediada pelas injustiças sociais. É o sofrimento de estar submetido à fome e à opressão, e não pode não ser sentido como dor por todos.” (Sawaia, 2001, p. 102).

O sofrimento do usuário que protagonizou a cena: “Até os cachorros valem mais do que eu” é um exemplo bem emblemático do que Sawaia aponta. Ele relatava uma vivência de exclusão e de expulsão de sua cidade natal, na qual era considerado o diferente, e de racismo, com a produção do seu corpo como uma ameaça para as outras pessoas, que chegavam a mudar de calçada para não cruzarem seu caminho, ou sair do ponto de ônibus onde ele se encontrava. Dizia, em algumas situações em que se cortava com um caco de vidro ou extraía seu próprio sangue com uma seringa, que fazia aquilo com o próprio corpo para não precisar fazer com as outras pessoas. Uma autoviolência introjetada como necessária, que escancara o pouco valor daquela vida: uma vida nua<sup>24</sup> (Agamben, 2004; Pelbart, 2011). Uma violência e um sofrimento que gritam sem serem ouvidos.

Para Sawaia (2001), esse sofrimento causado pela exclusão seria um sofrimento ético-político, o qual

[...] abrange as múltiplas afecções do corpo e da alma que mutilam a vida de diferentes formas. Qualifica-se pela maneira como sou tratada e trato o outro na intersubjetividade, face a face ou anônima, cuja dinâmica, conteúdo e qualidade são determinados pela organização social. Portanto, o sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de

---

<sup>24</sup> De acordo com Pelbart (2016, p.25), “o biopoder contemporâneo, conclui Agamben, reduz a vida à sobrevida biológica, produz sobreviventes. De Guantánamo à África, ou à Cracolândia, isso se confirmaria a cada dia”.

ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade. Ele revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto (SAWAIA, 2001, p. 104-105).

Gonçalves Filho (2007) traz o conceito de “humilhação social e política”, que dialoga bastante com o conceito de “sofrimento ético-político” e que tem sua gênese também relacionada à desigualdade, que é diferente de estar excluído apenas do ponto de vista econômico. “Igualdade não é condição sobretudo econômica, cultural ou profissional. [...] Igualdade não é identidade ou equação: implica não a supressão de diferenças, mas a supressão da dominação” (Gonçalves Filho, 2007, p. 209-2010).

Traz, ainda, que as pessoas abaladas pela humilhação pública “[...] precisam repetidamente derrotar sentimentos que estão no miolo de seu sofrimento. São sentimentos que surram, adoecem ou matam quando não enfrentados.” (Gonçalves Filho, 2007, p. 198). Cinco desses sentimentos, que seriam a modulação de uma mesma angústia, são sentimentos de que os ambientes citadinos são expulsivos; sentimento de amargurada fruição dos bens públicos (sempre articulado com o anterior); sentimento de invisibilidade; sentimento de não possuir direitos; e sentimento de vigilância (sempre em articulação com o sentir-se invisível) (Gonçalves Filho, 2007).

Segundo esse autor,

Humilhação social é sofrimento longamente aturado e ruminado. É sofrimento ancestral e repetido. Um sofrimento que, no caso brasileiro e várias gerações atrás, começou por golpes de espoliação e servidão que caíram pesado sobre os nativos e africanos, depois sobre imigrantes baixo-assalariados. Alcançou roceiros, mineiros e operários, também uma multidão de pequenos servidores, subempregados e desempregados. Índios expostos à violação da terra e negros desterrados expostos ao racismo. A perda de bens, a ofensa contra crenças, ritos e festas, o trabalho forçado. [...] Cidadãos pobres expostos a emprego proletário, ao desemprego e à indigência. [...] Loucos desmoralizados pelas ciências, cassados pelos tribunais, invalidados pelos manicômios. Crianças pobres e negras estigmatizadas como portadoras de deficiências intelectuais e afetivas por fracassarem num sistema escolar ineficiente. A violência que machuca o humilhado nunca é meramente a dor de um indivíduo, porque a dor é nele a dor velha, já dividida entre ele e seus irmãos de destino. [...] A dor sempre de longa duração, coletivamente padecida. O humilhado não sabe bem por que chora e nunca chora apenas por si próprio, chora a dor enigmática e chora a dor somada (Gonçalves Filho, 2007, p. 194-195).

O Centro Histórico de Salvador, com suas iniquidades, violências, precarizações, lutas e movimentos de resistência, reatualiza essa dor que vem desde a escravidão, ancestral, cotidiana.

A partir de outras perspectivas, que transitam pela sociologia, antropologia e psicologia social, esse sofrimento intenso e difuso que atravessa e é experienciado pelas pessoas em situação de rua, no Brasil, também pode ser entendido a partir do conceito de “sofrimento social”, que seria “uma noção política que não pode prescindir do hoje, pois parece indispensável para descrever todos os aspectos da injustiça contemporânea” (Renault, 2010, p. 221, tradução nossa).

Renault (2010, p. 224-225, tradução nossa) coloca, ainda, que

A fase atual do capitalismo, fase que pode ser rotulada de neoliberalismo, é caracterizada, entre outras características, pelo surgimento de novas condições de trabalho e também pela tendência estrutural de exclusão social. [...] O neoliberalismo também é caracterizado por um processo geral de exclusão social onde as dimensões sociais e psicológicas estão novamente entrelaçadas. Para aqueles que são vítimas de desemprego de longa duração, por exemplo, os sentimentos de vergonha e os efeitos depressivos são consequências de uma situação social, bem como fatores que agravam a sua situação. Aqui, novamente, parece que as consequências do neoliberalismo não podem ser descritas em toda a sua seriedade sem levar em conta os efeitos subjetivos do novo contexto social. E aqui, novamente, o sofrimento social devido à exclusão é um obstáculo à crítica social e à transformação social, uma vez que a auto atribuição de responsabilidade ou a depressão não são compatíveis com a crítica social e a ação política.

Patrícia Maia Von Flach (2019, p. 19), em sua tese intitulada “Experiências de sofrimento social e movimentos de resistência *entre* trabalhadores e gente de rua (usuários de álcool e outras drogas), na Praça Das Duas Mãos – Salvador-Bahia”, coloca o seguinte em relação ao conceito de “sofrimento social”:

[...] vem sendo utilizado no campo das Ciências Sociais para se referir ao mal-estar consequente aos contextos de desigualdades sociais e pobreza extrema geradores de situações de violência e de danos devastadores produzidos na interface com as políticas neoliberais sustentadas por interesses econômicos, considerando, ainda, como os humanos respondem a esses problemas.

Von Flach, no exercício de uma revisão sobre o conceito de “sofrimento social” trabalhado por vários autores, faz uma síntese muito interessante, sensível e consistente sobre as “dores profundas e, às vezes, indizíveis” que atravessam muitas pessoas que estão em situação de rua, e que os trabalhadores encontram cotidianamente acessando o CAPSad:

O sofrimento social é, então, o resultado dos danos consequentes a contextos de desigualdades sociais e pobreza extrema, das violências e relações sociais injustas; é uma força avassaladora que atinge o humano e sua subjetividade, causando profundas dores e marcas corporais que não deixam silenciar o que, muitas vezes, é indizível para aquele que sofre. É uma experiência eminentemente social e, enquanto tal, só tem sentido a partir da compreensão das violências cometidas pela própria estrutura social e que se conformam nas relações locais singularmente estabelecidas pelos sujeitos para responder ou resistir à dor subjetiva consequente às situações cotidianas de violência vivenciadas por determinados grupos sociais que não têm poder para negociar sequer as condições da própria existência (Von Flach, 2019, p. 31).

A equipe do CAPSad foi percebendo todo esse estado de violência, exclusão e precariedade, também permeado de muita resistência, se expressar através de pessoas que buscavam o serviço cada vez mais sofridas, vulnerabilizadas, violentadas, adoecidas e em uso mais intenso de drogas; pessoas com “demandas vorazes”<sup>25</sup> para a equipe, que são formas de comunicar seu sofrimento e expressar suas necessidades para esse serviço.

Em certa ocasião, quando realizávamos uma assembleia do CAPSad na sede do Movimento População de Rua, discutindo sobre as repetidas situações de agressões e conflitos entre usuários e equipe, e de depredação da estrutura física do serviço por alguns usuários, um dos membros do movimento presente colocou: “vocês, ‘da sociedade’ (os trabalhadores de saúde), têm que entender que nós, da ‘maloca’ (pessoas em situação de rua), temos uma forma de nos comportar, de nos comunicar que é diferente da forma de vocês”. Essa fala me afetou de várias maneiras.

Em primeiro lugar, chamou-me a atenção o sentimento de serem pessoas “de fora da sociedade” e a percepção de que os trabalhadores de saúde são “da sociedade”; era algo com que estava entrando em contato pela primeira vez, mas que, em outras ocasiões, voltei a presenciar.

Essa fala também fez refletir se não haveria uma expectativa social de que o CAPSad, ao ser “um dos lugares dos que não têm lugar”, de alguma forma, constituía-se como um portal mágico através do qual as pessoas de “fora da sociedade” passariam e se tornariam, a partir daí, “da sociedade”.

---

<sup>25</sup> Como apresentado no capítulo 8, em um trecho dos Diários Cartográficos de 27 de agosto de 2019, essa foi a forma como um dos trabalhadores do CAPSad se referiu às demandas trazidas pelas pessoas em situação de rua para o serviço.



Em diálogo com o capítulo 8 – “Mapa 3 – Segundo desdobramento: Cartografia do CAPSad no cuidado com as pessoas em situação de rua: um lugar dos que não têm lugar” –, se há essa expectativa, podemos afirmar que seria uma algo muito perverso de se esperar. Vimos que a produção da inclusão não se dá através de um serviço de saúde isolado, quanto mais um serviço de saúde; mesmo porque, em muitas situações, o acesso de uma pessoa em situação de rua aos serviços públicos de saúde é quase uma concessão, uma caridade, um favor, ou uma ajuda, e não um direito constitucional de um cidadão sendo garantido. Em alguns serviços, trabalhadores de saúde a deixam entrar e ser atendida desde que se comporte da maneira adequada. A partir daí, nenhum outro acesso a qualquer direito (documentos, habitação, benefícios eventuais, acesso a outros serviços de saúde) está garantido; dessa forma, o acesso ao serviço de saúde não se configura como a passagem pelo portal mágico que, ao ser cruzado, a tornaria como “da sociedade”.

Outra questão que surgiu com essa vivência é que, para algumas pessoas em situação de rua, ter acesso aos serviços públicos, da saúde ou não, e poder falar sobre suas vidas e sobre as várias dimensões das suas dores é uma forma de tornar suas vidas e suas dores visíveis, assim como vivenciar um espaço público de forma não expulsiva: através do acesso a um serviço; ou, também, de se posicionarem como pessoas de direito e, dessa forma, tornarem-se visíveis para o conjunto da sociedade. Uma espécie de acesso a uma outra visibilidade, diferente da visibilidade costumeira como um “não humanos” vítima das drogas (Merhy, 2012).

É necessário olhar com muito cuidado para essa expectativa social que também atravessa cada um de nós e que, com frequência, se atualiza nas formas de entendermos nosso papel e na produção das nossas práticas de cuidado norteado por um devir salvacionista, que nega ou anula a potência do outro e coloca nos trabalhadores esse papel. Esse devir é uma das questões importantes da gênese do sofrimento dos trabalhadores de saúde que trabalham com pessoas em situação de rua, sobre o qual refletirei no capítulo 10: “Mapa 5 – Quarto desdobramento: Cartografia do esgotamento: alguns aspectos da produção do sofrimento do trabalhador de saúde no cuidado com as pessoas em situação de rua”.

Por outro lado, esses reconhecimentos nem sempre ocorrem dentro do serviço (como já vimos em algumas cenas dos Diários Cartográficos), justamente o local onde se esperava que ocorressem, e a partir das pessoas de quem se esperava uma postura diferente daquela dessa mesma sociedade que os exclui. Apesar de entender

que o não reconhecimento da vida de qualquer pessoa como uma vida potente e que merece ser respeitada, por si só, já é uma violência, quando esse não reconhecimento vem explicitamente na forma de violência institucional e simbólica cometida no serviço, termina gerando mais revolta, ódio e sofrimento, sentimentos que, por vezes, tornam-se visíveis através de mais violência.

Dessa forma, reconhecer essas vidas “morríveis”, matáveis e objetificadas e “transvê-las” (Barros, 1996) em vidas dignas de serem defendidas, como pode ocorrer em serviços públicos de saúde como o CAPSad e o Consultório na Rua, é extremamente importante e significativo, pois contribui com a construção de outros caminhos para que essas pessoas, que se consideram como “de fora da sociedade”, sintam-se menos excluídas. Coloquei que esse reconhecimento “pode ocorrer” porque acessar serviços não garante que isso ocorrerá; sem generalizações, posso afirmar que muitos desses acessos são tensos, como se os serviços tivessem anticorpos contra esses agentes invasores. Situações como essa, ao contrário, só produzem mais sofrimento, reforçam a exclusão, a sensação expulsiva e a visibilidade parcial, somente a partir de uma perspectiva negativa.

Assim, mais do que essas pessoas se sentirem menos excluídas, a relação delas com esses serviços tem a potência (que pode ou não se atualizar na produção das práticas de cuidado) de fabricar, com elas, novos possíveis. Estes têm mais chance de serem fabricados quando os serviços conseguem se construir, na cidade, como um dos lugares dessas pessoas que não têm lugar, não com o estatuto do “aparelho saúde”, de dominação (espinha dorsal da desigualdade, segundo Gonçalves Filho, 2007), ou em uma perspectiva salvacionista; mas com o estatuto de praça, da convivência, onde outras necessidades podem aflorar no encontro – na encruzilhada entre os diferentes modos de ser e pensar –, produzindo “narrativas múltiplas, entrecruzadas, fronteiriças e transgressoras” (Rufino, Haddock-Lobo, 2000, p. 19).

A produção das vidas negras e o racismo são partes centrais dessa necropolítica.

## 9.2 Invisibilização do racismo que atravessa os corpos das pessoas em situação de rua

*“Sempre penso que sou... sim, que sou um intruso. E que não faço parte desse mundo... eu não faço parte desse mundo. É uma leve sensação, que sempre me ocorre. E sinto sempre um par de olhos, o tempo todo a me vigiar... Eu sinto sempre um par de olhos o tempo todo a me vigiar.”*

“Leve Sensação” (Edson Gomes, 1988).

Durante a minha inserção no território do Centro Histórico de Salvador, especialmente durante meu caminhar cartográfico na pesquisa, venho me deslocando da forma como eu percebia as pessoas em situação de rua, percebia-me na relação com elas e, mais especificamente, percebia-me nas relações de cuidado. Esse deslocamento, que, claro, ainda está em curso, foi fazendo mais sentido e tomando forma a partir dos encontros com certos usuários, os quais conseguiam me afetar de forma diferente<sup>26</sup>, ajudando-me a me desterritorializar pouco a pouco.

Uma situação que experienciei no Pelourinho, antes mesmo de compor a equipe do CAPSad, me marcou muito. Eu e mais algumas pessoas de fora de Salvador, que vieram para um encontro do grupo de pesquisa da RAC, estávamos caminhando na rua em direção ao restaurante onde iríamos almoçar. Nesse momento, uma mulher negra, vendedora de fitinhas do Senhor do Bomfim, aproximou-se de umas das colegas. Acostumado a ser abordado por alguns/mas desses vendedores/as no Pelourinho, às vezes de forma insistente, quis “alertar” essa colega de um possível inconveniente que ela estava prestes a passar; fiz um sinal para que ela ficasse alerta em relação àquela aproximação. Nesse momento, a mulher, que depois soube tratar-se de uma usuária do CAPSad, percebeu o meu gesto e ficou visivelmente incomodada, chegando a falar algo como “está pensando que eu vou roubar?!!” Fiquei extremamente constrangido com o que acabara de fazer; percebi que esse “pequeno ato”, de um aparente cuidado, do lugar de um suposto anfitrião de pessoas que não estavam acostumadas com a dinâmica daquele território, foi, além

---

<sup>26</sup> Esses encontros nos quais me afetei de forma diferente foram justamente com os usuários que apontaram questões importantes, que me atravessavam, também de uma forma diferente: racismo, abismos sociais, despreparo para acolher e entender o sofrimento e os pré-conceitos, por exemplo.

de machista (por se tratar de uma colega do sexo feminino, imaginar que eu teria o papel de protegê-la), extremamente racista e preconceituoso. Nesse momento, ela deixou de ser invisível para mim; no entanto, visibilizei-a a partir de um filtro racista. Ali, naquele momento, além de constrangido, fiquei me sentindo mal comigo mesmo e percebi que precisava reconhecer o racismo que me habitava e que também fazia parte do meu processo de subjetivação.

Também ajudou nesse processo o encontro inusitado com as trabalhadoras da biblioteca da FMB, como coloquei no capítulo 3: “Preâmbulo: cartografia da minha aproximação do território do Centro Histórico de Salvador (os territórios por mim e em mim)”; e, especialmente, de uma sessão de debate promovida pela Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC) chamada “Racismo: travessias e (in)visibilidades”, da qual soube na véspera e na qual fiz um esforço enorme para estar presente.

Nesse período, sentia-me atravessado por sensações que eram como incômodos; sensações que eu não conseguia expressar bem em palavras começavam a tomar contornos mais nítidos para mim. Hoje, consigo significar que esse incômodo e esse momento fizeram parte do processo de reconhecimento gradual do racismo estrutural e da minha branquitude. Não o reconhecimento dos meus privilégios econômicos e sociais, pois entendo que isso eu conseguia fazer; mas o reconhecimento da minha pertença étnico-racial, dos meus privilégios raciais e da perspectiva narcísica própria da branquitude, que não reconhece nada além de sua própria imagem. Segundo Müller e Cardoso (2017, p. 16),

A branquitude significa pertença étnico-racial atribuída ao branco. Podemos entendê-la como o lugar mais elevado da hierarquia racial, um poder de classificar os outros como não brancos, que, dessa forma, significa ser menos do que ele. O ser-branco se expressa na corporeidade, a brancura. E vai além do fenótipo. Ser branco consiste em ser proprietário de privilégios raciais simbólicos e materiais.

Esse não reconhecimento desse lugar de privilégio racial produz uma cegueira não só em relação a mim mesmo, branco em uma sociedade extremamente racista; ao mesmo tempo, produz uma completa cegueira em relação aos universos existenciais do outro não branco. Por isso, faz sentido para mim o adjetivo “narcisista” que alguns/as autores/as trazem quando se referem à branquitude.

Bauman (1998) coloca que o ambiente no natural e sociocultural no qual nós, seres humanos, vivemos é produzido através de certo acordo em torno de pré-seleções e pré-interpretações realizadas por constructos de senso comum da realidade da vida diária. Esse autor coloca, ainda, que

Nenhum de nós pode construir o mundo de significações e sentidos a partir do nada: cada um ingressa num mundo “pré-fabricado”, em que certas coisas são importantes e outras não o são; em que as conveniências estabelecidas trazem certas coisas para a luz e deixam outras na sombra. Acima de tudo, ingressamos num mundo em que uma terrível quantidade de aspectos são óbvios a ponto de já não serem notados e não precisarem de nenhum esforço ativo, nem mesmo o de decifrá-los, para estarem invisivelmente, mas tangivelmente, presentes em tudo o que fazemos – dotando desse modo os nossos atos, e as coisas sobre as quais agimos, de uma solidez de “realidade” (Bauman, 1998, p. 17).

Bauman (1998, p. 17-18) avança na discussão sobre a construção dessa realidade que habitamos e produzimos, trazendo uma discussão importante para a reflexão que estou propondo:

Entre os ingredientes tácitos [...] dessa sabedoria de senso comum que todos recebemos [...], o lugar de honra pertence à suposição de “perspectivas recíprocas”. Aquilo em que acreditamos sem pensar [...] é que as nossas experiências são *típicas* – ou seja, que quem quer que olhe para o objeto “lá fora” vê “o mesmo” que nós, e que quem quer que aja obedece “aos mesmos” motivos que conhecemos com a introspecção. Também acreditamos na “permutabilidade de pontos de vista”; isto é, em que, se nos colocamos no lugar de uma pessoa, veremos e sentiremos exatamente “o mesmo” que ela vê e sente em sua posição presente – e que essa façanha ou empatia pode ser retribuída.

A dificuldade de enxergar a existência do Outro, a partir de referenciais diferentes dos hegemonicamente construídos, se dá pelo fato de todos os referenciais simbólicos, estéticos e afetivos aprendidos por mim, “minhas experiências típicas”, como se abarcassem a totalidade do mundo e das formas de existir em uma perspectiva universalizante, sempre terem sido os referenciais da branquitude (incluem-se, aí, referenciais raciais, de classe social, de gênero e de heteronormatividade). Como sentir a dor e o sofrimento do outro se eu, em toda a minha vida, nunca passei por nenhuma situação de racismo? Se nunca recebi olhares de desconfiança, suspeitando de mim e se perguntando se eu iria furtar um produto em alguma loja? Se nunca duvidaram de minha capacidade intelectual e de minha competência por conta da minha cor de pele? Se nunca senti a dor de me perceber invisível, de não me sentir como um igual? Se nunca fui enxergado exclusivamente a

partir de uma lente racial, ou, se o fui, isso nunca trouxe sequer um problema para a minha vida?

O relato de uma residente de medicina que estava estagiando no Consultório na Rua, presente no primeiro encontro com essa equipe, sobre um encontro com um homem em situação de rua durante o início do estágio, retrata bem essa assimetria de classe e de raça, traz como algumas pessoas em situação de rua sentem-se e, também, a experiência de ser branco em uma sociedade racista:

**“Tudo bem? Qual o nome do senhor?” Aí, ele falou: “Senhor nada! Aqui eu não tenho condições de ser senhor de nada! Se tem alguém que é senhora de alguma coisa aqui é você!”** Porque a condição étnico-racial da nossa sociedade não permite que eu seja senhor de nada! Ele perguntou: “você tem quantos anos?” E eu falei: vinte e sete. E ele falou: “tá vendo?! Eu tenho trinta e nove, você tem vinte e sete e já é médica! Eu tenho trinta e nove e sou o quê?! Sou maloqueiro!” Aí eu falei: “Pô, velho, sente aqui” Aí, eu fiquei conversando com ele e ele foi falando várias coisas...de que ele foi rejeitado pela família, foi para a rua, passou no vestibular de serviço social, começou a cursar e ele disse: “O Corra (Projeto Corra pro Abraço) não me deu nada!” Aí, depois, ele parou e pensou assim: “Não, nada, assim, eu continuo morando na rua, mas se eu tenho o entendimento que hoje eu tenho, se eu consegui passar no vestibular, foi porque eu tive lá essas equipes por perto!” Mesmo nessa condição toda, ele conseguiu...só de ele ter esse entendimento e falar tudo isso que ele me falou, já é muita coisa, né? E é uma das coisas que é para despertar disso que a gente estava discutindo, de uma ferramenta de estar gerando esse próprio entendimento da situação dele, de como ele pode se cuidar, como pode ser outras possibilidades...tentar conseguir moradia, perspectivas, né? (Primeiro encontro com a equipe do Consultório na Rua, 4 de agosto de 2019).

Num curso que tem da Defensoria logo que eu entrei, na minha primeira semana, esse mesmo usuário fez uma fala que fez refletir muito! Ele falou que quanto mais ele estuda, não sabe se fica mais feliz por ter um conhecimento, ou se ele fica triste por saber que ele tem um conhecimento e não tem possibilidade alguma dele melhorar de vida...um auxílio aqui, moradia ali...sim, e aí?? (Primeiro encontro com a equipe do Consultório na Rua, 4 de agosto de 2019).

Interessante essa percepção da residente de que já seria “muita coisa” uma pessoa negra e pobre ter consciência política; uma percepção com a qual eu mesmo cheguei a concordar naquele momento, mas que, claramente, é uma construção do lugar do privilégio branco (branquitude) e relacionada com uma perspectiva de classe social. No trecho seguinte, o usuário, em poucas palavras, destrói a ideia da meritocracia, que é um importante “valor” do neoliberalismo, o qual defende que, com muito esforço, perseverança e força de vontade, qualquer um consegue, como se fosse algo que dependesse apenas do agir individual.

Fanon (2008, p. 106-107), em seu livro “Pele Negra, Máscaras Brancas”, descreve de forma extremamente sensível, porém contundente, como é perceber-se negro em uma sociedade de hegemonia branca, algo que eu nunca senti e nunca sentirei, nunca soube como é e nunca saberei:

Nessa época, desorientado, incapaz de estar no espaço aberto com o outro, com o branco que impiedosamente me aprisionava, eu me distanciei para longe, para muito longe do meu estar-aqui, constituindo-me como objeto. O que é que isso significava para mim, senão um desalojamento, uma extirpação, uma hemorragia que coagulava sangue negro sobre todo o meu corpo? No entanto, eu não queria esta reconsideração, esta esquematização. Queria simplesmente ser um homem entre outros homens. Gostaria de ter chegado puro e jovem em um mundo nosso, ajudando a edificá-lo conjuntamente. Mas rejeitava qualquer infecção afetiva. Queria ser homem, nada mais do que um homem. [...] Onde me situar? Ou melhor, onde me meter? Martinicano, originário de “nossas” velhas colônias. Onde me esconder? [...] Meu corpo era devolvido desancado, desconjuntado, demolido, todo enlutado, naquele dia branco de inverno. O preto é um animal, o preto é ruim, o preto é malvado, o preto é feio; olhe, um preto! Faz frio, o preto treme, o preto treme porque sente frio, o menino treme porque tem medo do preto, o preto treme de frio, um frio que morde os ossos, o menino bonito treme porque pensa que o preto treme de raiva, o menino branco se joga nos braços da mãe: mamãe, o preto vai me comer! Nas proximidades do branco, no alto os céus se desmantelam, debaixo dos meus pés a terra se arrebenta, sob um cântico branco, branco. Toda essa brancura que me calcina [...]

Frantz Fanon (2008, p. 110) segue:

[...] eu era odiado, detestado, desprezado, não pelo vizinho da frente ou pelo primo materno, mas por toda uma raça. Estava exposto a algo irracional. Os psicanalistas dizem que não há nada de mais traumatizante para a criança do que o contacto com o racional. Pessoalmente eu diria que, para um homem que só tem como arma a razão, não há nada de mais neurotizante do que o contato com o irracional.

Gonçalves Filho (2007, p. 212) traz a ideia de que a humilhação política não tem a ver imediatamente com privações econômicas, menos ainda com diversidade cultural e profissional, mas, sim, com o preconceito dos outros: “[...] há preconceito envolvido no fenômeno da humilhação. O enigma da humilhação política precisa ser ligado ao enigma do preconceito. E o enigma do preconceito (isso é decisivo!) precisa ser ligado ao enigma da dominação.”

Dessa forma,

O preconceito não pode ser suficientemente determinado se, quando o caracterizamos como um fenômeno de afastamento do outro, vinculamo-lo apenas aos temas do estereótipo e das atitudes (temas muito caros à

Psicologia Social de bases gestaltistas) ou do narcisismo (tema muito encarecido e explorado pela psicanálise parisiense). O tema do preconceito só pode ser satisfatoriamente determinado quando afinal ligado ao tema da dominação. No preconceito estou voltado para o outro como para um estranho, mas não só: encontro-me na contingência de dirigir-me a ele (ou poder a qualquer instante fazê-lo) como alguém abaixo e a meu serviço (Gonçalves Filho, 2007, p. 212).

Assim, é possível dizer que o racismo nos atravessa a todos e é estruturante de nossa sociedade. Por isso, parece haver sentido na caracterização da branquitude como “narcísica”, não por que desconsidera-se a perspectiva política das relações de poder e da dominação contidas no preconceito, mas para demarcar que a branquitude, pensada como uma dobra “produção-consequência” do racismo, implica invisibilização e não reconhecimento do outro, de suas perspectivas e de seus sofrimentos. É como se olhássemos para o outro e víssemos apenas nossa imagem em um espelho, como se a existência desse outro fosse produzida sobre os mesmos pilares que a minha; uma imagem que nos leva a tentar, de forma presunçosa, totalizadora e violenta, encaixar a complexidade das vidas humanas e de suas vicissitudes nos nossos referenciais eurocêntricos e colonialistas, como se universais fossem.

Por outro lado, como coloca Kilomba (2019), o racismo também é usado como negação, para manter e legitimar estruturas violentas de exclusão racial. Como abordei no capítulo 6 – “Mapa 1 – Cartografia das violências no CAPSad: a violência como analisador da produção do cuidado” –, a violência nesse serviço era enxergada por nós apenas a partir de sua perspectiva negativa atribuída aos usuários e não à equipe. Entender meu próprio papel e o papel da equipe na produção da violência foi um movimento intenso, pois sempre eram os usuários os responsáveis pela violência. Mas, ao fim, eles tornavam-se uma tela de projeção daquilo que nós tínhamos reconhecer em nós mesmos, nesse caso, a nossa própria violência (Kilomba, 2019).

Essa vã tentativa de encaixar a complexidade das vidas nas nossas formas de entender o mundo, especificamente no caso da produção do cuidado em saúde, é extremamente violenta. Em parte, pelo lugar de privilégio ocupado pelos trabalhadores de saúde, pois “a posição social do privilégio vem marcada pela violência, mesmo que determinado sujeito não seja deliberadamente violento” (Ribeiro, 2019, p. 33). Mas, também, porque há uma relação de poder bastante assimétrica entre os chamados profissionais de saúde e as pessoas que buscam cuidado, marcada pelo lugar do



saber científico hegemônico que aqueles ocupam; um lugar legitimado social, legal e politicamente pela universidade.

Assim, há necessidades de saúde, materiais e emocionais, frutos de vidas que, ao mesmo tempo que são pura potência e resistência, portam, também, sofrimentos ético-políticos profundos. Parece haver um importante descompasso entre o que as pessoas em situação de rua demandam para a equipe do CAPSad e o que esta, como consequência de suas disputas internas e tensões constitutivas, pode e/ou consegue produzir como seu papel social e como cuidado em saúde (sempre em diálogo com a sociedade, pois a equipe também é uma expressão heterogênea dessa mesma sociedade e termina vocalizando suas várias representações e demandas).

Em diálogo extremamente articulado com essas armadilhas que nos levam a individualização, culpabilização e reducionismo do sofrimento das pessoas em situação de rua, foi-se apresentando o papel do racismo na produção do sofrimento e do adoecimento das pessoas negras.

Mais do que uma análise de como a experiência cotidiana e onipresente do racismo produz sofrimento mental nas pessoas negras<sup>27</sup>, a construção de outras visibilidades em relação a esse sofrimento produzido pelo atravessamento do racismo, em todas as suas manifestações, nos corpos dessas, o reconhecimento da branquitude que me habita e seus efeitos em mim foram importantes desdobramentos desta pesquisa.

#### **Certidão de Óbito**

Os ossos de nossos antepassados  
colhem as nossas perenes lágrimas  
pelos mortos de hoje.

Os olhos de nossos antepassados,  
negras estrelas tingidas de sangue,  
elevam-se das profundezas do tempo  
cuidando de nossa dolorida memória.

A terra está coberta de valas  
e a qualquer descuido da vida  
a morte é certa.

A bala não erra o alvo, no escuro  
um corpo negro bambeia e dança.  
A certidão de óbito, os antigos sabem,  
veio lavrada desde os negreiros.

(Conceição Evaristo, 2021)

---

<sup>27</sup> Tema de extrema relevância, mas que não me cabe e nem teria condições de fazer, assim como não faz parte do escopo desse capítulo e desta tese.

## Referências

- Agamben G. Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: UFMG; 2004.
- Almeida SL. Racismo Estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- Barros M. Livro sobre nada. Rio de Janeiro: Record; 1996.
- Bauman Z. O Mal-Estar da Pós-Modernidade. Rio de Janeiro: Zahar; 1998.
- Evaristo C. Certidão de Óbito [Internet] [cited 2021 Jun 22]. Available from: <https://www.culturagenial.com/poemas-de-conceicao-evaristo/>.
- Fanon F. Pele Negra, Máscaras Brancas. Silveira R, tradutor. Salvador: Edufba; 2008.
- Gomes E. Leve Sensação. Reggae Resistência (Álbum); 1988.
- Gonçalves Filho JM. Humilhação social: humilhação política. In: Orientação à queixa escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.
- Ignácio MV, Mattos RA. O Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental do Ministério da Saúde: a saúde mental da população negra como questão. Saúde Debate. 2019 Dec;43(Spec 8):66-78.
- Kilomba G. Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano. Oliveira J, tradutor. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.
- Lorey I. Estado de inseguridad: Gobernar la precaridad. Cedillo RS, tradutor. Madrid: Mapas; 2016.
- Mbembe A. Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte. Santini R, tradutor. 3a ed. São Paulo: n-1; 2018.
- Menezes AP, Moretti B, Reis AA. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Saúde Debate. 2019 Dec;43(Spec 5):58-70.
- Merhy EE. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia. Grupo de Trabalho de Álcool e outras Drogas. Drogas e cidadania: em debate. Brasília, DF: CFP; 2012. p. 9-18.
- Moço VR. Das execuções sumárias cometidas por agentes públicos: um estudo da violência policial e seletividade no Brasil. Revise – Revista de Ciências do Estado. 2018 jun-Dec;3(2):96-116.
- Müller TM, Cardoso L. Branquitude: estudos sobre identidade branca n Brasil. Curitiba: Appris; 2017.

Pelbart P. Vida capital: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras; 2011.

Renault E. A Critical Theory of Social Suffering. London: Equinox; 2010.

Ribeiro D. Pequeno Manual Antirracista. São Paulo: Companhia das Letras; 2019.

Rolnik S. Esferas da Insurreição: notas para uma vida não cafetinada. 2a ed. São Paulo: n-1; 2019.

Rufino L, Haddock-Lobo R. Apresentação. Dossiê Filosofia e Macumba. Cult. 2000 Feb;254.

Sá Dultra L. Acesso da população em situação de rua na Atenção Básica: uma análise das práticas instituídas pela Saúde da Família no Centro Histórico de Salvador [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2018.

Sawaia BB. O Sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: Sawaia B, et al., organizadores. Artimanhas da Exclusão: Análise Psicossocial e Ética da Desigualdade Social. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 97-118.

Veloso C. Sampa. Muito (Compacto); 1978.

Von Flach PM. Experiências de sofrimento social e movimentos de resistência entre trabalhadores e gente de rua (usuários de álcool e outras drogas), na Praça das Duas Mãos – Salvador-Bahia [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2019.

## **CAPÍTULO 10 – MAPA 5 – QUARTO DESDOBRAMENTO: CARTOGRAFIA DO ESGOTAMENTO: ALGUNS ASPECTOS DA PRODUÇÃO DO SOFRIMENTO DO TRABALHADOR DE SAÚDE NO CUIDADO COM AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA**

Teve um atendimento hoje que um usuário falou que percebe que a equipe está adoecida. A gente conversou um pouco sobre a relação dele com o serviço, porque, mesmo ele vindo todos os dias para o serviço, fazendo todas as oficinas que a gente tem aqui, ele ainda associa o serviço a algo negativo, devido à relação que ele tem com a equipe. Aí, ele falou essa frase mesmo: a equipe está adoecida. Aí, eu só me lembrei disso, que ele disse que a equipe está adoecida e que mesmo tentando passar a diante dessas situações, aí eu acho que tem a ver com a contratransferência, que ainda não conseguiu superar esses atritos por conta dessa falta de cuidado da equipe. Só para exemplificar também o sofrimento (Primeiro encontro com a equipe do CAPSad, 11 de julho de 2019).

Começo este capítulo com um trecho extraído das transcrições do primeiro encontro com a equipe do CAPSad que fala sobre “adoecimento” e “sofrimento” de seus trabalhadores. Apesar de ser a fala de um trabalhador desse serviço e desse tema ter aparecido fortemente no material empírico produzido com essa equipe, as reflexões que procuro fazer a extrapolam. As questões envolvidas nesse sofrimento atravessam também a equipe do Consultório na Rua, mesmo que de uma maneira diferente.

Como abordei no capítulo 6 e desenvolvi no capítulo 8, à medida que as “demandas vorazes” invadiam o CAPSad sem pedir licença, os trabalhadores, não de forma homogênea, foram entrando em cansaço e esgotamento. Mas, também, poderia dizer que alguns trabalhadores entraram em combustão, no sentido de serem consumidos diariamente por essas demandas das “existências insurgentes”, que convocam uma energia que nem sempre tínhamos de onde tirar. Além de serem demandas que geravam excesso de trabalho, principalmente para as pessoas em regime de quarenta horas semanais, exigiam um alto grau de mobilização afetiva, relacional e comunicacional, o que as torna demandas bastante complexas.

Analisar esse caminho do adoecimento como um processo que percorre a história natural da doença levaria a associar o sofrimento a uma doença que se expressa por um conjunto de sinais e sintomas e que possui CID (Classificação Internacional das Doenças). Nesse sentido, fatalmente abordaria o tema da Síndrome de *Burnout*. No entanto, esse não foi o caminho desta pesquisa, como também o

adoecimento não foi abordado como um fenômeno universal transcendente que acomete os trabalhadores caso sejam expostos a certas condições (nesse caso, o excesso de certo tipo de trabalho) por uma determinada quantidade de tempo. O olhar para o sofrimento dos trabalhadores das duas equipes de saúde, que atuam em determinados território e período de tempo, foi sendo produzido a partir das pistas do caminhar cartográfico com essas equipes.

O sofrimento, aqui, é tomado com um fenômeno complexo e multideterminado, vivido à medida que as próprias existências são produzidas. Tem a ver com pessoas e seus processos de subjetivação, não podendo ser reduzido ao adoecimento ou à dor física (Cassel, 2004).

De acordo com Kinoshita et al. (2016, p. 53),

Cada experiência de sofrimento é singular, pois toda vivência se compõe por sensações e emoções percebidas através do corpo, dos sentimentos, das ideias, dos conhecimentos produzidos pela sociedade, pelas opiniões pessoais, pelos valores que se tem da própria vida e de tudo o mais que compõe o complexo que é o universo de cada ser humano.

Assim, o sofrimento é uma produção que tem a ver com as relações, os contextos nos quais as pessoas estão inseridas e a experiência produzida a partir daí. Olhar para o sofrimento gerado na realização de seu trabalho, no caso do trabalhador de saúde, é olhar para a produção do cuidado que se dá em ato, no encontro entre esses, e entre esses e as pessoas que buscam cuidado. Em última instância, é olhar para o próprio encontro. Dessa maneira, dialoga com as necessidades de saúde trazidas pelas pessoas e pela forma como elas se expressam e são produzidas no espaço intercessor que se forma entre elas e os trabalhadores de saúde, e com os encontros entre os próprios trabalhadores. Dialoga com a forma como nós, trabalhadores de saúde, temos nossos corpos atravessados nos nossos contextos de trabalho, nos colocamos nos encontros e lidamos com as necessidades de saúde com as quais nos relacionamos (Merhy, 1998).

Dessa forma,

Os agentes produtores e consumidores são “portadores de necessidades macro e micropoliticamente constituídas, bem como são instituidores de necessidades singulares que atravessam o modelo instituído, no jogo do trabalho vivo e morto ao qual estão vinculados. A conformação das necessidades, portanto, dá-se em processos sociais e históricos definidos pelos agentes em ato, como positivities, e não exclusivamente como carências, determinadas de fora para dentro (Merhy, 1998, p. 7).

Os encontros são produções, em ato, entre sujeitos e entre estes e outros actantes (Latour, 1994). São imprevisíveis e habitados por tensões constitutivas, pois são diferentes os corpos, mundos, modos de existências e expectativas que se encontram. Corpos no sentido espinosista, como potências/devires, e não apenas diferentes corpos biológicos ou físicos (Spinoza, 2018; Deleuze, 2002).

Peter Pal Pelbart (2007, p. 62-63) interroga que corpo é esse que se apresenta nesse encontro:

“O corpo é aquele que não aguenta mais.” É uma definição do corpo. O que é o corpo? É aquele que não aguenta mais. Como assim? O que será que o corpo não aguenta mais? O corpo não aguenta mais tudo aquilo que o coage, por fora e por dentro. [...]. Mas também o que o corpo não aguenta mais é a docilização que lhe foi imposta pelas disciplinas nas fábricas, nas escolas, nos exércitos, nas prisões, nos hospitais, pela máquina panóptica. [...]. Nessa linha, também Deleuze insiste: um corpo não cessa de ser submetido aos encontros, com a luz, o oxigênio, os alimentos, os sons, as palavras cortantes. Um corpo é primeiramente encontro com outros corpos. Um corpo é primeiramente poder de ser afetado, mas não por tudo e nem de qualquer maneira, como quem deglute e vomita tudo com seu estômago fenomenal, na pura indiferença de quem nada abala. Como então preservar a capacidade de ser afetado, se não através de certa permeabilidade, de certa passividade até, de uma certa fraqueza. Eu vou fazer uma pergunta absurda: como ter a força de estar à altura de sua própria fraqueza, ao invés de permanecer na fraqueza de cultivar apenas a força?

Reconhecer o corpo que não aguenta mais a docilização e que nele está inscrito o poder de ser afetado coloca o sofrimento como um analisador. Que afetações têm produzido os encontros com as pessoas em situação de rua? Como o sofrimento dos trabalhadores interroga a relação de nossos cuidados com projetos de docilização dos corpos? Como o sofrimento e a violência da vida das pessoas em situação de rua atravessam os corpos dos trabalhadores?

Os corpos dos trabalhadores de saúde na relação de cuidado com as pessoas em situação de rua são depositários de violências produzidas estruturalmente na nossa sociedade, para além das violências institucionais e simbólicas fabricadas nos serviços de saúde. Assim, ser agredido ou sofrer ameaças de um usuário enquanto está tentando oferecer suporte a ele, mas, também, trabalhar em contextos de precarização do trabalho e destruição das políticas públicas (saúde, assistência social, habitação, etc.), sem reconhecimento social por sustentar esse fazer extremamente difícil e pautado no encontro com pessoas portadoras de sofrimentos intensos, está intrinsecamente relacionado com a produção do sofrimento nos trabalhadores (Von Flach, 2019).

De maneira complementar e intrinsecamente relacionada, a maneira como nos afetamos nesses encontros, em alguma medida, também dialoga com os atravessamentos e afetos que atuam na produção de subjetividade em cada um de nós e, assim, com a construção do nosso lugar no mundo e com a construção prévia que fizemos sobre o que esperamos de cada encontro. Produções que também têm a ver com o que entendemos que é o nosso papel e o papel do outro nessa relação. Dialoga com o quanto conseguimos identificar dos afetos produzidos nos encontros com as pessoas, e os efeitos deles no nosso corpo (afecções); assim como dialoga com a forma pela qual conseguimos lidar com essas afecções (pois cada encontro também tem um papel nos processos de subjetivação) (Spinoza, 2018).

No caso do sofrimento produzido no trabalho, em um serviço de saúde, a maneira como o trabalhador o vivencia também está relacionada com a existência ou não de estratégias coletivas, no próprio cotidiano do trabalho, que possibilitem que o sofrimento possa ser compartilhado/expressado de forma cuidadosa, acolhido, compreendido e tomado como disparador de processos de educação permanente (Merhy et al., 2006), deslocamentos e elevação da potência coletiva da equipe<sup>28</sup>. Esses espaços, mesmos quando existem, são construídos em ato, atravessados pelas tensões e disputas.

O sofrimento dos trabalhadores será tomado como uma dobra do esgotamento, no sentido ofertado por Pelbart (2014), como um esvaziamento das possibilidades de atuar no mundo, tornando-o intolerável.

Sim, algo parece ter se esgotado nas formas de vida que pareciam inevitáveis. O esgotamento pode ser uma categoria política, biopolítica, micropolítica até, desde que se compreenda que não equivale a um mero cansaço, nem a uma renúncia do corpo e da mente. Mais radicalmente, é fruto de uma descrença, de uma operação de desgarramento; consiste num descolamento, numa deposição – em relação às alternativas que nos rodeiam, às possibilidades que nos são apresentadas, aos possíveis que ainda subsistem, aos clichês que os mediam e que amortecem nossa relação com o mundo, tornando-o tolerável, porém irreal e, por isso mesmo, intolerável e não mais digno de crédito. O esgotamento desata aquilo que nos liga ao mundo, que nos prende a ele e aos outros, que nos agarra às suas palavras e imagens, que nos conforta no interior da ilusão de inteireza (do eu, do nós, do sentido, da liberdade, do futuro) da qual já desacreditamos há tempo, mesmo quando continuamos a ela apegados. (Pelbart, 2014, p. 260-262).

---

<sup>28</sup> Abordarei esse tema de forma mais aprofundada no Capítulo 11 “Devir-anômalo-cartógrafo e as existências insurgentes: reflexões sobre a instauração de novos modos de existência”.

Que efeitos os afetos produzidos nos encontros com as pessoas em situação de rua – existências insurgentes – têm no nosso corpo? O que esses encontros nos fazem ver e dizer sobre o sofrimento/esgotamento em nós? A partir dessas perguntas, serão abordadas algumas facetas da produção desse sofrimento relacionadas com a maneira como nós, trabalhadores de saúde, nos colocamos nesses encontros.

### **10.1 Devir colonial-salvacionista: “resolver a vida do usuário” é a nossa missão, no “lugar daqueles que não têm lugar”?**

A equipe tenta dar conta de todas as demandas que o usuário traz para o serviço, quando não deveríamos, né? A gente não é serviço completo e integral na vida da pessoa, para o usuário do serviço. A gente precisa fazer com que essas pessoas caminhem e circulem pela rede e por outros serviços; e, às vezes, a angústia que o usuário traz também é nossa angústia! É a angústia de não poder resolver tudo para aquele indivíduo; então, a gente também se depara com isso! A gente quer dar conta de tudo para aquela pessoa, quando a gente não é isso tudo, e não tem como ser isso tudo. Então, é, também, aí um disparador de sofrimento, para eles e para a gente! Para eles, pela decepção e pela angústia de não resolver tudo aqui dentro; pelo imediatismo que eles nos trazem. [...] E a gente também ter isso em mente, né? A gente não vai dar conta de tudo, não! (Primeiro encontro com a equipe do CAPSad, 11 de julho de 2019).

Esse trecho, também extraído das transcrições do primeiro encontro com a equipe do CAPSad, visibiliza dois elementos centrais para olhar o que esses encontros com as pessoas em situação de rua produzem em nós e, por conseguinte, para a forma como atuamos na produção do cuidado: a ideia de que a função da equipe seria “dar conta de tudo para aquela pessoa” e a ideia de que os usuários ficam “decepcionados e angustiados por não conseguirem resolver tudo dentro do serviço”. Atualizam, nesse sofrimento, a dobra onipotência/impotência que atravessa fortemente o CAPSad, já discutida anteriormente.

Esses dois elementos ajudam a modular o objetivo de nossos investimentos nos encontros com os usuários; o que consideramos que é nosso papel, o papel do outro e o papel do próprio serviço, como discutido no capítulo 8: “Mapa 3 – Segundo desdobramento: Cartografia do CAPSad no cuidado com as pessoas em situação de rua: um lugar dos que não têm lugar”; o que entendemos como “sucesso” e “fracasso” no nosso trabalho; e, inclusive, o tipo de aposta que conseguimos sustentar nesse cuidado. Essa modulação faz com que produzamos expectativas em relação a nós mesmos, trabalhadores de saúde, e em relação aos usuários dos serviços nos quais



atuamos. Expectativas que, quando não alcançadas, produzem frustração, sensação de impotência e sofrimento.

São ideias que remetem a vários pressupostos ou imaginários. Um deles é o de que as pessoas em situação de rua têm a vida completamente desestruturada; um outro pressuposto é o de que essas pessoas não têm condições de se organizar ou não têm autonomia para isso.

Isso coloca outra questão: o que seriam, exatamente, uma vida desestruturada e uma vida estruturada? Em segundo lugar: de que forma o julgamento feito por nós, trabalhadores/as de saúde, sobre se uma vida é ou não estruturada atravessa a produção do cuidado com esses viventes de suas próprias vidas? E, ainda: como esse julgamento modula e produz a forma como entendemos e nos posicionamos no nosso trabalho e nos encontros com as pessoas em situação de rua? Os critérios usados para essa definição são dos trabalhadores de saúde, das pessoas cujas vidas estão sendo julgadas, ou uma produção social que vai mais além e que nos habita? Fazer esse julgamento pode acionar um *modus operandi* da equipe de saúde que aponta um conjunto de intervenções ortopédicas que visam “consertar” essas vidas no sentido de que há formas “adequadas” de viver, ou pode servir como um indicativo de que devemos nos aproximar delas e nos relacionar com a sua produção, de maneira a contribuirmos com a construção, conjuntamente, de novos possíveis.

Por outro lado, também vale refletir: essas “vidas desestruturadas”, existências insurgentes, não seriam formas de se estruturar que, apenas, são diferentes das nossas? Não seriam formas possíveis para essas pessoas, nesse momento de suas vidas, e que, eventualmente, terminam produzindo algum tipo de sofrimento ou adoecimento? Os possíveis deslocamentos gerados por essas perguntas fazem uma diferença enorme na forma como as enxergamos e, por conseguinte, nos produzimos nessa relação.

As diferentes autonomias para organizar as suas vidas, que atravessam as pessoas em situação de rua, nos sinalizam que, ao demandar o cuidado das equipes<sup>29</sup>, elas estariam, de alguma forma, em busca de meios para ampliar essa autonomia. Sinalizam, também, o entendimento de que as equipes teriam como apoiar

---

<sup>29</sup> Vale ressaltar que muitas pessoas em situação de rua não necessariamente “buscam” as equipes de saúde, mas são buscadas por estas.

nesse processo (tanto da construção de realidades possíveis como de ampliação dos graus de autonomia para produção de mais vida).

Nessa perspectiva, e tomando a saúde “como ganhos dos graus de autonomia no modo de o usuário andar na sua vida” (Merhy, 1998, p. 105), podemos entender que essa pode ser uma aposta central na atuação de uma equipe de saúde. Coloca em cena um terreno tenso que é constitutivo da produção do cuidado: a dinâmica entre a tutela e a autonomia, na qual “a produção do ato cuidador é imediatamente um responsabilizar diante de uma intervenção, que tem uma forte dimensão tutelar, mas que pode, e deve, estar implicada com ganhos efetivos de autonomia do usuário diante do seu modo de caminhar a sua vida” (Merhy, 1998b, p. 9-10).

Um trecho dos Diários Cartográficos de fevereiro de 2017, nomeado como “O surto coletivo”, e com o qual dialoguei no capítulo 6, é interessante para refletir sobre a tutela e a autonomia. Nesse trecho, um dos usuários coloca que os trabalhadores deveriam ter preparo para lidar com as crises dos usuários, pois eles (os usuários do serviço) é quem tinham problemas, usavam drogas e moravam na rua e, por isso, estavam ali para serem cuidados; e não os trabalhadores, que têm dinheiro, acesso a comida e um lugar para dormir no fim do dia.

A narrativa desse usuário, ao mesmo tempo que expressa um sofrimento social e denuncia uma profunda desigualdade social (como discutido no capítulo 9: “Mapa 4 – Terceiro desdobramento: Cartografia breve da produção do sofrimento de ‘certos humanos’: uma questão ética e política”), também convoca uma relação produzida em torno da tutela, ao dizer mais ou menos assim: “Vocês é que são os profissionais de saúde e que devem saber como lidar conosco! Estamos aqui para sermos cuidados!”

Essa implicação em torno de um encontro para a produção do cuidado centrada na construção da autonomia não está dada e depende muito da relação que é construída em ato nesse encontro. Tanto nós, trabalhadores de saúde, como os usuários, apontamos às vezes para a produção de autonomia, às vezes para a produção de tutela. Uma dobra que construímos nas relações de cuidado, sempre de forma tensa. É uma produção mútua e imbricada.

O movimento refletido aqui não é o de identificar se há tutela ou autonomia nas relações de cuidado, pois vimos que elas são constitutivas deste. Trata-se de analisar como esse “devir tutelador” nos atravessa e o que ele pode estar nos falando sobre as formas como nos posicionamos nos encontros com as pessoas em situação de rua, especificamente.

O “dar conta de tudo para aquela pessoa” pode sugerir que seria necessário que nós, quase em uma perspectiva heroica, assumíssemos esse lugar “de fora” em relação a essas vidas, como interventores, para garantir uma ação capaz de produzir as mudanças adequadas e necessárias para esses Outros, a partir de uma perspectiva social e histórica de “um normal”. Exercer um poder-saber sobre corpos “disfuncionais”.

Isso pode ser uma armadilha perigosa e extremamente deletéria para as relações de cuidado, reforçando a aposta pretensiosa de que são os trabalhadores de saúde que têm a atribuição, quase como enviados de alguma força maior – o Estado ou o Criador –, de estruturar essas vidas, desde que de acordo com certos marcos do que consideramos como vidas adequadas para serem vividas. A construção dessa armadilha é atravessada por uma perspectiva neocolonialista (Kilomba, 2019), missionária, de salvação de almas perdidas para a droga ou para a miséria.

Outro elemento importante é a nossa construção a partir de uma perspectiva de “profissionais de saúde”, com seus atravessamentos cientificistas, positivistas e tecnicistas. Como abordei no capítulo 5 – Cartografia da investigação: a construção do ‘caçador-cartógrafo’ em busca do objeto da pesquisa” –, essa perspectiva nos prepara muito bem para enxergar, considerar como objeto de nosso trabalho e, em última instância, agir de uma forma reducionista em relação ao sofrimento das pessoas. O “não saber” se relaciona com a complexidade e heterogeneidade do sofrimento e da construção das necessidades de saúde para além da dimensão biológica, e termina, em alguns momentos, sendo bastante desconfortável e angustiante para os trabalhadores de saúde.

Esse elemento relaciona-se com outro que também é bastante relevante: hegemonicamente, entendemos a saúde e suas profissões como ferramentas de produção de bem-estar, longevidade, corpos funcionais, comportamentos saudáveis, enfim, de existências consideradas certas ou desejáveis. Esse biopoder em relação à vida das pessoas, essa biopolítica, na perspectiva de uma sociedade de controle, nos coloca certa função social, a qual nós mesmos passamos a nos cobrar a exercer. E também passamos a exigir e a esperar das pessoas comportamentos que respondam a esse exercício de controle (Agamben, 2004; Deleuze, 1992).

Um trabalhador do Consultório na Rua trouxe de forma bastante interessante como esse papel construído para nós e por nós se expressa, na produção do cuidado, através da ideia de que temos uma solução ou resposta para esse outro. Esse papel

vai produzindo estratégias de cuidado para ajudar que ele siga o que estamos propondo, que seja conforme coloca o trabalhador:

Então, a gente se depara com uma barreira tão grande que é a subjetividade daquela pessoa. Como a gente pode ajudar sem convencê-la? Não pode! A gente precisa convencê-la a ser ajudada! E aí entra, talvez, num poço sem fundo, porque a realidade psíquica daquela pessoa deve ser algo aterrorizante, imagino! Para que ela, diante da oferta do cuidado, ela recusa e permaneça naquele sofrimento todo, e aí, a equipe se depara com essa dificuldade. Por isso, que nosso trabalho, eu acho muito difícil ser quantificado, porque é de uma subjetividade imensa. [...] a gente tem que convencer ela do cuidado dela! Então, a cada encontro que a gente tem com ela, eu acho que é um trabalho imenso! É justamente isso! A gente tem que convencer, para que naquele momento, ali, resolver o que tem para resolver ali, naquela hora que a gente convenceu, porque a gente convenceu agora, amanhã, daqui a meia hora, é outra situação outro cenário totalmente diferente, né? [...] E, a cada encontro desse, cada tentativa dessa, está embutido aí o sofrimento do trabalhador! Não é? (Primeiro encontro com a equipe do Consultório na Rua, 4 de agosto de 2019).

Nessa perspectiva, para “ajudar” uma pessoa, precisaríamos convencê-la de que é necessário ser ajudada. Um tipo de ajuda que nós, do nosso lugar no mundo, julgamos ser a mais adequada. Quando a pessoa não aceita ou “não se convence” de que deve aceitar ou seguir esse ajuda vinda de fora, terminamos não entendendo, frustrando-nos, tendo a sensação de que nosso trabalho fracassou, que estamos “enxugando gelo”.

A não aceitação, inclusive, muitas vezes é entendida por nós como um erro no julgamento de alguém que, tomado pela miséria, pela urgência e imediatismos da sobrevivência na rua, ou pela fissura na droga, não está em condições de julgar nada. Fica invisibilizada a dimensão insurgente dessa pessoa que não quer ajuda ou quer múltiplas possibilidades de ajuda, mas não necessariamente aquelas que achamos que é a adequada para ela. Pode querer, por exemplo, um lugar mais seguro para usar sua droga, para descansar da noite difícil, para tratar uma ferida no pé, mas não necessariamente sair da rua.

Fica, assim, como uma atribuição nossa apresentar as saídas que entendemos serem as mais adequadas para a vida dele. Com isso, sutilmente e sem nem percebermos, vamos assumindo o lugar de “heróis” ou “trabalhadores de saúde com um devir colonialista”. Quando essas propostas não são acatadas ou aceitas, ficamos com a sensação de que nós é que não conseguimos apresentar os melhores argumentos capazes de convencê-los, ou não conseguimos seduzi-los com o nosso “canto de sereia”. Como colocado no trecho anterior, essa sensação atravessa a

produção de sofrimento dos trabalhadores. É a produção do usuário que “não adere” ao tratamento.

Chamei de “heróis” ou “trabalhadores de saúde com um devir colonialista” porque essa construção, que não é a única, do nosso papel na produção do cuidado remete a uma perspectiva missionária, na qual esperamos salvar almas perdidas catequizando-as com nossa doutrina da boa vida, da saudável vida, ortopédica vida, civilizada vida. Não só corremos o risco de cair, como terminamos caindo, em, pelo menos, duas armadilhas: uma armadilha salvacionista e outra colonialista. Essas armadilhas nos produzem em torno de um “devir colonial-salvacionista”, que se expressa, pelo menos, em relação a três âmbitos: a rua, a droga (ou droga-doença) e à saúde do corpo de órgãos (Merhy et al., 2010).

Esse “devir colonial-salvacionista” muitas vezes se expressa no cuidado produzido com as pessoas portadoras de tuberculose pulmonar ou HIV, por exemplo, quando temos a expectativa e até exigimos que elas se comportem da forma idealizada por nós, a partir de nossas perspectivas e entendimentos de o que é saúde e de como esperamos que experienciem a relação com a doença. Perspectivas, por vezes, normalizadoras da vida – vidas administradas, que partem de um biopoder e que, na saúde, podem produzir um reducionismo e um esvaziamento de possibilidades para pensar o cuidado. O trecho a seguir, extraído de um encontro com a Equipe do Consultório na Rua, exemplifica bem essa problemática:

O que mais me frustra, e o que eu percebo que eu tenho que aprender muito com vocês, e ler também sobre isso, é o cuidado na rua! Porque, para mim, eu quero que a pessoa que tem tuberculose...eu não admito que uma pessoa com tuberculose não conclua o tratamento! Que uma pessoa com HIV não queira marcar o CEDAP (Serviço de Referência Estadual em Doenças Infeciosas)! Eu marco diversas vezes, me proponho a estar indo com ela, como é que ela...quer engravidar de novo e não que ir no CEDAP comigo, que eu já marquei com ela umas trezentas vezes e as trezentas vezes ela não foi! Como é que ela vai fazer isso com uma criança?! Engravidar e a criança ser exposta a vírus do HIV quando ela nascer com HIV? Isso mexe muito comigo, essa questão! Não conseguir que a pessoa faça a adesão ao tratamento...como é que uma pessoa está com uma ferida na perna e não vem?! Isso mexe muito comigo! É uma questão que eu tenho que trabalhar! Como lidar com isso? (Segundo encontro equipe do Consultório na Rua, 9 de setembro de 2019).

Reconhecer esse conflito e perceber-se movido por esse desejo salvacionista, associado a sua não superação, produz muito sofrimento e angústia no trabalhador por não conseguir produzir o cuidado de outros jeitos.

Em relação ao álcool e outras drogas, esse reducionismo, como abordei no capítulo 7 – “Mapa 2 – Primeiro desdobramento: sobre a necessidade de colocarmos a droga entre parênteses” –, atualiza-se em nós quando lidamos com as pessoas que fazem uso intensivo de drogas como doentes tomados pela droga-doença-vilã que toma conta das suas vidas, transformando-as em vítimas. Assim, se a droga tomou conta de seus corpos e é a causa de todo o mal na vida dessas pessoas, o serviço AD, por exemplo, é o lugar que tem como atribuição tratar essa droga-doença. Conclui-se, dessa forma, que a nossa atuação, à medida que tratamos essa doença, tem como missão “restaurar” as “vidas perdidas” para a droga.

Pela associação construída socialmente que a droga tem com o estar em situação de rua, como abordei no capítulo 8 – “Mapa 3 – Segundo desdobramento: Cartografia do CAPSad no cuidado com as pessoas em situação de rua: um lugar dos que não têm lugar” –, salvar as vidas perdidas para a droga tem uma forte associação, na perspectiva colocada, com tirar as pessoas da rua. Essa tensão tem efeitos nas equipes da saúde e da assistência social que trabalham com pessoas em situação de rua, tanto por que está entranhada na formação médico-hegemônica de cada profissão de saúde, habitando o fazer dessas equipes, como pela existência de expectativas “externas” que atribuem um papel social para esses serviços, vindas da sociedade e da gestão municipal<sup>30</sup>.

Trago parte de um trecho maior de um dos encontros com a equipe do Consultório na Rua, com o qual também dialoguei no capítulo 7, que traz essa expectativa da gestão municipal em relação a tirar as pessoas da rua:

Eu vejo esse momento, justamente, como uma forma de compartilhar nosso trabalho, seja o cuidado propriamente dito, daquele usuário que a gente está acompanhando, como, também compartilhar as nossas angústias, os nossos sofrimentos, as nossas frustrações...porque, por mais que a gente diga: “não é nosso papel tirar (da rua)!” Por mais que a gente saiba que a gente tem que tentar se afastar um pouco o nosso referencial no momento em que a gente está em contato com aquele sujeito ali, a gente sabe que é difícil! A gente termina idealizando algo que termina não se concretizando! Como é que ele, naquela situação, não aceita fazer um curativo?! A gente organiza tudo e é só! É “só”! Aparentemente, “é só”! Mas não é: “é só!!” Qual é o sentido, para ele, daquilo ali, que a gente está tentando... oferecer para ele?! Eu fico pensando, às vezes, que a expectativa da gestão é bem essa! De tirar (da

---

<sup>30</sup> Nesse caso, tirar as pessoas das ruas não se relaciona, necessariamente, com o salvar as vidas perdidas para a droga; há uma perspectiva higienista e gentrificadora nas ações da prefeitura municipal de Salvador (Sá Dultra, 2018).

rua)! (Segundo encontro com a equipe do Consultório na Rua, 9 de setembro de 2019).

Essas expectativas também nos atravessam como trabalhadores de saúde e sujeitos produzidos nessa mesma sociedade, uma tensão que se expressa na disputa pelo modo de cuidar. Esse trecho extraído da transcrição de um encontro com a equipe do Consultório na Rua dialoga bem com essa tensão, que também nos é constitutiva. Aqui, a perspectiva de “tirar da rua” aparece como uma “solução” que também é colocada por nós, e não só pela gestão municipal. É uma expectativa do trabalhador de saúde em relação ao outro que também faz parte do nosso repertório e das nossas idealizações sobre o que é melhor para ele em determinado momento.

[...] Nosso trabalho não é retirar da rua! Mas, os gestores acham que é! Mas eu acho que ficamos com essa ideia por trás, aí, **um pano de fundo, de que a gente vai ajudar aquela pessoa a sair daquela situação**; pelo menos, comigo, às vezes eu me surpreendo com essa expectativa de que a pessoa...quem me ajuda a desmistificar isso é “CS”! Ele se insere socialmente ali de uma forma que você não consegue tirar CS dali! Até fazer um tratamento, eu não sei se ele terminou, e tudo mais...mas ele está inserido ali, aquilo é a vida dele! O da tuberculose, a gente conseguiu, na rua, fazer o tratamento, mas o do HIV, ele nem chegou a... então, eu acho que chega num ponto que a gente não consegue entrar mais naquele mundo subjetivo daquela pessoa; que nem ele mesmo, ele ou ela, saiba manifestar sua dor e suas dificuldades...estão ali por circunstâncias mais potentes, mais fortes...então, é isso, eu falo por mim, **eu acho que eu ainda tenho a expectativa de tirar a pessoa da rua! Isso aí gera frustração, gera a sensação de que o trabalho não está rendendo e tudo o mais**. E a coisa que você falou, de que o cuidado longitudinal, ali e tal, mas, aí, o que é que acontece? Pode ser assim! Mas, às vezes, não dá tempo! Quantos já morreram durante esses cuidados? Vários! Então, a gente se depara com essas dificuldades [...] (Segundo encontro com a equipe do Consultório na Rua, 9 de setembro de 2019).

Em algumas situações, as expectativas criadas nessa relação terminam sendo produzidas a partir de uma aposta privada e unilateral de cada trabalhador, que investiu, se mobilizou, se doou e acreditou que aquela pessoa faria um movimento de adesão ao que foi proposto (saída da rua, internação, tratamento medicamentoso, mudança de comportamento, diminuição do uso da droga, aproximação com a família), e se engajaria nesse cuidado na mesma intensidade do investimento feito nele. Essas expectativas remetem à ideia de que as pessoas em situação de rua só estão ali porque ninguém lhes deu uma oportunidade para sair da rua e que, havendo essa possibilidade ofertada por uma equipe de saúde (ou de assistência social), elas deveriam aproveitá-la com todas as forças. Se a pessoa não aproveita essa “oportunidade dada” a ela, termina sendo julgada moralmente como alguém que teve

como sair da rua e não se agarrou nisso com unhas e dentes, como se tivesse perdido sua oportunidade de salvação.

Nessa perspectiva, se ela não se esforça, não merece o esforço que foi feito por ela e deve arcar com as consequências disso. Está posto o julgamento moral, que é um dos fortes vetores de subjetivação que atravessa os trabalhadores de saúde e se articula com um outro vetor da subjetivação importante, o do saber-poder da ciência (Franco, 2015).

É importante reforçar que a grande maioria das pessoas em situação de rua deseja um espaço de moradia. Não como uma prescrição de normalidade da saúde ou da assistência social, mas como acesso a um direito; o não acesso a esse direito lhes causa sofrimento e os expõe a diversas violências. Dessa forma, essa análise não desconsidera a enorme importância da implementação de políticas públicas de habitação e geração de renda, que sejam forjadas a partir das necessidades levantadas junto com as pessoas em situação de rua, buscando construir alternativas diversas de acesso à moradia, provisória ou não, que tem se mostrado, no Brasil e em experiências internacionais, como um elemento central. Um acesso a moradia condicionado por uma política pública que contribua para a efetivação do acesso a direitos e não por um controle dos corpos pela política de saúde ou assistência social.

A conexão com essa necessidade coloca a reflexão do papel da saúde em uma articulação intersetorial que pense a integralidade conectada ao acesso a direitos e construída conjuntamente a partir do sujeito, e não como um *a priori* ou um imperativo ligado aos protocolos da saúde e a despeito dos tempos e do desejo das pessoas.

## **10.2 Expectativa-cobrança-controle-falha-punição-sofrimento: diálogos entre o julgamento moral e a necropolítica**

No capítulo 6 – “Mapa 1 – Cartografia das violências no CAPSad: a violência como analisador da produção do cuidado” –, a partir de um trecho dos Diários Cartográficos e de outro trecho extraído dos registros de um dos encontros com a equipe do CAPSad, refleti sobre o sofrimento que o julgamento moral dos trabalhadores em relação às pessoas em situação de rua produz nestas. Também apontei que esse julgamento poderia ser considerado como violências institucional e simbólica, gerando mais violência e produzindo sofrimento nessas pessoas.



Um julgamento moral nas relações de cuidado com as pessoas em situação de rua que, muitas vezes, produz um jogo de expectativa-cobrança-controle-falha-punição-sofrimento:

**[...] quem escolheu estar na rua foi ele! A gente não tem culpa de escolherem estar na rua! Cada um com suas escolhas e que têm suas próprias consequências! Alguém pergunta: “mas ele escolheu mesmo?!”** Bom, eles escolheram, porque, por exemplo...eu vou lhe dar um exemplo! Aquele usuário que estava lá, saiu da UAI (Unidade de Acolhimento Institucional) para ficar na rua [...]. Eu posso até estar pecando! Outras pessoas que tiveram a oportunidade de estar no trabalho, largaram o trabalho, bagunçaram no trabalho e hoje estão na rua!! Então, a escolha é deles, eles têm que arcar com as consequências também! A gente não pode estar, também, levando tudo no colo [...] (Primeiro encontro com a equipe do CAPSad, 11 de julho de 2019).

Um membro da equipe, que é técnico de referência de um dos usuários protagonistas da cena “Surto Coletivo”, falou sobre ele após este criticar o CAPSad em um encontro no largo do Terreiro de Jesus. Ele coloca que acompanha esse usuário há anos e que, no seu entendimento, **ele teve muitas oportunidades e não as aproveitou; que ele estaria “acostumado” a ter tudo pronto nas ONGs por onde passou desde a infância, e não sabe “correr atrás”; só sabe cobrar e responsabilizar a equipe.** Uma outra pessoa da equipe relata a história da geladeira, quando o usuário não cumpriu uma combinação com ela e, depois, ficou cobrando e acusando, como se fosse vítima, e ameaçando (Diários Cartográficos, 14 de maio de 2018).

A crítica desse usuário ao CAPSad pode ser uma construção a partir de uma realidade na qual vários espaços de cuidado fecharam nesse território, colocando em cima desse serviço um conjunto de expectativas. Dessa forma, esse julgamento moral feito pelo trabalhador é uma produção também dessa relação das pessoas com o CAPSad, e não simplesmente uma captura unilateral. No entanto, parece dialogar com alguns *a priori* em relação a esse usuário, como “ele é assim mesmo, não corre atrás”; “ele só sabe responsabilizar a equipe”; “esse comportamento é típico dele”, que também constroem uma expectativa de que o usuário seja e aja de maneiras moralmente aceitas.

Esse tipo de expectativa se relaciona intrinsecamente com a produção do lugar de submissão/dependência em relação à equipe, o qual envolve a sensação de falha, os sentimentos de frustração e de culpa do usuário por ter falhado com a equipe, a qual acreditou e investiu nele. No entanto, esse julgamento não apareceu como um conflito gerador de angústia no trabalhador que se percebe realizando o julgamento, mas não consegue fazer diferente.

Em relação a alguns trabalhadores, esse jogo é perverso à medida que nos coloca em um lugar de super-heróis e de salvadores do outro. Um lugar que, além de ser pretensioso e hiperbolizado, carrega um viés cristão e de caridade. Também tem uma forte relação com as ideias da meritocracia e de culpabilização individual por qualquer sofrimento e iniquidade pelas quais estejam passando. Esse lugar também nos faz construir expectativas idealizadas em relação a nós mesmos, de sermos esses super-heróis que precisam salvar as pessoas, como já refletido há pouco.

Para ajudar a pensar sobre esse lugar que é fabricado, e que fabricamos para nós, no mundo do trabalho e da produção do cuidado em saúde, trago Franco (2015). Esse autor, a partir de Spinoza, destaca três linhas de subjetivação dos trabalhadores de saúde que nos ajudam a refletir:

i) as lógicas capitalísticas, que operam no processo de trabalho como linhas de organização dos interesses corporativos profissionais; ii) de ordem moral, que atuam para regulação da vida segundo preceitos hegemônicos de conduta na sociedade, e que estabelecem uma valoração sobre a vida de acordo com a obediência da pessoa a esses preceitos; iii) o saber da ciência, que procura exercer o controle dos corpos, como um regime disciplinar, e dita formas de viver, operando na lógica do biopoder. Cada lógica desta atua como uma linha de força de subjetivação, de agenciamentos coletivos, que fazem com que o trabalhador de saúde signifique o modo específico como os usuários produzem a sua vida (Franco, 2015, p. 104).

Em diálogo com as reflexões que proponho neste capítulo, as linhas de subjetivação da moral e do saber da ciência se articulam de forma visceral. Nosso devir julgador e o nosso devir controlador se atualizam muito frequentemente no cuidado com as pessoas em situação de rua; ou, pelo menos, têm uma chance grande de se atualizar nas nossas práticas de cuidado. Esse entrecruzamento é marcado fortemente por relações de poder e termina nos levando a construir propostas que, muitas vezes, não são fruto dos investimentos do desejo da pessoa. Mesmo quando o são, nem sempre têm como se atualizar nas suas vidas, pelo menos não no tempo e na forma como gostariam.

Essas expectativas, quando não se realizam, muitas vezes, terminam nos levando a culpar a pessoa que não fez a sua parte no suposto acordo, julgando-a de não querer se cuidar, de querer morrer, sem considerar seu universo existencial, suas possibilidades de tomar decisões naquele momento, a forma como se relaciona com o tempo, suas prioridades e os recursos afetivos, emocionais, cognitivos e materiais

que consegue ou não acionar para andar na sua vida, para construir seu projeto de vida. Tudo isso conforma uma existência singular e insurgente.

O trecho a seguir, extraído de um encontro com a equipe do Consultório na Rua, além de apontar para essa culpabilização e a consequente produção de sofrimento nos trabalhadores de saúde, também exemplifica como esses dois vetores de subjetivação se plasmam em ato na produção do cuidado, micropoliticamente.

Às vezes, eu fico me perguntando: **por que a pessoa não quer ser cuidada? Porque eu fico pensando: se fosse eu, eu ia querer ser cuidada!!** [...] Mas ela deve ter as razões dela...o que leva uma pessoa a saber que precisa ser cuidada, que se não se cuidar ela pode vir a falecer, o que é que leva essa pessoa a fazer uma escolha de não ser cuidada? É bem complicado! **E, às vezes, eu fico bem angustiada e me sentindo super impotente; que é como você relatou aqui que a colega fala que às vezes dá vontade de chacoalhar! E, às vezes, dá vontade mesmo! “Acorda, pelo amor de Deus! Você vai morrer se não for tratada!”** (Primeiro encontro com a equipe do Consultório na Rua, 4 de agosto de 2019).

Em um mundo onde operam fortemente a repetição, a serialização dos comportamentos, dos corpos (bioascese) e dos modos de existência, esse julgamento e essa fiscalização também podem estar relacionados à insuficiência ou inadequação dos nossos construtos de como cuidar, sobressaindo, nessa relação, um olhar exclusivamente “sanitário”, descolado do que pede a vida.

Certa vez, após uma busca ativa frustrada de uma pessoa em situação de rua, um trabalhador de saúde<sup>31</sup> colocou mais ou menos assim: “[...] é do interesse dessa pessoa, e ela não aparece no horário que marcamos! Aí, fica difícil! Deus já falou: ‘Faça a sua parte, que eu te ajudarei!’ Mas parece que o povo entendeu tudo errado o que Ele falou!” Parece uma mistura de julgamento moral religioso, assistencialismo e uma expectativa de que a pessoa se adequará às regras sociais do que se entende como o normal na nossa sociedade. Ao mesmo tempo, remete à ideia de que esse trabalhador fez sua parte para que essa pessoa, que precisa ser ajudada (o que é diferente de acessar uma política pública à qual tem direito por ser um cidadão brasileiro), restaurasse certo modo de vida considerado adequado por ele.

Essas expectativas frustradas podem desmornar nos trabalhadores de saúde em forma de decepção, perda de sentido e insatisfação no trabalho, cansaço,

---

<sup>31</sup> Trata-se de um trabalhador genérico, que não faz parte da equipe do Consultório na Rua e nem do CAPSad cujos trabalhadores são sujeitos desta pesquisa.

esgotamento e sofrimento. Também podem gerar um sentimento de dívida dessa pessoa em relação a quem fez o “favor” de “investir” nele. Uma dívida que, às vezes, tem nome, pois foi contraída com algum trabalhador específico, e, em outros momentos, é com a equipe toda. Não é infrequente, ao encontrarmos uma pessoa em situação de rua que não víamos há algum tempo, ela demonstrar vergonha por ter voltado a beber ou a usar outras drogas como antes, por não ter tomado as medicações prescritas, ou não ter comparecido ao local combinado para ser levada a algum serviço previamente demandado.

É importante reforçar a ideia de que, se a ciência e a moral são atravessamentos na subjetivação do trabalhador de saúde, também o são na subjetivação das pessoas como um todo, em seus distintos modos de existência. Frequentemente, o projeto de cuidado é construído de forma compartilhada com a pessoa, faz sentido para ela, mas é difícil andar nele, por todas as tensões, os conflitos e a complexidade que é produzir a vida na rua. Dessa forma, esse sentimento de culpa do usuário não se deve apenas às expectativas do trabalhador de que ele fosse agir de certa forma, mas, também, às expectativas criadas por ele mesmo a partir de investimentos do seu desejo. Expectativas de aproveitar aquele momento para tentar alguma mudança que julga ser necessária, mas que, nem sempre, consegue realizar.

Assim, não podemos atribuir o sofrimento do trabalhador exclusivamente à frustração de expectativas construídas unilateralmente por ele, produzidas pela forma como se coloca nas relações de cuidado e constrói certo jeito de cuidar. Também há expectativas e projetos construídos de forma compartilhada entre trabalhadores e usuários; quando não dão certo para estes, ambos sofrem. Refletir sobre isso é importante no sentido de não endeusarmos a produção do cuidado, em uma perspectiva de que basta que seja feita da “melhor forma” pelo trabalhador que tudo se consegue. Sabemos que não é bem assim. São questões bem mais profundas e que estão no âmbito da produção das vidas das pessoas.

Algumas pessoas em situação de rua vivem situações de tanta miséria, violências e negações de direitos que “parecem não pertencer ao mundo dos humanos”, pertencendo, assim, “a um mundo que transforma humanos em feras” (Von Flach, 2019, p. 222). Isso não passa despercebido em nossos corpos de trabalhadores de saúde e cidadãos, e também sofremos com isso. O sofrimento dessas pessoas e dos trabalhadores se entrelaçam, pois é extremamente difícil produzir vida dentro da necropolítica. Não compreender essas dimensões que operam

na produção do cuidado nos descola do que a vida pede e nos impede de construir, com as pessoas, formas potentes e singulares de cuidar.

Por outro lado, não é sempre que ambos, trabalhadores e pessoas em situação de rua, conseguem visibilizar todas as formas como a necropolítica se relaciona com os aparentes “insucessos” nos projetos de cuidado e de vida. Isso, da mesma forma que produz alienação, também pode produzir sofrimento.

No entanto, apesar de não ser determinante, a forma como o trabalhador de saúde se coloca nessa relação pode apoiar os usuários a se reorganizar, reconstruir a expectativa e construir outros possíveis (tutela autonomizadora), ou pode reforçar a crença de que ele fracassou, de que decepcionou, de que errou (tutela castradora) (Merhy, 1998).

### **10.3 Um pouco mais sobre a dobra tutela-autonomia e como estas nos atravessam**

A discussão apresentada não é sobre se há produção de tutela no mundo do cuidado em saúde. A tutela faz parte desse trabalho e está em permanente tensão com a produção da autonomia, como uma dobra que existe em coprodução. Da mesma forma, minha intenção ao discutir essa tensão a partir da forma como ela se inscreve no cuidado com as pessoas em situação de rua não é mostrar que a tutela está acontecendo e julgar quem a está praticando ou reforçando, mas analisar a forma como nós, trabalhadores de saúde e pessoas em situação de rua, nos relacionamos e produzimos a nós mesmos nesse lugar.

Dessa forma, a tutela não é um problema *a priori*, mas pode vir a ser um problema quando fincamos nossos pés nesse território, construímos nosso olhar a partir dessa perspectiva e passamos a produzir nossas práticas de cuidado sem refletir sobre a forma como essa tensão nos atravessa. Da mesma forma, a autonomia, se colocada como um imperativo e não como uma bússola ética, também pode gerar relações e práticas de cuidado que, em última instância, podem ser violentas e cruéis.

No trecho do primeiro encontro com a equipe do Consultório na Rua, há uma pergunta muito interessante: “o que é que leva essa pessoa a fazer uma escolha de não ser cuidada, sabendo que, se não se cuidar, pode vir a falecer”? Se tomarmos essa pergunta com a intenção de respondê-la e tentarmos enumerar motivos pelos

quais a pessoa “escolhe” não ser cuidada, talvez caíamos em algumas armadilhas difíceis de sair. Esta forma de analisar pode cristalizar um filtro único, sem nos permitir olhar para aquilo que constrói o que nomeamos como “escolha”, que, muitas vezes, é resultado do nosso olhar produzido pelo individualismo capitalístico, da possibilidade da decisão individual sobre o que vamos fazer, que é base do empreendedorismo de si (Laval, Dardot, 2013).

Por outro lado, essa pergunta é potente justamente por nos alertar que há um universo existencial que não habitamos e que precisa ser reconhecido. Também alerta para a necessidade de produzir visibilidades e dizibilidades para esse universo, para que ele possa ser instaurado como uma forma de vida (existências insurgentes) e passe a ser real para nós e para o conjunto da sociedade (Pelbart, 2014).

Nesse sentido, vale outra pergunta em diálogo com a anterior: reconhecendo que, na rua, há produção de vidas potentes e pulsantes, para algumas vidas que foram e são extremamente violentadas e marcadas pelo sofrimento, que possibilidades existem ou como elas podem ser construídas? Como se dão o exercício e a produção da autonomia em um contexto social tão desigual, duro e violento?

Assim coloca Sá Dultra (2018, p. 188), em sua potente e sensível dissertação de mestrado:

O que não podemos é [...] aceitar que uma mãe com deficiência cognitiva e um filho de dois anos, por exemplo, ambos em situação de rua, permaneçam sem tratamento do HIV, porque ela não vai sozinha ao serviço especializado. O fato de ela não ir sozinha a esse centro, mas ir a outros lugares, é um elemento para ser colocado em análise, e não tomado como dado absoluto de seu desinteresse. Entre a tutela, a autonomia e a responsabilização, uma série de elementos se fazem presentes, como a falta de dinheiro de transporte, o medo de ser mal atendido, o receio do tratamento, dentre outros. Em Salvador, a mobilidade e a rede de distribuição de serviços geralmente são dificultadores. Por vezes, a pessoa até iria em um dado lugar, se houvesse facilidade de transporte ou isenção de pagamento. Até na discussão entre tutela, autonomia e a multiplicidade do “entre”, o território se impõe.

É nesse sentido, também, que é perigoso, e até perverso, afirmarmos que estar na rua e produzir a vida na rua é sempre uma escolha e, portanto, as pessoas têm que arcar com as escolhas que fazem. Essa mãe não “escolheu” não se cuidar e não cuidar de seu filho. Assim como o usuário colocado pelo trabalhador do CAPSad em um trecho anterior não “escolheu” sair do abrigo ou do emprego. Quando o trabalhador não percebe isso, pode haver a produção de sofrimento que o imobiliza: se a pessoa

não quer, não há o que fazer, a não ser convencê-la de que certa opção é melhor. Com isso, desconecta-se da produção mais global da vida. Assim,

[...] respeitar a autonomia de quem ainda não pode se cuidar é reconhecer e acolher seu sofrimento e também acreditar e investir na potencialidade desses sujeitos construída na relação [...] Autonomia pode ser compreendida como interdependência e, portanto, como processo, como vir a ser [...], construída na relação a partir do efeito que produzimos no outro e que esse outro produz em mim (Von Flach, 2019, p. 248-249).

Um grande número de usuários relata sérios problemas em relação a alguns abrigos em Salvador. Segundo eles, alguns são habitados por disputas de facções e conflitos entre usuários; abordagens inadequadas e despreparadas dos educadores sociais, que atuam com uma postura disciplinadora e pautados em regras extremamente rígidas; furtos de pertences dos abrigados, entre outros elementos. Mesmo não sendo objeto desta pesquisa, vale ressaltar que, na vivência da pandemia de Covid-19, essa situação ficou ainda mais violenta. Mesmo com as orientações enfáticas de não aglomeração, há abrigos oferecendo quartos com mais de dez pessoas, sem distanciamento.

Todos esses problemas tornam o abrigamento, para algumas pessoas, uma situação bem mais insalubre e instável do que dormir na rua. Julgar essa decisão de não ficar abrigado, ou não querer se abrigar quando uma vaga é ofertada, é tomar essa existência a partir de uma perspectiva colonial, com referenciais de quem nunca precisou viver na rua, nunca foi violentado pela polícia ou nunca passou fome.

Dessa forma, não querer sair da rua através dessas possibilidades ofertadas não quer dizer que a pessoa prefira a rua em quaisquer circunstâncias, como uma decisão final e absoluta. É possível que, se possibilidades mais interessantes, salubres e adequadas às suas vidas fossem apresentadas, algumas pessoas escolhessem sair da rua, ir para um abrigo, ou construir outro arranjo para andar a sua vida. Igualmente, desejar permanecer na rua porque, naquele momento, é o que acha melhor para a própria vida não quer dizer que esse desejo seja estanque e que essa decisão seja para a vida toda.

Sabemos que, com as pessoas em situação de rua, para as quais a garantia dos direitos não está dada e o direito vem sempre depois “que param de usar as drogas, depois que aderem ao tratamento, depois que falam baixo quando chegam nos serviços, depois que tomam banho, depois que tiram os documentos” (Sá Dultra,

2018, p. 200), a tensão inscrita na dobra tutela-autonomia é extremamente delicada. Em alguns momentos, nós, trabalhadores de saúde, precisamos “emprestar” nossa capacidade de articulação, nossa legitimidade, nossa relação com os serviços, tentando nos colocar ao lado da pessoa como agentes produtores de redes de cuidado, na saúde e em outros setores, entendendo que estes não necessariamente acolhem essas pessoas quando elas os tentam acessar sozinhas. O contrário (não serem acolhidas, serem maltratadas e não conseguirem acesso), por outro lado, é quase a regra.

Esse empréstimo pode contribuir para que a pessoa consiga produzir mais autonomia para acessar os serviços e para construir sua própria vida. No entanto, restringir o não comparecimento de uma pessoa em situação de rua no local marcado com a equipe a uma escolha feita no âmbito de sua autonomia, é extremamente reducionista e prejudicial para a produção do cuidado com essa pessoa, à medida que vai na contramão da singularização do cuidado e da equidade. Assim, “da mesma forma que a tutela pode ser autonomizadora, a autonomia, quando apreendida de forma superficial e a todo custo, acaba por incorrer na restrição de direitos” (Sá Dultra, 2018, p. 199).

#### **10.4 Amarrando algumas questões sobre o sofrimento do trabalhador de saúde na relação com as pessoas em situação de rua**

Em primeiro lugar, cabe a pergunta: por que estou refletindo sobre tutela e autonomia, sobre escolhas, desejos e espectro reduzido de possibilidades para que as escolhas sejam feitas pelas pessoas em situação de rua em um capítulo sobre o sofrimento dos trabalhadores de saúde?

Na caminhada cartográfica que envolveu minhas relações com as pessoas em situação de rua e com trabalhadores de duas equipes de saúde do Centro Histórico de Salvador, o tema do esgotamento, cansaço e, mesmo, adoecimento apareceu e me afetou de forma importante, colocando-me a necessidade de construir outras formas de enxergar e de falar sobre isso.

A forma como o sofrimento apareceu na narrativa dos trabalhadores me afetou de uma forma específica porque esse sentimento, de certa maneira, também faz parte da minha experiência como trabalhador. Assim, as escolhas analíticas que fiz ao



refletir sobre o sofrimento dos trabalhadores têm a ver com a forma como essa experiência atravessa meu corpo, e não com um esforço de abarcar, ou mesmo esgotar, as diversas dimensões do sofrimento no trabalho em saúde ou do adoecimento do trabalhador a partir de categorias de análise já previamente estabelecidas em relação a esse tema.

Esses caminhos analíticos que percorri olharam para o sofrimento dos trabalhadores de saúde das equipes do CAPSad e do Consultório na Rua, produzidos no âmbito das relações de cuidado que estabelecem com as pessoas em situação de rua. Foram caminhos que dialogaram com minha própria experiência, tomando o sofrimento como parte de uma subjetivação que atravessa todos os corpos nos encontros para a produção do cuidado com essas pessoas. No caso dos trabalhadores de saúde, atravessa a todos porque é um fazer que tensiona e faz estremecer os contornos dos territórios que construímos para existir nesse tempo e nesse mundo que habitamos, com todas as implicações que esse existir carrega.

Seguir a pista do sofrimento produzido nesse fazer, assim, é olhar para o julgamento moral que fazemos em relação ao outro, sua relação com a droga, com o corpo, com a saúde, com o adoecimento e com o cuidado, com a forma de se posicionar na vida e nas relações, e para como isso se desdobra no espaço intercessor que construímos com os usuários. É perceber como esse julgamento reverbera em nossos corpos, à medida que produz expectativas preconcebidas em relação ao Outro, práticas normalizadoras e de controle, podendo produzir sentimentos de decepção e culpa em ambos. É olhar para o aprofundamento da assimetria, já tão demarcada nas relações de poder com o Outro, que essa perspectiva moralizante pode gerar.

É olhar para o papel biopolítico inscrito na saúde e nas nossas profissões, e que se expressam em práticas e perspectivas de controle dos corpos e das existências desviantes, desajustadas e insurgentes, serializando os comportamentos e as formas de estar no mundo. Assim como olhar para as relações entre nós, trabalhadores de saúde, nas nossas formas de nos organizar, que também podem ser produtoras de sofrimento.

É olhar para esse cacoete colonial que nos habita, que exacerba o narcisismo (de ter dificuldade de lidar com o que é diferente, vale menos que nós, tem menos potência ou é menos preñado de possibilidades) próprio do racismo estrutural e da construção da branquitude (Müller, Cardoso, 2017), que atrofia nossas possibilidades

de deixar que a existência desse Outro nos afete de maneiras diferentes, e desperta em nós esse devir salvacionista que nos coloca no lugar de “resolver a vida das pessoas em situação de rua”.

Também é olhar para a dobra tutela-autonomia, suas tensões, contradições, assim como para a possibilidade de cairmos nas armadilhas da tutela castradora, que pode produzir institucionalização das pessoas em relação ao serviço de saúde. Também, de cairmos nas armadilhas da autonomia superficial, sinônimo de desresponsabilização, que fere a equidade, restringe ainda mais os direitos de cidadania dessas pessoas e pode gerar mais sofrimento, culpa e revolta, exacerbando a certeza de que elas é que falharam e são as únicas responsáveis por todas as iniquidades e violências pelas quais estão passando. Da mesma forma, é olhar para a dobra “sofrimento da pessoa em situação de rua-sofrimento do trabalhador” produzida como efeito do projeto necropolítico que atravessa de forma violenta essas pessoas que nasceram com a morte grudada no corpo, e para a necessidade de nos colocarmos juntos na luta pela defesa de direitos.

Por fim, olhar para todos esses modos de existir como trabalhadores de saúde é produzir visibilidade para como esses territórios se expressam nas nossas relações e nas formas como nos posicionamos na relação com o Outro e nas produções de nossas práticas de cuidado. É reconhecer a tensão inscrita nesse processo e perceber que esses territórios estão sofrendo fissuras e se desmanchando, pois já não suportam o que esse tempo, esse contexto e a produção dessas existências estão convocando.

É, ao mesmo tempo, sentir esses “corpos que não aguentam mais”, que estão esgotados, atravessados por incertezas, por demandas vorazes que, diante do tamanho desmonte das políticas públicas (inclusive do SUS), do desemprego, da violência e do genocídio que a maior parte da população brasileira está vivendo, não têm onde se expressarem e serem acolhidos. Corpos que também são docilizados pelo niilismo que a precarização, as incertezas e a liquidez das várias dimensões da vida produzem (Pelbart, 2016; Bauman, 2001). Corpos que precisam se reinventar, produzir um comum e inventar novos devires e novas formas de existir nessa relação com o mundo da vida.

## Referências

Agamben G. Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: UFMG; 2004.

Bauman Z. Modernidade Líquida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

Bauman Z, Donskis L. Entre o medo e a indiferença: a perda da sensibilidade. In: Cegueira Moral: a perda da sensibilidade na modernidade líquida. Medeiros CA, tradutor. Rio de Janeiro: Zahar; 2014. p. 115-57.

Cassell E. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. 2a ed. New York: Oxford University Press; 2004.

Deleuze G. Espinosa: Filosofia prática. São Paulo: Escuta; 2002.

Deleuze G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: Conversações: 1972-1990. Pelbart P, tradutor. Rio de Janeiro: 34; 1992. p. 219-26.

Franco TB. Trabalho Criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. Saúde soc. 2015;24(1):102-14.

Kilomba G. Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano. Oliveira J, tradutor. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.

Kinoshita RT., Barreiros CA, Schorn MC, Mota TD, Trino AT. Cuidado em saúde mental: do sofrimento à felicidade. In: Nunes M, Landim FL, organizadores. Salvador: Edufba; 2016.

Latour B. Jamais fomos modernos: ensaios de antropologia simétrica. Costa CI, tradutor. Rio de Janeiro: 34; 1994.

Laval C, Dardot P. La nueva razón del mundo: Ensayo sobre la sociedad neoliberal. Barcelona: Gedisa; 2013.

Merhy EE, Feuerwerker LC, Gomes MP. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB, Ramos VC, organizadores. Semiótica, afecção e cuidado em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 60-75.

Merhy EE, Feuerwerker LM, Ceccim RB. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. Salud Colectiva. 2006 May-Aug;2(2):147-60.

Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Reis AT, et al., organizadores. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.

Merhy EE. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador [Internet] [cited 2021 Apr 14]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0276.pdf>

Müller TM, Cardoso L. Branquitude: estudos sobre identidade branca n Brasil. Curitiba: Appris; 2017.

Pelbart PP. Biopolítica. Sala Preta [Internet]. 2007 [cited 2021 Jun 20];(7):57-66. Available from: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-3867.v7i0p57-66>

Pelbart PP. O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento. 2a ed. São Paulo: n-1; 2016.

Pelbart PP. Por uma arte de instaurar modos de existência que “não existem”. In: Como (...) coisas que não existem. 31ª Bienal de São Paulo; 2014. p. 250-65.

Sá Dultra L. Acesso da população em situação de rua na Atenção Básica: uma análise das práticas instituídas pela Saúde da Família no Centro Histórico de Salvador [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2018.

Spinoza B. Ética. Tadeu T, tradutor. 2a ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2018.

Von Flach PM. Experiências de sofrimento social e movimentos de resistência entre trabalhadores e gente de rua (usuários de álcool e outras drogas), na Praça das Duas Mãos – Salvador-Bahia [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2019.

## **CAPÍTULO 11 – DEVIR-ANÔMALO-CARTÓGRAFO E AS EXISTÊNCIAS INSURGENTES: REFLEXÕES SOBRE A INSTAURAÇÃO DE NOVOS MODOS DE EXISTÊNCIA**

Aprender a desaprender para apreender, em intercessão, que viver é uma perspicácia na produção da diferença no interior das repetições. [...] Partimos da ideia de que o mundo do trabalho é um território em produção, habitado por multiplicidades, por repetições e por diferenças, e, como tal, deve ser pensado através de imagens e não mediante representações. Ou seja, não há a possibilidade de esse mundo ser captado em sua totalidade, pois não se constitui como tal; e, assim, só pode ser visado angulosamente, por pedaços e por momentos. Pedaços construídos como espaços recortados, intencionalmente interessantes para quem os realiza; momentos que podem registrar um dos muitos tempos que os habitam (Merhy, 2011, p. 105).

Diante de um usuário que não adere ao proposto e prefere manter certos comportamentos que, por vezes, consideramos inaceitáveis para nossos referenciais de o que é certo (como não ser internado no hospital e ficar na rua, mesmo estando muito mal e com risco de morrer), costumamos julgá-lo, achando que as suas não adesões, resistências ou formas de andar na vida são simples escolhas erradas ou uma insistência por um modo de vida adoecido e desviante. Esse julgamento, inclusive, pode contribuir para não nos responsabilizarmos em acolher suas formas de expressar seu sofrimento e de demandar cuidado, conforme discuti no capítulo 10: “Mapa 5 – Quarto desdobramento: Cartografia do esgotamento: alguns aspectos da produção do sofrimento do trabalhador de saúde no cuidado com as pessoas em situação de rua”.

Por outro lado, é comum nos interditarmos em relação a algum usuário por nos sentirmos impotentes diante da gravidade das situações e da enorme complexidade que é cuidar de pessoas em profunda situação de vulnerabilidade e sofrimento. Ou, mesmo, porque a forma como esse usuário expressa seu sofrimento expõe nossas fragilidades e nos convoca a sair de nossa zona de conforto, quando, nem sempre, conseguimos ou estamos dispostos a fazer esse movimento insurgente.

Também é comum explicamos ou abordamos as necessidades trazidas pelos usuários prioritariamente a partir dos referenciais técnicos-científicos de cada um dos nossos núcleos profissionais (psicologia, medicina, terapia ocupacional, etc.) e, quando uma crise se instala na nossa relação com eles, logo a atribuímos a algumas das explicações possíveis, mas sempre externas a nós mesmos e fora da nossa

relação (desavenças com o tráfico, conflitos na rua ou com a família, fissura da droga, simulação do usuário para conseguir o que ele quer, etc.).

Poucas vezes nos perguntamos o que de nossa atuação profissional, da nossa cegueira em não compreender seu sofrimento, ou da maneira como nos colocamos para o encontro e lidamos com os afetos que essas pessoas produzem em nós está funcionando como gatilho ou contribuindo para a manutenção da crise, para a sensação de impotência ou, mesmo, para uma interdição. E são frequentes as vezes em que a múltiplas dimensões da vida das pessoas com as quais nos encontramos como trabalhadores de saúde não invadem a produção do cuidado, nos levando a um descolamento em relação ao que as vidas convocam, como também discuti no capítulo anterior.

A seguir, trago dois trechos dos Diários Cartográficos para expressar a forma como me percebia nesse lugar da produção do cuidado com as pessoas em situação de rua no CAPSad, ainda sintonizada com uma perspectiva mais individualizante e, de certa forma, desconectada das vidas dessas pessoas.

[...] tenho me dado conta, de que tendo a fazer uma abordagem mais individual, tentando perceber “a genealogia” do fenômeno na perspectiva de certo percurso individual na produção subjetiva do sujeito. Por mais que eu acredite que esse é um caminho que não deve ser deixado de lado, tenho percebido certo “cacoete” meu de avançar nesse entendimento que a produção dos sujeitos e de suas existências, e aí entram seus sofrimentos, escolhas, formas de se entender no mundo e produzir sua vida, mas não conseguindo avançar tanto nas interfaces “para fora” (dobra fora/dentro), não conseguindo fazer as conexões necessárias na minha forma de entender o sofrimento da pessoa: o contexto, as relações, os acontecimentos na vida, etc. O que se sobressai na minha forma de entender as pessoas, ou de contribuir nesse encontro com elas para que elas consigam se entender, fazer uma “autoanálise”, é a forma como elas foram aprendendo a lidar com essas experiências, sempre focando nelas e nas suas idiossincrasias; tenho refletido que a hiperbolização dessa dimensão mais “individual” (não sei se essa é a melhor denominação) termina diminuindo minha compreensão de outras dimensões, principalmente em relação às pessoas com grande vulnerabilidade (como as pessoas em situação de rua), como as iniquidades sociais, até mesmo porque as formas de se comportar, de acessar o serviço, de se encontrar com os profissionais, de trazer as necessidades/sofrimentos são diferentes das pessoas que não estão em situação de rua (Diários Cartográficos, 28 de setembro de 2017).

O entendimento da subjetividade como “indivíduo”, inclusive bem ilustrado na noção que eu trouxe de que há um “dentro” (mundo subjetivo, interno, do indivíduo) e um “fora” (o real social), como se existisse essa dualidade dessa maneira que coloquei, fazia parte do meu entendimento sobre o que seria essa “abordagem

psicossocial mais individual”. Reconhecer essa equação e como ela se atualiza em mim e na forma como me coloco na produção do cuidado foi um dos importantes deslocamentos na minha caminhada como caçador-cartógrafo.

Essa “indissociabilidade entre o psíquico e o social” (Rolnik, 2011, p. 71) para mim sempre foi fácil de afirmar ou de apontar; no entanto, fui entendendo aos poucos que não era tão simples compreender sua manifestação cotidiana e como lidar com ela no exercício da produção do cuidado. Dito de outra forma, não é simples impedir que essa compreensão termine caindo em lugares comuns de um exercício interpretativo-representacional que nos atravessa a todos, de alguma forma. Atravessado pela tensão/confusão que atrela a noção de indivíduo à noção de subjetividade (e como ela se expressa na construção das minhas experiências), tão constitutivo do pensamento ocidental, tentei expressar ou produzir línguas para falar desse incômodo nos Diários Cartográficos.

Em um segundo momento, já na escrita da tese e buscando ferramentas para entender melhor esse processo, busquei ajuda no diálogo com Guattari e Rolnik (1996) e em Rolnik (2011). No livro “Micropolítica: cartografias do desejo” (Guattari, Rolnik, 1992, p. 31), Guattari coloca que

[...] os indivíduos são o resultado de uma produção de massa. O indivíduo é serializado, registrado, modelado. [...] A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social. Descartes quis colar a ideia de subjetividade consciente à ideia de indivíduo (colar a consciência subjetiva à existência do indivíduo) - e estamos nos envenenando com essa equação ao longo de toda a história da filosofia moderna. Nem por isso deixa de ser verdade que os processos de subjetivação são fundamentalmente descentrados em relação à individuação.

Esse diálogo me ajudou a entender que, ao dizer que eu estava realizando uma “abordagem psicossocial mais individualizada”, eu estava tomando o indivíduo como subjetividade; ou, de certa forma, entendendo a subjetividade como um conjunto de características constitutivas de um sujeito. A partir daí, ficou mais clara a ideia de que,

Ao invés de sujeito, talvez fosse melhor falar em componentes de subjetivação trabalhando, cada um, mais ou menos por conta própria. Isso conduziria necessariamente a reexaminar a relação entre o indivíduo e a subjetividade e, antes de mais nada, a separar nitidamente esses conceitos (Guattari, 2001, p. 17).

Com isso, fica fácil perceber que a noção de “território” e do papel que ocupa nos processos de subjetivação, por exemplo, fica bem fragilizada e perde sua potência. Assim como perde potência a clínica psicossocial da forma como foi pensada na invenção que foi a reforma psiquiátrica; uma clínica que se dá nessa dobra (ou essa indissociabilidade) entre o psíquico e o real social, que é produzido pelos sujeitos e os produz em ato, sempre em relação, através de movimentos autopoiéticos e movidos pelo desejo, seja qual a forma pela qual estamos tomando o desejo.

Para avançar nessa reflexão, trago as contribuições de Franco (2015). Esse autor, a partir da ideia de subjetividade e dos conceitos de “servidão” e “liberdade” em Spinoza, discute a subjetivação nos processos de trabalho e cuidado em saúde. A partir dessa discussão, coloca que

A subjetivação, ou seja, a formação contínua e ilimitada de subjetividades, acontece tendo por base os encontros que a pessoa tem ao longo da sua existência, em determinado tempo e espaço. As experiências atravessam a pessoa, instituem formas específicas de significar a realidade na qual está inserida. Podemos assim imaginar que os múltiplos encontros que um trabalhador tem na produção da sua própria vida o modificam de forma sensível e contínua (Franco, 2015, p. 104).

Alguns trabalhadores se produzem confortavelmente a partir das três linhas de subjetivação (lógicas capitalísticas, de ordem moral e do saber da ciência) propostas por Franco (2015). No entanto, para esse autor, o trabalhador de saúde vive em um dilema entre viver a servidão (prisioneiro dessas linhas de força) e a liberdade (agir conforme sua própria ideia de cuidado). Dessa forma, ao conseguir lidar com essas linhas de subjetivação que o atravessam, o trabalhador de saúde conseguiria alcançar graus maiores de liberdade:

O conceito de liberdade tratado aqui é um estado em que a pessoa rompe com todos os signos capitalísticos, da moral e da ciência, como reguladores da vida e da sua produção. Tais signos, no seu processo de trabalho, representam a servidão. Ao romper com eles, ao desterritorializar, o trabalhador passa a operar com base naquilo que tem origem nele mesmo, se abrindo aos agenciamentos do encontro, em ato, o que possibilita o Trabalho Criativo (Franco, 2015, p. 113).

Dessa forma, trata-se de uma questão ética, a qual implica a construção de variadas virtualidades, cada uma podendo atualizar-se com estéticas de existência diferentes, as quais, por sua vez, convocam diferentes tecnologias (saberes, formas de se relacionar, ferramentas).



Assim, quando um dos trabalhadores do CAPSad perguntou, em um dos encontros com a equipe desse serviço “E aí, a gente vai se colocar na frente (do usuário que está sendo violento)? É uma questão técnica? Como lidar com a violência?” remeteu-me à seguinte reflexão: como é que a gente mobiliza a técnica se não mobilizar a questão ética? A ética no sentido de certa forma de agir, certa forma de compreender o mundo e de nos compreender nele. Será que estão claras para nós, trabalhadores de saúde, as implicações que nos atravessam (racismo, machismo, ciência e lógica das profissões da saúde e colonialismo, por exemplo) e os efeitos que elas produzem na forma de nos fabricarmos nesse lugar?

Pensando em toda a reflexão sobre a produção da violência do CAPSad, será que, assim como alguns usuários apontam, nos entendemos também como representantes/agentes de um Estado e de um sistema opressor-protetor: o lugar de saber-poder das profissões de saúde, das relações de poder bem assimétricas, o lugar do homem branco epistemicida (Kilomba, 2019)?

Essas linhas de subjetivação nos atravessam, apesar de não nos capturarem completamente, tendem a normalizar e serializar as formas de existir como trabalhador de saúde, armando-nos para o encontro com o Outro que busca cuidado a partir de certas representações de formas corretas, saudáveis ou funcionais de se viver. Essas subjetivações nos habitam, reatualizam-se e produzem mais repercussões na micropolítica das nossas relações com as pessoas em situação de rua do que nós conseguimos dimensionar ou admitir, assim como trazem mais repercussões para o nosso trabalho e para a produção do cuidado do que conseguimos perceber.

Não são insignificantes, em nossa sociedade (e nós estamos nela inseridos em uma produção mútua), por exemplo, os estigmas em torno da loucura, da droga e de estar em situação de rua, três fortes atravessamentos das pessoas das quais cuidamos e, justamente, as que mais nos ocupam, nos desafiam e nos desorganizam como trabalhadores de saúde.

No entanto, essas linhas de subjetivação, apesar de fortes e hegemônicas, em hipótese alguma determinam completamente a produção dos sujeitos e de suas práticas. Há desvios, rupturas, furos no muro produzidos pelos trabalhadores de saúde a partir das tensões e disputas constitutivas dos encontros para a produção do cuidado inscritas nas necessidades, modos de vida e perspectivas dos usuários, que também disparam outras subjetivações e outras produções desejantes.

Dessa forma, é relevante problematizar esses elementos que, por vezes, ficam em segundo plano quando pensamos sobre nosso trabalho. Ao tomarmos esses elementos como objeto de nossas reflexões, podemos compreender melhor nossa própria realidade e a forma como atuamos nela, podemos ampliar as possibilidades de criar “linhas de fuga” nas nossas práticas e ressignificações do nosso processo de trabalho, avançando em um cuidado centrado em lógicas construídas nas relações com os usuários a partir dos agenciamentos disparados no próprio encontro (Franco, 2015).

Esse processo relaciona-se, de acordo com Spinoza (2018), com o terceiro gênero do conhecimento, ou ciência Intuitiva. De acordo com Franco (2015, p.15), a ciência intuitiva seria o “conhecimento que reconhece o corpo afetivo como fonte de saber e, portanto, com poder operatório sobre a realidade”; o que só é possível se “[...] o trabalhador compreender [...] as afecções que agenciam seu modo de agir. O entendimento sobre as forças que o afetam, ou o processo de subjetivação, é condição para ele agir de acordo com o terceiro gênero do conhecimento.”

O entendimento do outro como objeto de nossas práticas e de nossos saberes, uma expressão do papel das profissões da saúde e do modelo médico hegemônico no controle biopolítico das vidas, dialoga com a forma hegemônica de subjetivação pela qual todos somos atravessados, chamado por Rolnik (2019) de inconsciente colonial-capitalístico. Essa subjetivação produz repetições que tendem a anular as diferenças que há em nós, diminuindo as possibilidades de tomar as diferenças que operam nas formas de existir como mola propulsora da construção de outras perspectivas de cuidado (Merhy et al., 2010).

Para Merhy et al. (2010, p. 64),

A ideia de tensionar com a repetição que há em nós, como anuladora das diferenças que temos, é muito provocante como interrogadora de toda uma postura bem predominante que contamina como natural a prática de dominação de certos saberes sobre outros. Ou melhor, a condução da vida de alguém por um outro, que é tido como legítimo para ditar normas, por ser – pelo menos nas representações/imagens de ambos – portador de saberes verdadeiros e, portanto, com a permissão de ditar as regras sobre o seu melhor viver.

Esse tensionamento das repetições que há em nós, no sentido de expor o papel que elas operam na anulação das diferenças que compartilhamos com os usuários (e, portanto, anulação das potências desse encontro), exige que desconfiemos de nossas

certezas, verdades e aprendizados; convoca-nos a olharmos para o encontro com as pessoas com as quais nos relacionamos na produção do cuidado e na vida.

Esse processo exige outro esforço ainda mais complexo. Exige que façamos uma análise de nossas implicações como trabalhadores de saúde e que reflitamos sobre como estamos nos colocando nas relações. Assim como nos convoca para sentir/entender a forma como esse encontro no atravessa e nos afeta. Um esforço que tem a ver com um alerta feito por Guattari no livro “As Três Ecologias” (2001). Merhy (2011, p. 112) coloca que esse alerta se relaciona à

[...] busca do novo paradigma ético-estético para se estar no mundo hoje, a pautar a necessidade de uma construção anticapitalista no modo de ser, quando enfatiza a aposta radical na produção da vida em escala planetária e não da morte em cada conexão que se fizer.

É uma questão ética e estética que se inscreve no campo da instauração de modos de existência que não existem, desviantes ou anômalos em relação aos modos vigentes de existir como trabalhador de saúde. Em alguma medida, também é sobre isso que trata esta tese (Pelbart, 2014; Merhy, 2010).

### **11.1 O “não saber” como uma potência na produção de anômalos no mundo do cuidado e do trabalho em saúde**

Começo este tópico com um registro dos meus Diários Cartográficos que chamei de “Desdobramento do Surto Coletivo”, e que foi bem marcante para mim.

Nesse dia, um usuário me afetou profundamente na hora que eu tentava me fazer ouvir no meio da recepção do CAPS, aos gritos, dizendo que nós da equipe não dávamos conta daquele cenário de caos (agressões físicas entre usuários, ameaças de agressão física e de morte de alguns usuários em relação aos profissionais, profissionais acuados na copa para não serem agredidos), que tínhamos um limite e que aquilo nos mobilizava e nos fazia sofrer; ele disse: “os trabalhadores deviam ter preparo para lidar com as crises dos usuários, pois, quem tinha problemas eram eles, pois usavam drogas e moravam na rua e, por isso, estavam ali para serem cuidados, e não nós, trabalhadores, que tínhamos dinheiro, acesso a comida e iríamos voltar para casa no fim do dia”. Falou que, se os profissionais não davam conta de lidar ou suportar esse tipo de comportamento agressivo de quem tem problemas com o uso de drogas, não deveria estar no CAPSad. Isso me afetou profundamente, pois senti como um não reconhecimento de mim (e da equipe) [...] (Diários Cartográficos, fevereiro de 2017).

Esse usuário fala do nosso despreparo para lidar com as crises dos usuários, e é sobre isso que eu tentarei refletir a partir de agora. Na banca de qualificação do projeto de pesquisa do qual esta tese é desdobramento, quando eu falei o quanto eu era inexperiente em relação ao trabalho na saúde mental e no “campo AD”, Emerson Merhy me alertou que isso, ao contrário, era uma espécie de potência que eu devia explorar. Hoje entendo o que ele quer dizer com isso, e concordo.

Ficar inseguro em relação à minha “inexperiência”, ou nomeá-la como um problema, de fato, tem a ver com o entendimento da experiência como uma sequência de vivências que apenas se passaram quando eu estava presente. Ao contrário desse entendimento, no caminhar cartográfico, construí para mim outra perspectiva, que envolve transformação, deslocamento, desterritorialização (Bondia, 2002; Pelbart, 2016), na qual a experiência seria “[...] o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca [...]” (Bondía, 2002, p. 21).

Também tem a ver com a expectativa fantasiosa de que, em primeiro lugar, precisamos estar prontos para esse tipo de prática social para, depois, começarmos a produzi-la; como se isso fosse possível. E, em segundo lugar, de que essa preparação se faria preenchendo nossas valises tecnológicas da cabeça com saberes (tecnologias leve-duras) e das mãos com instrumentos (tecnologias duras) (Merhy, 2002). Assim, conseguiríamos agir de forma adequada e responder os desafios de um fazer tão complexo quanto o trabalho em saúde.

No entanto, admitir esse “não saber” e lidar com ele é bastante difícil e pode ser extremamente desafiador para os trabalhadores de saúde, como aponta o trecho dos meus Diários Cartográficos a seguir:

Como é que a gente, também, consegue construir um CAPS em que a rua não se estenda aqui para o serviço, que a lógica da rua não se estenda para cá? Como é que a gente consegue dar conta dos desorganizados? Como a gente consegue se adequar às demandas que essas pessoas trazem de uma maneira desorganizada, de uma maneira que não é no atendimento do TR (técnico de referência)! É gritando, chegando gritando no serviço, é chegando alcoolizado...então, tem um desafio enorme que eu fico assim... eu acho que o “não saber” é muito angustiante nesse processo! De você olhar para isso: “não sei o que fazer!” (Segundo encontro com a equipe do CAPSad, 27 de agosto de 2019).

De fato, como refleti ao longo da tese e, mais especificamente, no capítulo 10 – “Mapa 5 – Quarto desdobramento: Cartografia do esgotamento: alguns aspectos da

produção do sofrimento do trabalhador de saúde no cuidado com as pessoas em situação de rua” –, a produção do cuidado com as pessoas em situação de rua é extremamente desafiadora. Entendo que essa angústia colocada pelo/a trabalhador/a do CAPSad (e que, muitas vezes, também é a minha angústia) não tem a ver, somente, com um “não saber” relacionado às tecnologias leve-duras (saberes sobre como manejar uma crise no serviço, por exemplo); relaciona-se fortemente com o “não saber” lidar com os afetos que essas situações tão intensas e críticas produzem em nós. Ao experienciar encontros tensos e complexos, com corpos e existências permeados de sofrimentos, violências e que são tão desviantes e insurgentes em relação ao que se considera como normal, terminamos acionando as mesmas lentes de sempre para olhar o que está acontecendo, e enxergamos o que já estamos acostumados a enxergar a partir de decalques de um inconsciente colonial-capitalístico (Rolnik, 2019).

Essa dificuldade de lidar com os afetos que nos atravessam, portanto, termina interditando nosso movimento de desterritorialização, de produção de outras línguas ao percebermos que as línguas que falamos já não dão conta de expressar o que estamos sentindo; de construir outras estratégias de formações do desejo de invenção do real social, que são “todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar uma outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores” (Guattari, Rolnik, 1996, p. 215).

É mais do que enxergar com o “olho-retina”; é fazer vibrar o “olho-vibrátil” e o “corpo-vibrátil”, que são sensíveis aos efeitos dos encontros e suas reações (repulsa, atração, afetos, simulações), para poder alcançar e enxergar o invisível, para além da superfície (Rolnik, 2011).

Dessa forma, não se trata apenas de entrarmos previamente em contato com saberes da “clínica psicossocial”, da “clínica AD” ou da “clínica da redução de danos”, os quais nos ajudariam a manejar certas situações complexas da forma tecnicamente adequada, deixando-nos mais preparados e, assim, menos angustiados. Construir a nossa caixa de ferramentas, nossa “valise da cabeça” e “nossa valise relacional”, e tê-las bem preenchidas com tecnologias leve-duras e leves, respectivamente, é importantíssimo (Merhy, 2002). No entanto, sabemos que o cuidado em saúde é produzido em ato, no encontro entre dois corpos, que são existências complexas, e que, nesse encontro para a produção do cuidado, está instalada uma tensão

constitutiva, principalmente quando se produz uma relação de poder marcadamente assimétrica.

Assim, não deve existir uma clínica *a priori* que seja adequada para cuidar de pessoas em situação de extrema vulnerabilidade, como o são as pessoas em situação de rua; todos os saberes sistematizados em alguma dessas “clínicas” (da RD, psicossocial, da drogadição, etc.) são apenas ferramentas que devem ser acionadas quando se fizerem necessárias ou úteis. Devem ser convocadas a operar singularmente na produção do cuidado a partir do que acontece no encontro com essas pessoas.

Ressalto a “extrema vulnerabilidade”, referindo-me às pessoas em situação de rua, não para colocá-las em um lugar de vítimas desprovidas de potência vital, esmagadas e determinadas completamente pela estrutura, mas para destacar importantes dimensões das vidas dessas pessoas que precisamos reconhecer, tanto porque marcam de forma profunda e singular a vida cotidiana de cada uma delas como porque nos afetam de maneiras as mais diversas.

Estar em situação de rua, independentemente do contexto no qual essa forma de viver a vida tenha sido produzida, também faz parte de um emaranhado heterogêneo de violências que a sociedade como um todo cometeu; desde a não aceitação e intolerância em relação à orientação sexual, estigma e criminalização em relação ao uso de drogas, passando por desigualdades sociais gigantescas, desemprego, relações de trabalho frágeis, sistema judiciários e prisional precários, violência policial, guerra e violência entre facções criminosas (alimentadas pela guerra às drogas), destruição de perspectivas e horizontes. Tudo isso, transversalizado e intrinsecamente coproduzido pelo racismo estrutural, individual e institucional (Almeida, 2019).

Assim, quando encontramos as pessoas em situação de rua que demandam cuidado em um serviço de saúde, ou quando vamos ao seu encontro na rua, estamos “recebendo” e, frequentemente, sendo depositários de sofrimentos profundos que vêm sendo experienciados, às vezes, ao longo de toda uma vida. Sofrimentos, por vezes, ancestrais, que vêm marcando as vidas de gerações e gerações de algumas pessoas. Vidas marcadas por violências estruturais, físicas, simbólicas e psicológicas; vidas alijadas de direitos e de perspectivas. Também, vidas potentes, inventivas, que se produzem na resistência e na insurgência.

O não saber, nesse encontro, é constitutivo. Voltando ao diálogo com as considerações de Emerson Merhy na banca de qualificação, esse fazer complexo e extremamente tenso nos convoca para colocar entre parênteses muito do que julgamos saber, ou muito do que consideramos como verdade. Nessa perspectiva, o “não saber” pode ser sinônimo de liberdade, pois, ao admitir (e, também, coletivamente) que ele me atravessa, e ao acolher a ideia de que habito esse território fugidio, tenderia a não ficar tão preso no que há de instituído no cuidado, nos paradigmas estanques ou nas representações de o que é o cuidado e de como ele deve ser produzido.

Teria mais espaço para a criatividade e para a experimentação. Isso seria uma espécie de vantagem para Merhy, no que ele chama de “produção de anômalos” no mundo do cuidado e do trabalho em saúde (Merhy, 2010).

A ativação do nosso corpo sensível poderia se constituir como certo radar pelo qual nos guiaríamos para convocação e desenvolvimento de outras perspectivas éticas e políticas, e, portanto, para outros arranjos tecnológicos, descentrando o cuidado da imposição de nossas racionalidades, do procedimento e do trabalho morto, deslocando-o para o outro que busca cuidado, para a multiplicidade que o constitui e para a complexidade de seu sofrimento.

É como na experiência com a fita de Moebius denominada “Caminhando”, proposta por Lygia Clark (1963)<sup>32</sup> e que foi trazida por Suely Rolnik no seu livro “Esferas da insurreição: notas para uma vida não cafetinada”, publicado em 2019 (Rolnik, 2019). Nessa experiência, se seguirmos cortando a fita em um mesmo trajeto, sem produzir nenhuma diferença no caminho feito pela tesoura, ao seguirmos até o final da fita, chegaremos ao mesmo ponto onde começamos a cortar; com isso, o produto desse corte será uma fita de formato exatamente igual ao da anterior. Uma repetição. No entanto, se experimentarmos seguir por um caminho diferente, se fizermos um mínimo desvio no trajeto da tesoura, teremos como resultado formas completamente diferentes da anterior. Podemos tomar a produção sobre a obra “Caminhando” como um agenciador de outras possibilidades:

---

<sup>32</sup> Lygia Clark foi uma pintora, escultora, propositora, escritora, professora e terapeuta brasileira; viveu entre 1920 e 1988, e se considerava uma “artista não artista”. Foi cofundadora do movimento Neoconcreto (Magalhães, Azevedo, 2020).

Através do Caminhando perco a autoria, incorporo o ato como conceito de existência. [...] Perplexa sinto a multidão nos metrô, na cadência dos passos somados, no cruzamento de corpos que quase se tocam, mas que se afastam, cada um tomando rumos secretos de existência privada. Falo e ninguém entende. Não consigo comunicar essa mudança de conceito que para mim era tão profunda e radical dividindo a arte entre “o que já era” e o que poderia ser. Sinto profundamente a queda de valores de palavras que deixaram de ter significado, como o “gênio” e a “obra”, o individualismo (Clark, 2006, p. 352).

Na banca de qualificação do projeto de pesquisa, tomei o apontamento sobre o proibicionismo apenas como uma necessidade de contextualizar e aprofundar a problemática do uso das drogas na nossa sociedade, ainda de forma transcendente. O que aconteceu no processo de construção do campo de pesquisa para mim, e de mim no campo da pesquisa (dobra pesquisador-mundo), foi bem diferente e agenciou outras formas de ver, pensar, sentir e agir nas produções dos encontros. Nesse caminho singular, desloquei-me em relação à minha experiência.

Busquei recolher as interferências que o campo e a escrita da tese produziram ao longo do tempo, potencializando e ativando as dimensões do sensível que operam em mim e que, por vezes, ficam recolhidas, quase hibernando, adormecidas pelo inconsciente colonial-capitalístico (Rolnik, 2019). Foi necessário reconhecer a delicadeza e a perspicácia de habitar os territórios existenciais que venho habitando, fazendo furos nos limites desses territórios, no sentido de construir e habitar outros, conectando-me com as vidas das pessoas em situação de rua, deixando-as me afetar e agenciar a fabricação de pensamentos e formas de enxergar essas existências que antes não faziam parte de mim.

Precisei reconhecer que, no caminhar da pesquisa, o racismo estrutural e a guerra às drogas foram progressivamente assumindo uma centralidade, em um momento de intensificação do racismo, da intolerância, das desigualdades e da miséria em que estamos vivendo no País. Diante da aposta ética, política e metodológica desta pesquisa, a cartografia, é importante produzir visibilidade em relação a esse reposicionamento.

Alguns encontros e diálogos com certos usuários já haviam trazido para mim o tema do racismo, mas isso terminava me afetando de uma outra forma; percebia apenas como uma experiência pessoal daquele/a usuário/a e que gerava sofrimento de forma mais importante em algumas pessoas, sem conseguir fazer a conexão dessa experiência (que é singular e que deve ser valorizada no processo também singular de sofrimento daquela pessoa) com uma subjetivação e com uma produção de um



sofrimento ancestral que atravessa certas existências, que é tão estruturante do capitalismo contemporâneo e do neoliberalismo e, portanto, da sociedade brasileira que ainda sangra sua ferida escravocrata e profundamente racista.

A compreensão estruturalista da desigualdade social, por me parecer muito determinista, não me ajudava a entender a multiplicidade das situações envolvidas na vida e na permanência de várias pessoas nas ruas, assim como a relação que estabeleciam com o uso de drogas. Terminava não conseguindo fazer essa conexão entre o sofrimento das pessoas que eu cuidava e com as quais me relacionava com esses atravessamentos que são fundantes de nossa sociedade e que nos atravessam a todos, mas de forma bastante diversa. Esses atravessamentos ficavam pairando e, apesar de parecerem óbvios para muitos, para mim ainda não eram tão palpáveis, não da forma como o são hoje.

Aos poucos, essa compreensão foi-se ampliando, não no sentido de homogeneizar o sofrimento, de torná-los repetição de uma certa determinação que normatiza comportamentos e formas de existir, mas no sentido de conseguir entender melhor esse sofrimento conectado com a experiência coletiva de viver nesse país, nesse período de tempo, nessa sociedade, e não como fruto somente de um processo individual; de sentir e enxergar as pessoas, seus sofrimentos e suas necessidades com menos julgamentos morais, menos pretensões de saberes e de verdades; de respeitar e admirar várias pessoas que antes não eram nem tão visíveis para mim.

Toda essa caminhada foi (e tem sido) importante por me ajudar a sair da compreensão da subjetivação como um processo isolado, “interno”, para um processo societário, relacional, no qual as experiências e os territórios existenciais se constroem nos encontros, inclusive com as instituições. Saber disso do ponto de vista conceitual não significou, para mim, conseguir compreender diferente quando estava me relacionando e produzindo o cuidado com alguns usuários.

O encontro com essa multiplicidade produziu mais alguns deslocamentos. Sempre fui contra a guerra às drogas, mas só fui entender suas consequências violentas nas vidas das pessoas quando comecei a me conectar com as vidas das pessoas em situação de rua que faziam uso intensivo de drogas ilícitas. Lembro bem

de um adolescente que estava acolhido na Casa da Ladeira<sup>33</sup> (uma unidade assistencial da Rede de Atenção Psicossocial que funciona como alternativa de moradia protegida para jovens na faixa etária de 10 a 18 anos incompletos que fazem uso de álcool e outras drogas, com vulnerabilidade social e familiar). Ele se envolveu em uma briga, na qual foi ferido no ombro direito com uma faca, expondo parte do músculo. O CAPSad foi acionado e fomos fazer uma visita, já que ele se recusava a acessar uma unidade de emergência. A equipe da Casa já tinha tentado cerca de três vezes levá-lo à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e ele desistiu em todas elas, chegando a abrir a porta do carro em movimento para descer antes de chegar ao serviço. Conversamos muito e consegui entender que ele tinha pânico de acessar um serviço de emergência; a última vez que havia feito isso foi ao ser levado contra sua vontade para a emergência de um hospital psiquiátrico de Salvador, vindo de sua cidadezinha do interior, pelo fato de ser o desajustado da cidade e usuário de maconha. Com isso, ficou internado alguns dias, recebendo medicações e sem entender o porquê daquilo; acessar um serviço de urgência e emergência era reviver esse sequestro que sofreu e a possibilidade concreta de sofrer novamente essa violência, e ele não suportava a ideia de isso se repetir e, mais uma vez, tornar-se vítima da guerra às drogas.

Sempre critiquei e tive repulsa ao racismo, mas só fui começar a sentir o racismo em mim e a desconstruí-lo, assim como visibilizar o quanto ele era perene, violento, estrutural e devastador, quando comecei a entrar em contato com o sofrimento de vidas de pessoas negras em situação de rua que verbalizavam e esfregavam isso na minha cara nos encontros tensos no CAPSad Gregório de Matos e no Consultório na Rua do Centro Histórico. Um dos usuários, por exemplo, trazia com frequência situações nas quais tinha sido discriminado na rua. A sensação/percepção de que está sendo discriminado produz muita revolta e indignação nele, fazendo-o sofrer. Eu já o ouvi contando sobre pessoas atravessando a rua para não terem que cruzar com ele, pois pensavam que ele ia assaltá-las; ou pessoas saírem de um ponto de ônibus no momento em que ele chegou; ou, mesmo, segurando a bolsa ao cruzar com ele. Já presenciei ele se cortando ou se furando

---

<sup>33</sup> Esse serviço foi fechado no mês de junho de 2021 por problemas no repasse de recurso pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e, pouco tempo depois, foi reaberto. Esse é mais um do território do Centro Histórico que corre risco de deixar de existir em um pequeno período de tempo.

com cacos de vidro ou agulhas e dizendo “faço isso em mim para não precisar fazer nos outros”. Fui ameaçado por ele e quase levei uma cadeirada nas pernas, assim como já presenciei ameaças de agressão dele em relação a outras pessoas da equipe, mas nunca o vi chegar às vias de fato. No entanto, ele chegou às vias de fato em uma situação na qual também se sentiu violentado, como discutimos no capítulo 6 – “Mapa 1 – Cartografia das violências no CAPSad: a violência como analisador da produção do cuidado” –, na descrição da cena “Até os cachorros valem mais do que eu!”

Sempre soube que a exclusão, a negação de direitos de cidadania, a invisibilização e as vulnerabilidades produziam violência, sofrimento, extermínio simbólico e físico de certos corpos na nossa sociedade, mas só consegui ver isso se materializando na minha frente e de diferentes maneiras quando comecei a conhecer as histórias de vida e a me engajar na produção do cuidado das pessoas em situação de rua. Quando, trabalhando no Centro Histórico de Salvador, comecei a entrar em contato de outras formas com casos de pessoas em situação de rua assassinadas no contexto da guerra entre as facções, sofrendo violências físicas realizadas por policiais militares e civis, desaparecendo, sendo presas sem justificativa e morrendo de doenças facilmente evitáveis e tratáveis. Comecei a viver o desafio de tratar e acompanhar pessoas em situação de rua com tuberculose pulmonar e sífilis, além de articular o tratamento de HIV/AIDS (*Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome*) nos serviços de referência – uma experiência bem distinta da que já tinha produzido como médico da atenção básica. Participei de assembleias do CAPSad com a presença de um representante da Polícia Militar para tratar dos abusos cometidos por alguns policiais contra usuários do serviço.

Sempre me achei uma pessoa engajada, um médico sensível e politizado, que, por trabalhar como médico de família e comunidade na atenção básica, era atento às desigualdades sociais e aos sofrimentos humanos para além do corpo biológico. Mas foi só quando comecei a me relacionar com as pessoas em situação de rua e a perceber que tudo o que eu sabia de pouco me servia para produzir o cuidado com essas pessoas que me dei conta de que a medicina do corpo de órgãos (Merhy, 2009) me habitava de uma forma mais intensa do que eu conseguia admitir para mim mesmo. Assim como percebi que, para seguir me movimentando, era necessário me reinventar como pessoa, como médico, como professor e, nesse movimento, também como pesquisador. Dessa forma, a relação com as pessoas em situação de rua e, em muitos momentos, as relações com as drogas como atravessamentos nas suas vidas

foram tensionando e produzindo visibilidade para as repetições que me atravessavam e ativando a diferença em mim.

Esse deslocamento foi construído na relação com a produção das minhas práticas de cuidado e de pesquisa, na relação com as pessoas e acontecimentos, a partir das afetações que me atravessavam, que me incomodavam, faziam-me e fazem-me refletir. Não a partir de uma imposição “externa”, oriunda, por exemplo, de uma revisão bibliográfica que apontava para a necessidade de abordar esse ou aquele tema, mas de experiências que tenho produzido nesses fazeres.

Foi um processo de descobertas, imanente, de conformação de um profissional de saúde (que também é professor e pesquisador) que não bastava ser de esquerda, engajado e alinhado com certa perspectiva ética e política, que não bastava “saber”, do ponto de vista cognitivo, que todos nós somos atravessados pelo racismo<sup>34</sup>, por exemplo, para “enxergar” os efeitos disso nas vidas das pessoas, nas relações, nas organizações, nas práticas de cuidado em saúde. E, o mais importante, um processo de reconhecimento dos efeitos dos privilégios que possuo, de que sou atravessado por esses vetores, produz invisibilidade em relação a aspectos do sofrimento expressados pelas pessoas, sou habitado pelo “não saber” e tenho dificuldades em produzir tecnologias de cuidado que me ajudem a acolhê-las de outras formas.

Foram deslocamentos singulares e íntimos, mas, também, coletivos, à medida que foram agenciados pela produção de um comum com outras pessoas, trabalhadores de saúde e pessoas em situação de rua.

É importante destacar que, ao fazer essas reflexões, não estou querendo “explicar” todo o sofrimento das pessoas em situação de rua a partir do racismo e do proibicionismo, como se tivesse sido “iluminado” por conceitos que dão conta de tudo; o exercício, aqui, é produzir visibilidade para elementos que, até então, não estavam tão visíveis para mim, mas não só para mim. Há uma sutileza muito grande na forma como essas instituições operam na vida de cada um de nós, nas nossas relações, nas formas de entender o mundo e os fenômenos, de entender a justiça, de entender a própria sociedade. Assim, está cada vez mais claro que não podemos pensar o cuidado às pessoas em situação de rua, ainda mais em Salvador-Bahia-Brasil, sem

---

<sup>34</sup> Por dentro do racismo, desenvolve-se a guerra às drogas como estratégia de eliminação das pessoas que representam algum “perigo” para o *status quo*, o que Aquilie Mbembe (2018) considera necropolítica.

entender como o racismo, o proibicionismo e a necropolítica (mas, também, o machismo) se expressam na nossa sociedade.

É fácil apontar que existem determinantes de saúde envolvidos no processo de adoecimento, por exemplo, assim como é fácil nomeá-los. Difícil é desenvolvermos tecnologias de cuidado, individual e coletivamente, que consigam se conectar eticamente, politicamente, esteticamente e tecnicamente a esse adoecimento, considerando a sua complexidade, sem cair nas armadilhas reducionistas, culpabilizadoras do indivíduo em uma perspectiva moral, psicologizantes e psiquiatrizaras, que representam os usuários e seus sofrimentos a partir de alguns padrões, ou lentes/perspectivas, analíticos.

Assim, para avançarmos nessa empreitada, acredito que precisamos entrar em um processo de “descolonização” de nossas subjetividades. O exercício cartográfico nesta pesquisa e na escrita da tese ampliou as formas de me colocar em relação com o mundo e ser afetado pelos encontros que ele proporciona. Uma ampliação em relação às capacidades ‘pessoal-sensorial-sentimental-cognitiva’, que são resultados do regime de inconsciente colonial-capitalístico. Esse regime “reduz a subjetividade ao sujeito, o que exclui sua experiência imanente à nossa condição de viventes – um ‘fora do sujeito’ –, cujas consequências para a vida são altamente nefastas” (Rolnik, 2017, p. 109). Esse exercício foi um esforço na direção de uma via de apreensão de um mundo que

[...] nos permite captar os siais das forças que agitam seu corpo e provocam efeitos em nosso próprio corpo – aqui, ambos em sua condição de viventes. Tais efeitos decorrem dos encontros que fazemos - com gente, coisas, paisagens, ideias, obras de arte, situações políticas ou outras, etc. – [...]. Resultam desses encontros mudanças no diagrama de vetores de forças e das relações entre eles, produzindo novos e distintos efeitos. Introduzem-se outras maneiras de ver e de sentir [...] (Rolnik, 2019, p. 53).

Segundo Deleuze, o animal é o ser à espreita. Dessa forma, em alguma medida, ao buscar me inserir em um serviço de saúde que é habitado de maneira importante por pessoas em situação de rua, estava atualizando meu “devir-animal”, quase como um carrapato que fica na extremidade de um galho esperando que um animal de grande porte passe por baixo do galho para poder pular e sugar seu sangue (Deleuze, 1988-1989).

Coloco essa ideia do carrapato no sentido que Deleuze coloca em relação ao território, ao movimento de desterritorialização e reterritorialização. Segundo esse

autor, “[...] não há território sem um vetor de saída do território e não há saída do território, ou seja, desterritorialização, sem, ao mesmo tempo, um esforço para se reterritorializar em outra parte. Tudo isso acontece nos animais.” (Deleuze, 1988-1989, p. 4).

Sem dúvida, sempre estarei em movimento, em um esforço de desterritorialização e produção de outros territórios para habitar. No entanto, sem dúvida nenhuma, lançar-me na relação e nos encontros com as pessoas em situação de rua tem sido um dos grandes vetores de saída dos meus territórios. Os tensionamentos apontados por Merhy et al. (2010) me impulsionaram no sentido de tentar viver a experiência de fora do sujeito imanente à condição humana, a qual se caracteriza por ser extrapessoal, extrassensorial e extrassentimental (Rolnik, 2019).

Nessa experiência, o Outro (nesse caso, as pessoas em situação de rua) passou a viver no meu corpo, habitando-me através de seus efeitos em mim; e, como o desvio no corte da fita de Moebius feito na obra Caminhando, levou-me à produção de um caminho diferente (Rolnik, 2017, 2019).

## **11.2 Perspectivas éticas e a necessidade de instaurar outros modos de existência, em relação**

Para podermos contribuir com a ampliação da potência desses Outros com os quais nos relacionamos (ou para contribuirmos com a ampliação do campo de possíveis para essas existências) e da nossa potência, precisamos entender esse encontro como agenciador da produção de novas existências em nós e neles, e de alargamento do campo de possíveis para ambos. Como colocou um trabalhador do CAPSad em um dos encontros com a equipe desse serviço:

Por outro lado, me ocorre muito a questão das impossibilidades que a gente tem...eu fiquei bem atento para não sair a palavra impotência, que pode ser um grande engodo para a gente: “tudo é ruim, nada presta, nada funciona!” Eu acho que a gente tem muita potencialidade de desenvolver muitas coisas. Talvez, organizar melhor o nosso barco, mas tem algo da questão da impossibilidade mesmo! [...] A gente não vai ter como cobrir as coisas, todos os furos que essas pessoas trazem...são demandas bem vorazes, de diversas ordens! É uma equipe que se encontra diminuta em relação ao que ela já foi em outra ocasião. Então, temos muitas impossibilidades, e acredito que a gente pode realizar melhor as nossas potencialidades, na medida em que a gente assumir as nossas impossibilidades! O que a gente tem de potente, a gente pode realizar quando a gente admitir as nossas impossibilidades e trabalhar com aquilo que dá pé para a gente, com aquilo

que concerne à gente, entendeu? A princípio, é isso que me ocorre. Porque, na boa, a gente, às vezes, fica tentando achar causas e responsáveis por tudo que está acontecendo, mas a gente tem participação nisso e eu acho que a gente, enquanto trabalhador, enquanto gestão, a gente conseguir organizar e assumir aquilo que a gente banca e aquilo que não dá para a gente, eu acho que a gente vai evolui enquanto serviço e oferecer uma assistência melhor para essas pessoas, entendeu? É aquela velha história de botar o chapéu onde a mão alcança. Eu acho que, até por sermos uma equipe muito versátil...velho, a gente é uma equipe muito versátil! Sai um, dois, três de férias, a galera arruma um jeito de segurar o barco, entendeu? Com falta de água, com todas as questões do território, com todas as questões da rede, você vê, greve de segurança e a gente está aqui funcionando hoje, sabe? Eu arrepio de falar! É uma equipe muito boa, muita boa mesmo, muito versátil! Mas, a gente não está assumindo nossas limitações! (Segundo encontro com a equipe do CAPSad, 27 de agosto de 2019).

Essa reflexão é importante porque parte do reconhecimento da complexidade constitutiva do trabalho em saúde e da vida na relação com as pessoas em situação de rua. Um trabalho que envolve nomadismo, dinamismo, adaptação e metamorfoses permanentes dos trabalhadores; que nos mobiliza e nos afeta das formas mais diversas possíveis. Convoca-nos a habitar uma enorme variedade de sentimentos e contradições: das pessoas com as quais nos relacionamos para a produção do cuidado (possibilidades, desejos, afetos, querereres, delicadezas, violências, potências, paralisias, repetições, diferenças); nossas (certezas, implicações, desejo de ajudar o outro, estranhamentos, repulsas, atrações, medos, inseguranças, impossibilidades, pré-conceitos); e as que se formam no espaço intercessor produzido no encontro com essas pessoas (tutela, salvacionismo, autonomia, julgamentos, decepções, frustrações, raiva, alegria, tristeza, incertezas, medo de errar, medo do desconhecido).

Impossibilidades, inclusive, que também são produzidas no âmbito da redução e fragilização dos serviços e das políticas públicas de maneira geral e, mais especificamente, para as pessoas em situação de rua, como discutido no capítulo 8: “Mapa 3 – Segundo desdobramento: Cartografia do CAPSad no cuidado com as pessoas em situação de rua: um lugar dos que não têm lugar”.

A produção do cuidado com as pessoas em situação de rua é um trabalho tenso, contraditório, movediço, muito difícil de ser habitado e que tem como marcas o não saber, o imponderável, o inefável. Exige uma atenção e uma perspicácia em relação a nós mesmos e à produção de nossas práticas que não estamos acostumados a fazer ou, mesmo, nunca fomos ensinados e nunca soubemos como fazer. Por isso, é um território de muita experimentação, de muitos erros e de alguns acertos, de muitas tentativas, de paciência e de parcimônia, de recuos e de avanços,

de delicadezas e durezas. É um fazer artesanal que exige tempo, disponibilidade, presença, ternura e muita generosidade consigo e com os outros (tanto com os trabalhadores como com os usuários), porém também convoca muita responsabilidade, seriedade e um importante grau de “presença” afetiva para os trabalhadores.

Assim, é também por esses motivos que nos sentimos esgotados e sofremos. E é por isso que, com frequência, erramos ou nos contradizemos por conta desse medo de sofrer, pelo medo de não dar conta do que estar exposto a esse trabalho pode produzir em nós. Falas como “Fiz minha parte! Se ele não fez a dele, foi uma escolha para a qual tem que assumir as consequências [...]” ou “Dá vontade de chacoalhar ela para ver se ele acorda e passa a se cuidar!” podem ser um misto de criação de defesas para não sofrermos somada a um desejo de ajudar, já que certas situações extremas de sofrimento e violências são da ordem do insuportável para nós e mobilizam questões com as quais nem sempre conseguimos lidar.

Será que o sofrimento dos trabalhadores de saúde, tal qual refleti no capítulo 10, aponta para um esgotamento do modo de existência “profissional de saúde”? Dessa forma, as pessoas em situação de rua – as existências insurgentes – terminam agenciando mutações subjetivas que apontam para um novo modo de existência, já que nossos modos atuais não dão conta de se conectar aos múltiplos modos de existir dessas pessoas, tão atravessados por sofrimentos, adoecimentos, potências, intensidades, vida e morte.

Talvez o desafio seja, a partir do reconhecimento de nossas repetições como profissionais de saúde, e das repetições das pessoas com as quais produzimos cuidado, fabricarmos um comum no qual a diferença possa ser produzida mutuamente, no entre. Diferenças que disparam outros modos de subjetivação que vazem o encontro para produzir o cuidado em saúde, se expandam e se conectem com as vidas em produção. Encontros não pautados em julgamentos morais, buscando nos livrar das capturas ou da servidão espinosista (Franco, 2015) que nos atravessam, permitindo que outras produções ocorram. Sem idealizações, mas reconhecendo a dor, o sofrimento e, também, toda a vida, toda a potência desejante, toda a resistência e criatividade que habitam os corpos e as existências dessas pessoas; mesmo que, muitas vezes, nos pareçam territórios tão estranhos, tão esvaziados de vida como sinônimo de “boa vida”, perspectiva restrita pela qual, por vezes, entendemos a vida.



Reconhecer a potência que nos habita como trabalhadores de saúde, nossa capacidade de afetar e sermos afetados, de nos reinventarmos, de criar e inovar, de produzir “furos no muro”, de resistir e de nos produzir na diferença. Mas, também, reconhecer o sofrimento em nós, trabalhadores de saúde, ao lidar com essa complexidade e ao entrarmos em contato com nossas insuficiências, impossibilidades e esgotamentos; com nossos enfrentamentos dos desafios da produção do cuidado em meio às fragilidades dos serviços no setor saúde e fora dele, e em meio aos desmontes das políticas públicas, à precarização das condições de trabalho, à não garantia de direitos de cidadania para essa população atravessada por tantos estigmas e sofrimentos, às vezes, indizíveis.

Reconhecer, também, a vida que pulsa, o desejo e a potência inscritos nas vidas desses Outros e em nós. Nesse sentido, teríamos mais possibilidades de conseguir instaurar novos modos de existência em nós à medida que os visibilizamos de outra forma; não mais como incapazes, zumbis escravos das drogas ou da miséria, impotentes, atravessados somente pela violência e desprovidos da capacidade de fabricar possíveis. Nessa perspectiva, estaríamos instaurando outros modos de existência deles em nós, como numa dobra (Pelbart, 2014).

Um dos conceitos-ferramenta que foi se visibilizando na escrita desta tese-experiência em conexão com as vidas das pessoas em situação de rua, mas que, rapidamente, ganhou vida própria e vazou para os trabalhadores de saúde, foi o de “existências insurgentes”. Ele serve não como uma forma de caracterizar/adjetivar as pessoas em situação de rua e os trabalhadores de saúde com as quais se relacionam, mas como certo agenciamento de produção de vidas em relação. Vidas que, cada uma a seu modo, fabricam abalos, fissuras, desvios nas formas hegemônicas de estar com o outro, de sentir, pensar e agir no mundo.

Um dos efeitos da experiência da pesquisa e da escrita da tese foi a produção de um olhar crítico em relação à denominação “pessoas em situação de rua”, a qual pode ser tomada como uma repetição: todas as pessoas que estão produzindo suas vidas nas ruas conformam um grupo com certas características, que se comporta e existe de certa forma, em alinhamento com a ideia de “povo”. Ao contrário, deparei-me com multiplicidades, uma multidão (Negri, 2006). Multidão em sua perspectiva filosófica, como uma multiplicidade de sujeitos, e como uma potência ontológica, que quer fazer do mundo “um grande horizonte de subjetividades que se exprimem livremente e constituem uma comunidade de homens livres” (Negri, 2006, p. 130).

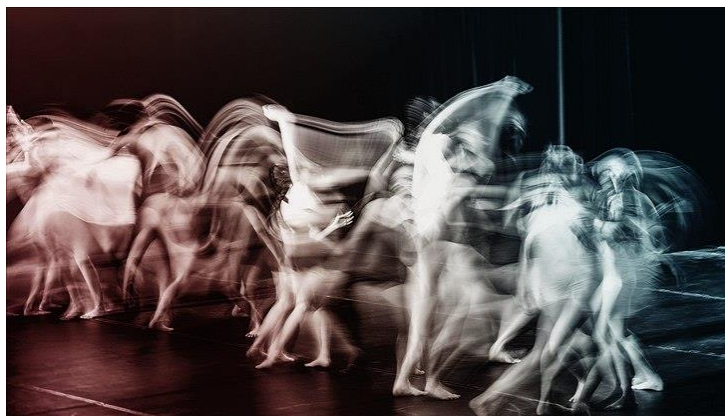
Nesse sentido, a “situação de rua” não é uma forma interessante de se referir às pessoas que produzem suas vidas com uma forte conexão com a rua. Estar na rua não é uma “situação”, pois esse “estar” é habitado por infinitas possibilidades, tantas quanto são as vidas que existem na rua.

Existências insurgentes também como vidas potentes, corajosas, inquietas, que protestam, não se deixam aprisionar. (Re)Conheci muitas dessas existências entre as pessoas em situação de rua que, apesar de não precisarem do meu olhar para serem instauradas, são um modo de existência que instaurei em mim. Uma forma de visibilizá-las a partir de outras lentes, o que me ajuda a me encontrar com suas vidas e suas presenças de maneira diferente, permitindo-me ser habitado e afetado por elas de outra forma. Assim, como em uma dobra ou em uma espécie de efeito bumerangue, também passo a habitar esse Outro de forma diferente (Pelbart, 2014).

Como coloca Pelbart (2014 p. 263),

Quer se chame de modo de existência, possibilidade de vida, estética da existência, forma de vida, existência nua, o que está em jogo, sempre, é um pluralismo existencial em que diferentes seres, cada qual com sua maneira de existir, em diferente grau e intensidade de existência, podem ser instaurados, mas também desinstalados, de modo que entre eles ocorram passagens, transições, saltos e também desfalecimentos, evaporações, esgotamentos. Existências possíveis, estados virtuais, planos invisíveis, aparições fugazes, realidades esboçadas, domínios transicionais, intermundos, entremundos: é toda uma outra gramática da existência que aí se pode conjugar. A cada vez que nos entregamos a um ser, a uma obra, a uma teoria, a uma aposta política, científica, clínica ou estética, instauramos um modo de existência e, assim, num efeito bumerangue, experimentamos um modo de existência (com suas derivas) para nós mesmos.

Assim, é nesse lugar de esgotamento que o niilismo é produzido, “um niilismo biopolítico que não pode ter como revide senão a vida multitudinária posta em cena” (Pelbart, 2014, p. 260). Por esse motivo, é exatamente nesse lugar que os rompimentos são produzidos e novas formas de vida são instauradas (Figura 9). A produção do cuidado em saúde com as pessoas em situação de rua envolve um permanente movimento de instauração de modos de existência que não existem, e nos convoca para um lugar de engajamento ético, estético e político como forma de não cairmos no niilismo de que “não há o que fazer”; assim como de não cairmos no salvacionismo ingênuo e despolitizado de que “nós é que vamos restituir a boa vida para essas pessoas”.



Fonte: <https://www.uni-hamburg.de/en/newsroom/videos/20191128-symposium-slow-motion.html>. Acesso em: 21 ago. 2021.

**Figura 9. Devir-movimento em relação.**

Trago novamente a fala de um trabalhador do CAPSad, inspirado em Marcus Vinícius (Matragra), com a qual já dialoguei no capítulo 8. Essa fala expressou de forma muito interessante esse movimento:

Eu percebo que fica sempre nesse ponto de que a gente precisa dar conta de tudo e não consegue dar conta de nada... acho que tem uma tendência, que acho que Marcus Vinícius falava isso com muita frequência – tem uma tendência de nós, trabalhadores, irmos ou para o extremo da impotência, de você se ver diante de limitações e você paralisar diante disso, ou para o caminho da onipotência, que também é frustrante, porque se você acha que tem dar conta de tudo, você vai se frustrar por porque você não vai dar conta de tudo! E isso é um lugar de muito poder, também! Como é que eu vou dar conta de tudo da vida de outra pessoa? Então, isso causa muito sofrimento! E eu vejo quanto que a gente também está presa nesse sofrimento de quem, ou não consegue dar conta de nada, ou tenta dar conta de tudo... e o quanto que a gente precisa pensar dentro de uma conjuntura com todas as questões que a gente colocou aí, tão complexa, com tantas desigualdades, com tantas dificuldades, com histórias de vidas com tantas misérias, com tantas situações, com tantas demandas ao mesmo tempo! O quanto a gente precisa pensar o que é possível para a gente dar conta? Que esse é o desafio! (Terceiro encontro com a equipe do CAPSad, 1 de outubro de 2019).

Nesse movimento complexo e contraditório, tropeçamos bastante e, às vezes, conseguimos construir caminhos possíveis, quase sempre tortuosos, provisórios e incompletos; mas, sempre, prenhes de sentidos e recheados de potência. Sinto-me construindo esses caminhos; assim como percebi os trabalhadores das equipes do CAPSad Gregório de Matos e do Consultório na Rua do Centro Histórico intensamente afetados pelas dores e delícias do trabalho que realizam, engajados em produzir saídas para as encruzilhadas cotidianas que habitam esse trabalho tão atravessado

pelas fragilizações nas políticas públicas; mas, também, por muitas potências e possibilidades.

Equipes extremamente potentes que, imersas no esgotamento e nas contingências, refletem sobre seu trabalho, reinventam-se continuamente e inventam formas de atualizar suas potências, mesmo quando estão à beira do abismo niilista. Essa é uma das faces da moeda, pois atua como uma sombra pairando sobre as cabeças de todos e, ao mesmo tempo, nos lembra constantemente que é ali, sob a penumbra que ela produz, na micropolítica da produção do cuidado em saúde e nos encontros entre existências insurgentes, que se faz a luz. É ali onde conseguimos nos insurgir contra o (in)consciente colonial-capitalístico e seus devires heroico-salvacionistas, contra o racismo (estrutural, individual e institucional) e contra o esgotamento que pode nos paralisar e fazer sofrer. É ali onde se constrói outras apostas éticas, políticas e estéticas e onde a produção de novos possíveis pode ocorrer.

Seguindo esse caminho, nossas “crises” e nossos esgotamentos como profissionais de saúde, na verdade, seriam pistas de que esses modos de existência estão em desconstrução e que novos modos estão pedindo passagem. Por isso, é imprescindível que olhemos para nós mesmos como existências em constante esvaziamento e desmanchamento, mas, também, em uma eterna metamorfose e em constante produção; modos de existências que, para vivermos esse fazer tão complexo, precisam ser instaurados como a possibilidade de produção de possíveis (Pelbart, 2014). Pois,

Apenas através de uma desaderência, de um despregamento, de um esvaziamento, bem como da impossibilidade que assim se instaura, advém a necessidade de outra coisa que, ainda pomposamente demais, chamamos de “criação de possível” (Pelbart, 2014, p. 262).

Não na perspectiva de um devir colonial-salvacionista ou de um devir heroico, que estão em total alinhamento com o inconsciente colonial-capitalístico apontado por Rolnik (2019); mas de devires que sejam desviantes, uma espécie de **devir-anômalo-cartógrafo**, atualizando o devir-borboleta, habitado por muitos outros devires e constituído pelo reconhecimento da diferença na repetição. Um devir que se produz rizomaticamente, habitado por uma potência autopoietica que é ativada nos encontros, disparada pelos acontecimentos e afetos que incidem em nossos corpos,

engajado na ampliação da potência de si e do outro, na produção do comum e na ampliação dos possíveis para ambos. Abandonar a forma de vida “profissional de saúde” que entrou em esgotamento e produzir um devir-Outro engajado no movimento desse devir-anômalo-cartógrafo para, além do mundo do cuidado e do trabalho em saúde, habitar o mundo da produção das vidas (Merhy et al., 2010; Rolnik, 2011).

Concluo esta tese de forma provisória dialogando com Pelbart (2014, p. 263-264), que nos provoca a um exercício delicado e complexo, mas que, em tempos de naturalização dos extermínios, das intolerâncias, da eliminação das diferenças e do diferente, de ódio e de práticas microfascistas em escala global, é extremamente necessário:

Sempre a pergunta: quais seres tomar a cargo? De quais incumbir-se? Como ouvir seus sussurros? Como dar-lhes voz? Como deixar-se percutir, afetar-se? Como instaurá-los preservando a singularidade de seu modo de existência? Como abri-los às passagens e às metamorfoses? Não se trata apenas de frágeis minorias constituídas, e sua enumeração seria quase infinita, nem de entes planetários ameaçados de extinção, também em número crescente, ou ainda dos planos de existência descartados diariamente (solicitudinários, virtuais), mas também dos devires minoritários de todos e de cada um: dos seres gaguejantes, dos apenas esboçados, dos que desistiram, dos seres por vir ou dos que jamais virão à existência, dos que a história dizimou, dos futuros soterrados no passado, daquele povo de zumbis que antes era apenas um “fundo” e que, por vezes, como no cinema (ou na História?), enfim invade a cena como protagonista multitudinário. Portanto, trata-se de nossa própria existência, incompleta sempre, em estado de esboço, de obra por fazer, que cabe prolongar como se prolonga o arco virtual de uma ponte quebrada ou em construção.

Concordando com Pelbart, como trabalhadores de saúde, como trabalhadores afetivos ou imateriais, de quais seres nos incumbiremos? Estamos atentos aos seres ainda por vir? Aos nossos devires minoritários? Ao apontar para as existências insurgentes, esta pesquisa-experimentação e esta tese-experiência, de alguma forma, se ocuparam desses devires em mim e no Outro. Uma construção de mapas que buscou esses devires no entre, no movimento, tentando tangenciá-los, sem a pretensão de pegá-los/capturá-los, somente tomá-los como bússolas, justamente por que são inefáveis. Uma caminhada errante que procurou estar à altura da minha própria “fraqueza” em vez de permanecer na fraqueza de cultivar apenas a minha “força” (Hardt, 2003; Pelbart, 2007).

## Referências

- Almeida SL. Racismo Estrutural. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. Revista Brasileira de Educação. 2002 Jan-Abr;19:20-8.
- Clark L. Caminhando [Internet]. 1963 [cited 2021 Jul 9]. Available from: <https://www.moma.org/audio/playlist/181/2392>
- Clark L. Carta a Mondrian [1959]. In: Escritos de artistas: 60/70. Ferreira G, Cotrim C, organizadoras. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2006.
- Deleuze G. O abecedário de Gilles Deleuze: uma realização de Pierre-André Boutang, produzido pelas Éditions Montparnesse, Paris [Internet]. 1988-1989 [cited 2020 Aug 12]. Available from: <http://escolanomade.org/wp-content/downloads/deleuze-o-abecedario.pdf>
- Didi-Huberman G. Survivance des lucioles. Paris: Minuit; 2009.
- Franco TB. Trabalho Criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. Saúde soc. 2015;24(1):102-14.
- Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: Cartografias do Desejo. 4a ed. Petrópolis: Vozes; 1996.
- Guattari F. As três ecologias. Bittencourt MC, tradutor. 11a ed. Campinas: Papirus; 2001.
- Hardt M. Trabalho Afetivo. O Reencantamento do Concreto: Cadernos de Subjetividade. 2003;143-58.
- Kilomba G. Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano. Oliveira J, tradutor. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.
- Magalhães TF, Azevedo MT. Fios da Vida: micropolítica e macropolítica na proposição Caminhando de Lygia Clark. Revista do Colóquio. 2020;19(supl. 1):42-60.
- Mbembe A. Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte. Santini R, tradutor. 3a ed. São Paulo: n-1; 2018.
- Merhy EE, Feuerwerker LC, Gomes MP. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB, Ramos VC, organizadores. Semiótica, afecção e cuidado em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 60-75.

Merhy EE. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia. 2009 Jan-Apr;(27).

Merhy EE. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: Lobosque AM, organizador. Cadernos de Saúde Mental 3. 2010;23-36.

Merhy EE. O agir em ato como analisador ético-político do fazer produtivo: o mundo do trabalho é cartográfico e, como tal, se abre para desafios de desaprendizagens/descapturas de certas lógicas e busca de outras. In: Brant V, organizador. Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde. 2011. p. 105-13.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

Negri A. De Volta/Antonio Negri. Entrevista a Anne Dufourmantelle. Marques C, tradutor. Rio de Janeiro: Record; 2006.

Pelbart PP. Biopolítica. Sala Preta [Internet]. 2007 [cited 2021 Jun 20];(7):57-66. Available from: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-3867.v7i0p57-66>

Pelbart PP. O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento. 2a ed. São Paulo: n-1; 2016.

Pelbart PP. Por uma arte de instaurar modos de existência que “não existem”. In: Como (...) coisas que não existem. 31ª Bienal de São Paulo; 2014. p. 250-65.

Rolnik S. Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo. 2a ed. Porto Alegre: Sulina, UFRGS; 2011.

Rolnik S. Esferas da Insurreição: notas para uma vida não cafetinada. 2a ed. São Paulo: n-1; 2019.

Rolnik S. Esferas da Insurreição: para além da cafetinagem da vida. In: Santiago H, Tible J, Telles V, organizadores. Negri no Trópico. 23º26’14”. São Paulo: n-1; 2017. p. 101-21.

Spinoza B. Ética. Tadeu T, tradutor. 2a ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2018.

## Referências gerais

- Abrahão AL, Merhy EE, Gomes MP, et al. O pesquisador *in-mundo* e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. *Lugar Comum*. 2013;39:133-44.
- Abrahão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface* [Internet]. 2014 Apr-Jun [cited 2021 May 24];18(49). Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0166>
- Agamben G. *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I*. Belo Horizonte: UFMG; 2004.
- Alexander BK, Merhy EE, Silveira P, organizadores. *Criminalização ou acolhimento? Políticas e práticas de cuidado a pessoas que também fazem o uso de drogas* [Internet]. Porto Alegre: Rede Unida; 2018 [cited 2021 Apr 21]. Available from: <https://editora.redeunida.org.br/project/criminalizacao-ou-acolhimento/>.
- Almeida SL. *Racismo Estrutural*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.
- Alverga AR, Dimenstein M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface* [Internet]. 2006 Dec [cited 2020 Sept 5];10(20):299-316. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=en&nrm=iso)
- Alves YD, Pereira PP. Da guerra às drogas à guerra ao vírus: necropolítica e resistência na Cracolândia. *Cadernos de Campo* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 7];29(supl):319-28. Available from: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/170456>
- Amado J. *Bahia de todos-os-santos*. São Paulo: Companhia das Letras; 2012.
- Amado J. *Tenda dos Milagres*. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
- Andrade Júnior MJ. *A contribuição da Medicina na construção do Racismo Científico no Brasil: um olhar sobre a eugenia (monografia)*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia; 2016.
- Andrade L. Os Pastores da Noite – um diálogo entre a geografia, a literatura e o cinema na obra de Jorge Amado. In: Pinheiro DJ, Silva MA, organizadores. *Visões imaginárias da cidade da Bahia: diálogos entre a geografia e a literatura* [Internet]. Salvador; 2004 [cited 2020 Sept 10]. Available from: <http://books.scielo.org/id/myv39/pdf/pinheiro-9788523209223-07.pdf>
- Araújo LM. *Teoria do conhecimento em Maturana e Varela – Movimento Realidade e Autopoiese* [cited 2020 Aug 15]. Available from: [http://www.prac.ufpb.br/copac/extelar/producao\\_academica/artigos/pa\\_a\\_movimento\\_realidade\\_e\\_autopoiese.pdf](http://www.prac.ufpb.br/copac/extelar/producao_academica/artigos/pa_a_movimento_realidade_e_autopoiese.pdf)



Associação Brasileira de Saúde Coletiva (BR) [Internet]. Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas [cited 2020 Jan 28]. Available from: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>.

Azeredo YN, Schraiber LB. Violência institucional e humanização em saúde: apontamentos para o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22(9):3013-22.

Bahia (BR). Secretaria de Cultura do Estado da Bahia. Infocultura: informativo da Secretaria de Cultura do Estado da Bahia. 2008 Out. Salvador; 2011.

Bahia (BR). Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. CAS - Centro Antigo de Salvador [livro eletrônico]: território de referência. Salvador: SEI; 2013.

Bandnews. Figura 1 [Internet]. Crack é Cadeia ou Caixão: sem consumo o tráfico para [cited 2021 Sept 10]. Available from: <https://www.bnews.com.br/noticias/principal/politica/1768,crack-cadeia-ou-caixao.html>

Barros LM, Barros, ME. O problema da análise em pesquisa cartográfica. In: Passos E, Kastrup V, Tedesco S, organizadores. *Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Vol. 2. Porto Alegre: Sulina; 2014.

Barros M. *Livro sobre nada*. Rio de Janeiro: Record; 1996.

Barros M. *Retrato do Artista Quando Coisa*. Rio de Janeiro: Record; 1998.

Bauman Z, Donskis L. Entre o medo e a indiferença: a perda da sensibilidade. In: Cegueira Moral: a perda da sensibilidade na modernidade líquida. Medeiros CA, tradutor. Rio de Janeiro: Zahar; 2014. p. 115-57.

Bauman Z. *O Mal-Estar da Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar; 1998.

Bauman Z. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*. 2002 Jan-Abr;19:20-8.

Bourdieu P. *Sur la télévision*. Paris: Liber; 1996.

Braga PM, Santos Júnior WR. Programa de Recuperação do Centro Histórico de Salvador: políticas públicas e participação social. *Risco Revista de Pesquisa em Arquitetura e Urbanismo* [Internet]. 2009 Jul 1 [cited 2020 Sept 3];(10):23-34. Available from: <https://www.revistas.usp.br/risco/article/view/44777>

Brasil. *A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Brasília; 2003.

Brasil. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília; 2010.

Brasil. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Cerqueira D, Bueno S, coordenadores. Atlas da violência 2020 [Internet]. Rio de Janeiro; 2020 [cited 2020 Sept 7]. Available from: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio\\_institucional/200826\\_ri\\_atlas\\_da\\_violencia.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/200826_ri_atlas_da_violencia.pdf)

Brasil. Ministério da Saúde. Define as diretrizes de organização e Equipes de Consultório na Rua. Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2011 [Internet] [cite 2020 Sept 2]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua [cited 2020 Ago 6]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas; 2019.

Brasil. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Gabinete do Ministro. Ministério da Saúde. 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.

Brasil. Portaria nº 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) [Internet]. 2011 [cite 2020 Oct 12]. Available from: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)

Buber M. Eu e Tu. Von Zuben NA, tradutor. São Paulo: Centauro; 2001.  
Camargo Júnior KR. Biomedicina, Saber & Ciência: Uma Abordagem Crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.

Canonico RP, Tanaka AC, Mazza MM, Souza MF, Bernat MC, Junqueira LX. Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2007 [2020 Oct 20];Spec 41:799-803. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/wknHY83bSGMXnmHvWxVd6yq/abstract/?lang=pt>

Carpanedo NA. Do conceito de saúde e doença à subjetividade no uso de drogas. In: Siqueira DJ, organizador. *Mal(dito) Cidadão numa Sociedade com Drogas*. São Paulo: King; 2006.

Carvalho MA, Santana JP, Oliveira LV. Cartografias dos Desejos e Direitos: Mapeamento e Contagem da População em Situação de Rua na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Síntese dos Resultados da Pesquisa*. Projeto Axé; 2017a.

Carvalho MA, Santana JP, Vezedek L. Cartografias dos Desejos e Direitos: Mapeamento e Contagem da População em Situação de Rua na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Sumário Executivo da Pesquisa da Pesquisa*. Projeto Axé. 2017b.

Carvalho SM. *População adulta em situação de rua e o acesso à saúde*. Rio de Janeiro: Autografia; 2016.

Cassell E. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. 2a ed. New York: Oxford University Press; 2004.

Cecílio LC, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro, Caxias do Sul: Cepsc, IMS, Uerj, Educ; 2006.

Cecílio LC. A questão do “duplo/tríplice estatuto” nos estudos sobre gestão e organizações de saúde no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Fórum Sociológico* [Internet], 2014 [cited 2020 Aug 16]. Available from: <https://journals.openedition.org/sociologico/1125#quotation>

Cecílio LC. O Inefável. Poema elaborado durante a Banca de Qualificação de Doutorado de João André Santos de Oliveira. Título: Produção do cuidado das pessoas em situação de rua usuárias de drogas do Centro Histórico de Salvador/BA: uma cartografia dos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo; 2018 Ago 30.

Chesnais JC. *Histoire de la Violence en Occident de 1800 à nos Jours*. Paris: Robert Laffont; 1981.

Clark L. Caminhando [Internet]. 1963 [cited 2021 Jul 9]. Available from: <https://www.moma.org/audio/playlist/181/2392>

Clark L. Carta a Mondrian [1959]. In: *Escritos de artistas: 60/70*. Ferreira G, Cotrim C, organizadoras. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2006.

Coimbra CM, Nascimento ML. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. 2008. In: Geisler AR, Abrahão AL, Coimbra CM, organizadores. *Subjetividades, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos em saúde*. Niterói: EdUFF; 2008. p. 143-53.

Costa FN. Comportamentos dos investidores: do homo economicus ao homo pragmaticus. Campinas: IE/Unicamp; 2009.

Cruz FP, Neto JSJ. A memória e ancestralidade presente no romance Ponciá Vivêncio de Conceição Evaristo. *Revista Humanidades e Inovação*. 2020;7(3):180-184.

Cruz KT. A formação médica no discurso da CINAEM [Dissertação] [Internet]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004 [cited 2021 Mar 23]. Available from: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311722>

Cunha TR. O preço do silêncio: mulheres ricas também sofrem violência. Vitória da Conquista: UESB; 2007.

Damasceno VM. Individuação, Corpo e Afecto em Gilles Deleuze. In: Franco TB, Ramos VC, organizadores. *Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 76-92.

Deleuze G, Guattari F. 28 de novembro de 1947 – Como criar para si um Corpo sem Órgãos? In: Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. 2a ed. Vol. 3. Guerra Neto A, Costa CP, tradutores. São Paulo: 34; 2012. p. 11-33.

Deleuze G, Guattari F. Introdução: Rizoma. In: Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. 6a ed. Vol. 1. Guerra Neto A, Costa CP, tradutores. São Paulo: 34; 2009. p. 11-37.

Deleuze G. Diferença e repetição. Orlandi L, Machado R, tradutores. 3a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2006.

Deleuze G. Espinosa: Filosofia prática. São Paulo: Escuta; 2002.

Deleuze G. O abecedário de Gilles Deleuze: uma realização de Pierre-André Boutang, produzido pelas Éditions Montparnesse, Paris [Internet]. 1988-1989 [cited 2020 Aug 12]. Available from: <http://escolanomade.org/wp-content/downloads/deleuze-o-abecedario.pdf>

Deleuze G. O que é um dispositivo? In: Deleuze G. *O mistério de Ariadne*. Lisboa: Veja – Passagens; 1996 [cited 2021 Mar 22]. Available from: [https://www.uc.pt/iii/ceis20/conceitos\\_dispositivos/programa/deleuze\\_dispositivo](https://www.uc.pt/iii/ceis20/conceitos_dispositivos/programa/deleuze_dispositivo)

Deleuze G. Os intercessores. In: Deleuze, G. *Conversações*. 3a ed. Pelbart PP, tradutor. São Paulo: 34; 2013, p. 155-72.

Deleuze G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: *Conversações: 1972-1990*. Pelbart P, tradutor. Rio de Janeiro: 34; 1992. p. 219-26.

Delgado PG. Por uma Clínica da Reforma: concepção e exercício. In: Lobosque AM, organizador. *Caderno Saúde Mental: A Reforma Psiquiátrica que queremos por uma Clínica Antimanicomial*. Belo Horizonte; 2007.

Dicionário Online de Português [Internet]. Militância [cited 2021 Mar 20]. Available from: <https://www.dicio.com.br/militancia/>.

Didi-Huberman G. *Survivance des lucioles*. Paris: Minuit; 2009.

D'Oliveira AF, Diniz CS, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002;359(11):1681-5.

Domenach JM. *La violencia*. Unesco, organização. *La Violencia y sus Causas*. Paris: Unesco; 1981.

Dreyfus HL, Rabinow P. Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2013.

Eps em Movimento. O Diário Cartográfico [Internet]. 2014 [cited 2020 Jan 31]. Available from: <http://eps.otics.org/material/entrada-apresentacao/arquivos-em-pdf/diario-cartografico>

Escorel S. *Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Espinheira G. Projeto de reabilitação sustentável do Centro Histórico de Salvador: A dimensão social e o quadro de vulnerabilidades do Centro Antigo. Relatório Final. Salvador: ONG Movbahia; 2009.

Espinheira, G. A casa e a rua. In: *Cadernos do ceas*, nº 145. maio/junho 1993 Salvador: ceas. p. 24-38.

Evaristo C. Certidão de Óbito [Internet] [cited 2021 Jun 22]. Available from: <https://www.culturagenial.com/poemas-de-conceicao-evaristo/>.

Fameb. ARD – Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti [Internet] [cited 2020 Oct 12]. Available from: <http://www.fameb.ufba.br/nucleos/next/ard>

Fanon F. *Pele Negra, Máscaras Brancas*. Silveira R, tradutor. Salvador: Edufba; 2008.

Feuerwerker LC, Merhy EE. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais se gestão e de saúde? In: Mattos RA, Baptista TW, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.

Feuerwerker LC. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.

Feuerwerker LC. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*. 2005 Set-Dez;9(18):489-506.

Fiocruz (BR). Reforma Sanitária [cited 2020 Ago 6]. Available from: <https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>

Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910.

Foucault M. "Foucault". In: Motta MB, organizador. Ditos e Escritos V. Monteiro E, Barbosa IA, tradutores. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.

Foucault M. A Casa dos Loucos. In: Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal; 2006. p. 113-28.

Foucault M. Os Anormais. Curso no Collège de France (1974-1975). Brandão E, tradutor. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

Foucault M. Os intelectuais e o poder - conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In: Machado R, organizador e tradutor. Microfísica do poder. 22a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2006. p. 69-78.

Fraga Filho, W. Mendigos, moleques e vadios na Bahia do Século XIX. São Paulo: Hucitec/Edufba; 1995.

Franco TB, Merhy EE. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: Franco TB, Merhy EE, organizadores. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec; 2013.

Franco TB, Merhy EE. Produção Imaginária da Demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção Social da Demanda. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-Cepesc-Abrasco; 2005.

Franco TB. Trabalho Criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. Saúde soc. 2015;24(1):102-14.

Furtado LA. A experiência do Programa de Baixo Abertos. In: Loedote ML, organizador. Corpos que sofrem: como lidar com os efeitos psicossociais da violência? São Paulo: Elefante; 2019. p. 271-85.

Globo. Pontos de Atendimento a pessoas em situação de rua são fechados em Salvador; funcionários protestam [Internet] [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://g1.globo.com/bahia/noticia/pontos-de-atendimento-a-pessoas-em-situacao-de-rua-sao-fechados-em-salvador-funcionarios-protestam.ghtml>

Gomes E. Leve Sensação. Reggae Resistência (Álbum); 1988.

Gomes MP, Merhy EE, Silva E, Abrahão AL, Vianna L, Rocha M, et al. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: Gomes MP, Merhy EE, organizadores. Pesquisadores *in-mundo*: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 25-42.

Gonçalves Filho JM. Humilhação social: humilhação política. In: Orientação à queixa escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.

Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: Cartografias do Desejo. 4a ed. Petrópolis: Vozes; 1996.

Guattari F. As três ecologias. Bittencourt MC, tradutor. 11a ed. Campinas: Papirus; 2001.

Guattari F. Caosmose: um novo paradigma estético. Oliveira AL, Leão LC, tradutores. São Paulo: 34; 2006.

Haesbaert R. Território e Multiterritorialidade: Um Debate. GEOgraphia. 2007; IX(17).

Hardt M, Negri A. Multidão: guerra e democracia na era do Império. Marques C, tradutor. Rio de Janeiro: Record; 2005.

Hardt M. Trabalho Afetivo. O Reencantamento do Concreto: Cadernos de Subjetividade. 2003;143-58.

Hart C. Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre drogas. Marques C, tradutor. Rio de Janeiro: Zahar; 2014.

Ignácio MV, Mattos RA. O Grupo de Trabalho Racismo e Saúde Mental do Ministério da Saúde: a saúde mental da população negra como questão. Saúde Debate. 2019 Dec;43(Spec 8):66-78.

Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional. Centro Histórico de Salvador (BA) [Internet] [cited 2020 Sept 3]. Available from: <http://portal.iphan.gov.br/pagina/detalhes/35/>.

Kilomba G. Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano. Oliveira J, tradutor. Rio de Janeiro: Cobogó; 2019.

Kinoshita RT, Barreiros CA, Schorn MC, Mota TD, Trino AT. Cuidado em saúde mental: do sofrimento à felicidade. In: Nunes M, Landim FL, organizadores. Salvador: Edufba; 2016.

L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. Análise Institucional & Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2013.

L'Abbate S. Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. Mnemosine. 2012;8(1):194-219.

L'Abbate S. A análise institucional e a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2003 [cited 2020 Set 3];8(1):265-74. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=en&nrm=iso)

Ladeia PS, Mourão TT, Melo EM. O silêncio da violência institucional no Brasil. Rev Med Minas Gerais. 2016;26(Supl 8):398-401.

Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2007. (Políticas do desejo).

Lancetti A. Contrafissura e plasticidade psíquica. São Paulo: Hucitec; 2015. (Políticas do desejo).

Latour B. Jamais fomos modernos: ensaios de antropologia simétrica. Costa CI, tradutor. Rio de Janeiro: 34; 1994.

Laval C, Dardot P. La nueva razón del mundo: Ensayo sobre la sociedad neoliberal. Barcelona: Gedisa; 2013.

Lima SS, Teixeira RM, Pinheiro CM. O conceito de crise na clínica para usuários de álcool e outras drogas: ampliando reflexões. Saúde em Debate. 2012 Apr-Jun;36(93):275-81.

Lisboa MS. Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2013.

Londero MF, Ceccim RB, Bilibio LF. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. Revista Interface, 2014.

Lorey I. Estado de inseguridad: Gobernar la precaridad. Cedillo RS, tradutor. Madrid: Mapas; 2016.

Lourau R. Implicação e sobreimplicação. In: Altoé S, organizador. René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 140-53.

Lourau R. Objeto e método da Análise Institucional. In: Altoé S, organizador. René Lourau: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec; 2004.

Lourau R. René Lourau na UERJ: análise institucional e práticas de pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.

Magalhães TF, Azevedo MT. Fios da Vida: micropolítica e macropolítica na proposição Caminhando de Lygia Clark. Revista do Colóquio. 2020;19(supl. 1):42-60.

Magrão S, Sá LC. Caçador de Mim. In: Mazzola M, Nascimento M, produtores. Caçador de Mim. Ariola, 1981.



Maio MC. A medicina de Nina Rodrigues: análise de uma trajetória científica. *Cadernos de Saúde Pública*. 1995;11(2):226-37.

Mandarino AC, Gomber E. A Escola de Medicina da Bahia ou o lugar onde Pedro Archanjo foi bedel: representações de estereótipos acerca de macumba, loucura e crime. *Reciis – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. 2010 Sept;4(3):63-9.

Maturana H, Varela F. A árvore do conhecimento. Santos JP, tradutor. Campinas: Psy; 1995.

Maturana HR. Cognição, ciência e vida cotidiana. Magro C, Paredes V, tradutores e organizadores. Belo Horizonte: UFMG; 2001.

Mbembe A. Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte. Santini R, tradutor. 3a ed. São Paulo: n-1; 2018.

Menezes AP, Moretti B, Reis AA. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde Debate*. 2019 Dec;43(Spec 5):58-70.

Merhy EE et al. Pesquisa em saúde e avaliação de novas tecnologias para o SUS (A Produção do cuidado em diferentes modalidades de Redes de Saúde do Sistema Único de Saúde – Avalia quem pede, quem faz e quem usa – Pesquisa Interferência). Relatório Técnico Final. 2013 Sept-Oct.

Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, et al., organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

Merhy EE, Feuerwerker LC, Gomes MP. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB, Ramos VC, organizadores. *Semiótica, afecção e cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 60-75.

Merhy EE, Feuerwerker LM, Ceccim RB. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Salud Colectiva*. 2006 May-Aug;2(2):147-60.

Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*. 2003;27(65):316-23.

Merhy EE, Gomes CM, Silva E, Santos MF, Cruz KT, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Revista Divulgação em Saúde para Debate [Internet]*. 2014 Oct [cited 2020 Aug 18];(52):153-64. Available from: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>

Merhy EE, Pimentel RF, Flach PV. Quem nos impede de cuidar em liberdade? Defensoria Pública da Bahia [Internet]. Projeto Articulando Redes [cited 2020 nov 4]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=sFDZeD2jX20>

Merhy EE. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. Lugar Comum – Estudos de Mídia, Cultura e Democracia. 2009 Jan-Apr;(27).

Merhy EE. A organização não existe. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. Análise Institucional & Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2013.

Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Reis AT, et al., organizadores. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.

Merhy EE. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia. Grupo de Trabalho de Álcool e outras Drogas. Drogas e cidadania: em debate. Brasília, DF: CFP; 2012. p. 9-18.

Merhy EE. As vistas dos pontos de vista. Tensão dos programas de Saúde da Família que pedem medidas. Rev. Bras. Saúde Família [Internet]. 2013 [cited 2021 Jun 1];15(35/36):1-7. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo\\_emerson\\_merhy.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/artigo_emerson_merhy.pdf)

Merhy EE. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: Lobosque AM, organizador. Cadernos de Saúde Mental 3. 2010;23-36.

Merhy EE. Drogados e loucos, o que fazer com isso? Uma conversa sobre “redução de danos” e produção de mais existências [Internet] [cited 2021 Mar 23]. Available from: <https://docplayer.com.br/19150225-Drogados-e-loucos-o-que-fazer-com-isso-uma-conversa-sobre-reducao-de-danos-e-producao-de-mais-existencias-1-emerson-elias-merhy.html>

Merhy EE. Educação Permanente em Movimento – uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. Saúde em Redes. 2015;1(1):7-14.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onoko RT, organizadores. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

Merhy EE. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia. Grupo de Trabalho de Álcool e outras Drogas. Drogas e cidadania: em debate. Brasília, DF: CFP; 2012. p. 9-18.

Merhy EE. O agir em ato como analisador ético-político do fazer produtivo: o mundo do trabalho é cartográfico e, como tal, se abre para desafios de desaprendizagens/descapturas de certas lógicas e busca de outras. In: Brant V, organizador. Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde. 2011. p. 105-13.

Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 1999 [cited 2020 Nov 2];4(2):305-14. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200006&lng=pt&nrm=iso)

Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, et al., organizadores. Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 21-45.

Merhy EE. O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador [Internet] [cited 2021 Apr 14]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0276.pdf>

Merhy EE. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças (Prefácio). Aciole GG. A Saúde no Brasil: cartografias do público e do privado. Campinas: Hucitec; 2016.

Merhy EE. Público e privado: entre aparelhos, rodas e praças [Internet]. 2006 [cited 2021 Mar 23]. Available from: [http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/carta\\_da\\_saude/ed\\_16\\_artigo.PDF](http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/carta_da_saude/ed_16_artigo.PDF)

Merhy EE. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

Minayo MC. Um fenômeno de causalidade complexa. In: Violência e saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 12-23. (Coleção Temas em Saúde).

Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua [cited 2020 Ago 6]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html)

Moço VR. Das execuções sumárias cometidas por agentes públicos: um estudo da violência policial e seletividade no Brasil. Revise – Revista de Ciências do Estado. 2018 jun-Dec;3(2):96-116.

Moebus R. Crise – Um conceito constitutivo para a saúde mental. In: Gomes MP, Merhy EE, organizadores. Pesquisadores *in-mundo*: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 25-42.

Morgan G. Imagens da Organização. Bergamini CW, Coda R, tradutores. São Paulo: Atlas; 2006.

Mourão Netto JJ, Rodrigues AR, Aragão OC, et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018 [cited 2021 May 25]. Available from: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2018.v42/e2>

Müller TM, Cardoso L. Branquitude: estudos sobre identidade branca no Brasil.

Negri A. Da produção de subjetividade – entre guerra e democracia. In: Negri A. *Cinco lições sobre Império*. Rio de Janeiro: DP&A; 2003. p. 179-96.

Negri A. De Volta/Antonio Negri. Entrevista a Anne Dufourmantelle. Marques C, tradutor. Rio de Janeiro: Record; 2006.

Negri A. O comum como modo de produção [Internet]. Marino M, tradutor. 2016 [cited 2021 Jun 13]. Available from: <https://laboratoriodesensibilidades.wordpress.com/2016/10/28/o-comum-como-modo-de-producao-antonio-negri/>.

Nery Filho A. Introdução: Por que os humanos usam drogas? In: Nery Fiho A, Macrae E, Tavares LA, Nuñez ME, Rêgo M. *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: Edufba, Cetad; 2012.

Oliveira JA, Barretto LD, Dultra LS. Cuidar é afetar-se: “BJ” coloca em xeque as velhas formas de produzir o cuidado em saúde. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, et al., organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

Oliveira JA, Barretto LD, Freire RC, Rosa GF, Lima F, Dultra LS, et al. Desencontros entre a vista do ponto dos usuários e as formas de cuidar em saúde: reflexões sobre a produção do cuidado em uma região da cidade de Salvador-BA. In: Merhy EE, et al., organizadores. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.

Oliveira MG. Consultório de rua: relato de uma experiência [dissertação] [Internet]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2009 [cited 2020 Oct 20]. Available from: [http://www.cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/consultorio\\_de\\_rua\\_relato\\_de\\_uma\\_experiencia.pdf](http://www.cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/consultorio_de_rua_relato_de_uma_experiencia.pdf)

Pagliosa FP, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008;32(4):492-99.

Passos E, Barros RB. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Psic.: Teor. e Pesq.* [Internet]. 2000 Apr [cited 2020 Aug 13];16(1):71-9. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=en&nrm=iso)

Passos E, Kastrup V, Tedesco S, organizadores. *Pistas do Método da Cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Vol. 2. Porto Alegre: Sulina; 2014.

Pelbart P. Vida capital: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras; 2011.

Pelbart PP. Biopolítica. Sala Preta [Internet]. 2007 [cited 2021 Jun 20];(7):57-66. Available from: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-3867.v7i0p57-66>

Pelbart PP. O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento. 2a ed. São Paulo: n-1; 2016.

Pelbart PP. Políticas da vida, produção do comum e a vida em jogo. Saúde Sociedade. 2015;24(supl.1):19-26.

Pelbart PP. Por uma arte de instaurar modos de existência que “não existem”. In: Como (...) coisas que não existem. 31ª Bienal de São Paulo; 2014. p. 250-65.

Petuco DR. Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado. In: Ramminger T, Silva M, organizadores. Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas. Porto Alegre: Rede Unida; 2014. p. 133-48.

Ponto de Encontro. Centro de Convivência para Usuários de Álcool e outras drogas [Internet] [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://blogpontodeencontro.wordpress.com/>.

Portal Educacional. Centro Histórico de Salvador [Internet] [cited 2020 Sept 3]. Available from: <http://www.educacional.com.br/reportagens/patrimonio/salvador.asp>

Rancière J. A partilha do sensível: estética e política. São Paulo: EXO Experimental, 34; 2005.

Reis AA, Sóter AP, Furtado LA, et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. Saúde Debate. 2016 dez.;Spec n 40:122-135.

Reis Junior AG. Estudo de caso da equipe de Saúde da Família para população em situação de rua de Belo Horizonte/MG [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz; 2011.

Renault E. A Critical Theory of Social Suffering. London: Equinox; 2010.

Ribeiro D. Pequeno Manual Antirracista. São Paulo: Companhia das Letras; 2019.

Rodrigues T. Tráfico, guerra, proibição. In: L'Abate BC, Goulart SL, Fiore M, Macrae E, Carneiro H, organizadores. Drogas e cultura. Novas perspectivas. Salvador: Edufba; 2008. p. 91-104.

Rolnik R, Calil TG. Território e Proibição: guerra às drogas ou guerra aos pretos e pobres. Carta Capital [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 1]. Available from: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/territorio-e-proibicao-guerra-as-drogas-ou-guerra-aos-pretos-e-pobres/>.

Rolnik S. Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo. 2a ed. Porto Alegre: Sulina, UFRGS; 2011.

Rolnik S. Esferas da Insurreição: notas para uma vida não cafetinada. 2a ed. São Paulo: n-1; 2019.

Rolnik S. Esferas da Insurreição: para além da cafetinagem da vida. In: Santiago H, Tibile J, Telles V, organizadores. Negri no Trópico. 23º26'14". São Paulo: n-1; 2017. p. 101-21.

Rolnik S. Ninguém é deleuziano. Entrevista a Lira Neto e Silvio Gadelha. O Povo. 1995 Nov 18, Caderno 6.

Rufino L, Haddock-Lobo R. Apresentação. Dossiê Filosofia e Macumba. Cult. 2000 Feb;254.

Sá Dultra L. Acesso da população em situação de rua na Atenção Básica: uma análise das práticas instituídas pela Saúde da Família no Centro Histórico de Salvador [dissertação]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2018.

Sainz Cardona JA. Sarjam: Vocablo en lengua aymara que significa ándate. Observatorio Social de América Latina. 2005 Jun;6(16).

Santos BS. Um discurso sobre as ciências. 7a ed. São Paulo: Cortez; 2010.

Santos JV. A violência simbólica: o Estado e as práticas sociais. Revista Crítica de Ciências Sociais [Internet]. 2015 [cited 2021 May 22];(108). Available from: <http://journals.openedition.org/rccs/6169>

Santos M. O retorno do território. Observatorio Social de América Latina. 2005 Jun;6(16).

Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 6a ed. Rio de Janeiro: Record; 2001.

São Paulo (BR). Site Oficial da Cidade de São Paulo. Programa "De Braços Abertos" completa um ano com diminuição do fluxo de usuários e da criminalidade na região [Internet]. 2015 [cited 2021 Jan 10]. Available from: <https://www.capital.sp.gov.br/>.

Sawaia BB. O Sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: Sawaia B, et al., organizadores. Artimanhas da Exclusão: Análise Psicossocial e Ética da Desigualdade Social. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 97-118.

Serrano O. O fracasso da guerra às drogas. Carta Capital. 2021 Jun 6.

Silva Júnior AG. Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.

Silva MV. Loucura, Psicose e ressonâncias sociais. Rev. In-Tensa. Ex-Tensa. 2007;1(1):52-69.

Siqueira DJ. O contexto e o Conceito. In: Siqueira DJ, organizador. *Mal(Dito) Cidadão numa Sociedade Com Drogas*. São Caetano do Sul: Limitada; 2006. p. 13-27.

Souza TP. A Norma da Abstinência e o Dispositivo “Drogas”: Direitos Universais em Territórios Marginais de Produção de Saúde (Perspectivas da Redução de Danos) [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2013.

Spinoza B. *Ética*. Tadeu T, tradutor. 2a ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2018.

Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

Stotz E. N. Necessidades de Saúde: mediações de um conceito – contribuições das ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.

Toledo LM, Sabroza PC, organizadores. *Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2013.

Torreão TR. Centro Histórico de Salvador-Bahia: a “mística” do lugar e a (des) concentração de sua espacialidade. In: Pinheiro DJ, Silva MA, organizadores. *Visões imaginárias da cidade da Bahia: diálogos entre a geografia e a literatura* [Internet]. Salvador: EDUFBA; 2004 [cited 2020 Aug 29]. Available from: <http://books.scielo.org/id/myv39/pdf/pinheiro-9788523209223-14.pdf>

Valéry P. *L'idée fixe*. In: *Oeuvres complètes*. Tome II. Paris: La Pléiade; 1960.

Veiga JB. *Da Rachistovainização*. These apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia afim de obter o Grão de Doutor em Medicina. Bahia: Oficina dos Dois Mundos; 1908.

Veloso C. *Sampa. Muito (Compacto)*; 1978.

Vinci CF. O conceito de experimentação na filosofia de Gilles Deleuze. In: *Sofia*. 2018 Jul-Dec;7(2):322-42.

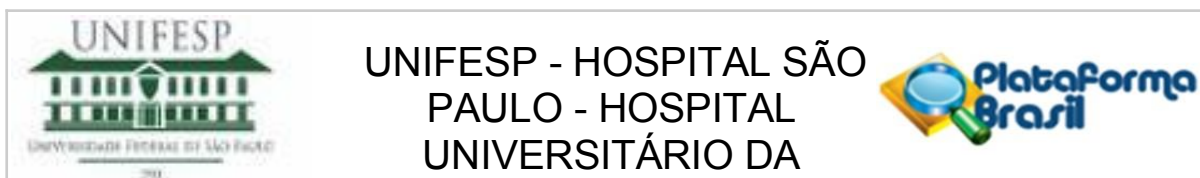
Von Flach PM. Experiências de sofrimento social e movimentos de resistência entre trabalhadores e gente de rua (usuários de álcool e outras drogas), na Praça das Duas Mãos – Salvador-Bahia [tese]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2019.

World Health Organization. *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization; 2018.

Zourabichvili F. *O Vocabulário de Deleuze*. Teles A, tradutor. Rio de Janeiro: Record; 2004.

## Anexos

### Anexo 1 – Parecer Consubstanciado CEP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Produção do Cuidado das Pessoas em Situação de Rua Usuárias de Drogas do Centro

Histórico de Salvador-BA: uma Cartografia da produção dos sujeitos  
Trabalhadores de Saúde

**Pesquisador:** João André Santos de  
Oliveira **Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 91996918.3.0000.5505

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.906.748

##### Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0718/2018 (PARECER FINAL)

A população em situação de rua usuária de drogas é um grupo heterogêneo de pessoas, marcadas pela multiplicidade na produção de suas existências, pelo estigma e pela exclusão social. Desenvolvem as mais variadas estratégias de construção de suas vidas e, no campo do cuidado de si, acessam serviços de saúde de maneiras peculiares, ao expressar suas necessidades de saúde de uma forma bem diversa das habitualmente experienciadas pelos trabalhadores de saúde que não lidam diretamente com elas.

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.020-050

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.edu.br





## UNIFESP - HOSPITAL SÃO PAULO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA



Encontram-se, assim, na fronteira civilizatória em um país que tem, em sua constituição, princípios e diretrizes que apontam para um sistema de saúde nacional, universal e integral, expressos na Lei Orgânica da Saúde e que se pretendem alcançar cotidianamente através da construção do Sistema Único de Saúde. A população em situação de rua usuárias de drogas desafiam os trabalhadores e os serviços de saúde a se reinventarem cotidianamente, produzindo práticas de cuidado a partir das experiências concretas que esse encontro produz. As equipes de saúde que atuam no Centro Histórico de Salvador têm produzido estratégias de comunicação e de cuidado em rede a essa população, com o objetivo de avançar na produção de um cuidado integral, intersetorial e que dialoguem com as complexas necessidades sociais e de saúde expressas. Este Projeto, assim, pretende pesquisar a produção do cuidado das pessoas em situação de rua usuárias de drogas no Centro Histórico de Salvador-BA pelas equipes de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, de um Consultório na Rua e de uma Unidade de Saúde da Família, utilizando um desenho de estudo de investigação narrativa, na perspectiva de cartografar o que essa produção de cuidado produz de movimentos nos trabalhadores de saúde dessas equipes disparado pelo encontro com os usuários. A partir dessa cartografia, pretende-se aproximar-se compreensivamente desse fazer social complexo que é o cuidado em saúde a essa população em importante estado de vulnerabilidade e socialmente excluída, assim como produzir visibilidade para aspectos relevantes envolvidos na construção do sujeito trabalhador de saúde. Com isso, espera-se contribuir com a construção de estratégias de organização de processos de trabalho, de formação e de educação permanente que dialoguem com os desafios cotidianos de produzir o cuidado dessa população em um contexto de extrema desigualdade social, fragilidade do sistema de seguridade social e de acesso aos direitos básicos de cidadania.

**-HIPÓTESE:** A produção do cuidado das pessoas em situação de rua usuárias de drogas colocam em xeque os saberes e fazeres profissionais instituídos, pois convoca reinvenção e diferentes estratégias de lidar com a diferença e com o diferente.

### **Objetivo da Pesquisa:**

**-OBJETIVO PRIMÁRIO:** Compreender como os trabalhadores de saúde das equipes que cuidam das pessoas em situação de rua usuárias de substâncias psicoativas no Centro Histórico de Salvador são afetados nos encontros com essas pessoas para a produção do cuidado em saúde.

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.020-050

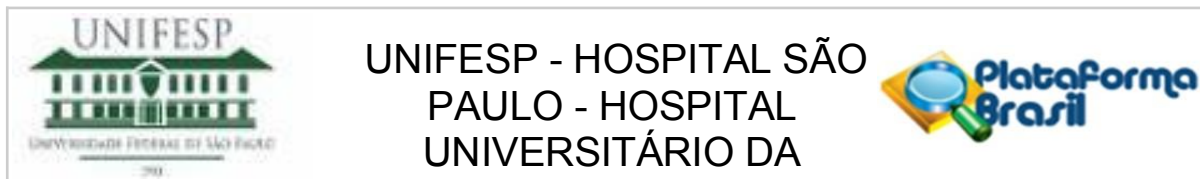
**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.edu.br



**-OBJETIVO SECUNDÁRIO:** o Compreender como os trabalhadores das equipes do CAPSad, USF e Consultório na Rua significam o cuidado em saúde da população em situação de rua usuária de drogas; o Identificar quais as percepções que as pessoas em situação de rua usuárias de SPA's do Centro Histórico de Salvador têm em relação ao Centro de Atenção Psicossocial, Unidade de Saúde da Família e Consultório na Rua; o Identificar os limites e desafios dos serviços que cuidam de pessoas em situação de rua usuárias de drogas no Centro Histórico de Salvador de produzir o cuidado a partir da perspectiva ética e política da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

**-RISCOS:** Não há riscos importantes relacionados a este estudo. O possível risco relativo é algum constrangimento gerado no trabalhador de alguma das equipes o qual pode sentir-se como se estivesse sendo avaliado ou julgado na forma de realizar seu trabalho.

**-BENEFÍCIOS:** Além das contribuições que o estudo pode oferecer para a organização do processo de trabalho das equipes e para a o próprio cuidado em saúde dos usuários, o estudo contribuirá com a produção de um processo analítico nas equipes, ao dialogar e refletir sobre as práticas de cuidado realizadas e o que essas experiências geram no cotidiano dos serviços de saúde.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de projeto de doutorado de João André Santos de Oliveira. Orientadora: Profa. Rosemarie

Andreazza; Co-orientadora: Profa. Lumena Furtado. Projeto vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva, Campus São Paulo, Escola Paulista de Medicina, UNIFESP.

**TIPO DE ESTUDO:** Será um estudo qualitativo, de abordagem cartográfica, com desenho de Investigação Narrativa.

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.020-050

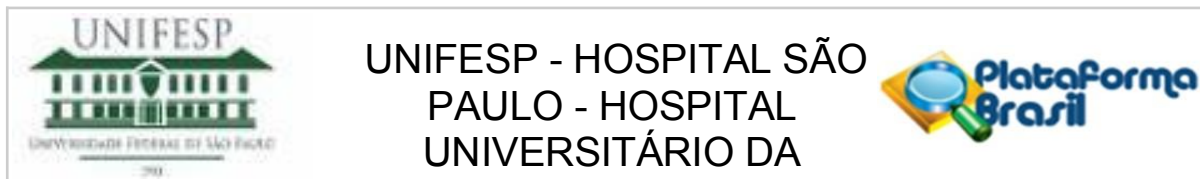
**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.edu.br



## UNIFESP - HOSPITAL SÃO PAULO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA

**LOCAL:** Centro Histórico de Salvador-BA. Os participantes serão provenientes de três serviços que se relacionam mais diretamente com o cuidado à saúde das pessoas em situação de rua: o Consultório na

Rua, o CAPSad Gregório de Matos e a Unidade de Saúde da Família do Terreiro de Jesus

**PARTICIPANTES:** participarão 15 pessoas de equipes de saúde de um CAPSad, de um Consultório na Rua, e de uma Unidade de Saúde da Família que atuam no Centro Histórico. Também poderão participar pessoas em situação de rua usuárias de SPA's e que têm como território preferencial o Centro Histórico de Salvador/BA.

### PROCEDIMENTOS:

- Em relação à equipe, serão construídas as narrativas individuais de, no mínimo, dois e, no máximo, quatro trabalhadores de cada equipe, com o intuito de construir suas histórias de vida e sua experiência como trabalhador de saúde que cuida da referida população.

- será solicitado que os mesmos produzam um diário de campo de sua atuação no cuidado às pessoas em situação de rua usuárias de drogas nesse território por um período mínimo de dois meses.

-A partir desses diários de campo, serão construídas cenas envolvendo o cuidado de usuários considerados mais complexos, em situações nos quais os mesmos estejam em crise e que tenham produzido, de acordo com o entendimento dos trabalhadores, crises na própria equipe. –Serão selecionadas as cenas que possam funcionar como analisadores desse cuidado, a partir da produção de visibilidade em torno dos movimentos produzidos nos trabalhadores de saúde envolvidos nesse cuidado. - Também poderão ser entrevistados, com entrevistas não estruturadas, gestores dos serviços de saúde participantes do estudo, caso seja necessário para compreender a origem e o funcionamento dos mesmos. -As pessoas em situação de rua entrarão na pesquisa a partir de algum relato de cena que tenha aparecido das entrevistas com trabalhadores ou do meu diário de campo, construído a partir das minhas experiências no cotidiano do CAPSad onde atuo como médico clínico.

(mais informações, ver projeto detalhado).

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.020-050

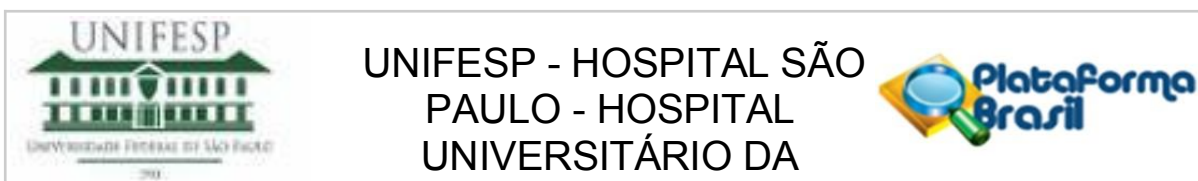
**UF:** SP

**Município:** SÃO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.edu.br



**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente. 2-TCLE a ser aplicado aos participantes

**Recomenda**

**ções:** sem  
recomendaç  
ões

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata-se de resposta a pendências apontadas no parecer n: 2.776.404, de 18 de Julho de 2018. Todas as pendências forma atendidas.

1-Será necessário enviar os roteiros das entrevistas (conforme orientação da CONEP, qualquer teor de entrevista ou questionário utilizado em uma pesquisa deve ser analisado pelo CEP e deve ficar anexado na Plataforma Brasil, junto a todos os outros documentos).

RESPOSTA: Roteiros foram anexados na Plataforma):

PENDÊNCIA ATENDIDA

2-É necessário informar de que modo será feito o recrutamento dos participantes.

RESPOSTA:

Os trabalhadores e os usuários serão convidados a participar da pesquisa, sendo o convite realizado em reunião de equipe, após o projeto de pesquisa, seus objetivos e apostas metodológicas forem devidamente esclarecidos para todos os presentes. Os usuários serão convidados a participar da pesquisa a partir de duas possibilidades: pela proximidade que já exista com o pesquisador responsável, desenvolvida no período no qual o mesmo atuou como médico da equipe do CAPSad, ou por indicação das equipes.

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.020-050

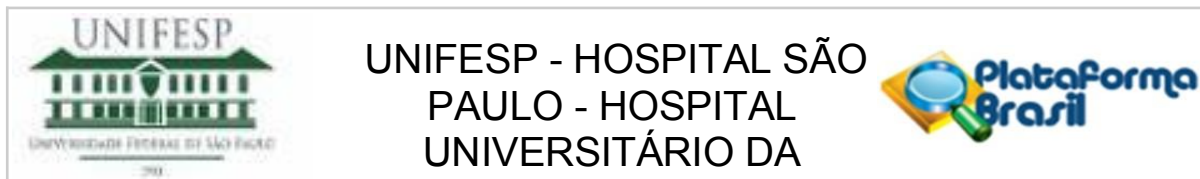
**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.edu.br



#### PENDÊNCIA ATENDIDA

3-Será necessário enviar carta de ciência/autorização dos responsáveis pelos 3 serviços nos quais a equipe trabalha: CAPSad, Consultório na Rua, e Unidade de Saúde da Família (ou, autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador).

RESPOSTA: As três Cartas foram anexadas na Plataforma

#### PENDÊNCIA ATENDIDA

4-Foi informado que as pessoas em situação de rua poderão participar da pesquisa: dar mais detalhes sobre isto – como será a participação deles? Será aplicado TCLE a eles?

RESPOSTA:

Serão realizadas entrevistas com, pelo menos, dois trabalhadores de cada uma das equipes e quatro usuários comuns às três equipes, com o objetivo de construir suas histórias de vida e percepções acerca de suas experiências de cuidado; será solicitado que os trabalhadores produzam um diário de campo de sua atuação no cuidado às pessoas em situação de rua usuárias de drogas nesse território por um período mínimo de dois meses. A partir desses diários de campo, serão construídas cenas envolvendo o cuidado de usuários considerados mais complexos, em situações nos quais os mesmos estejam em crise e que tenham produzido, de acordo com o entendimento dos trabalhadores, crises na própria equipe.

#### PENDÊNCIA ATENDIDA

5-Em relação ao TCLE:

- a) É necessário informar que o termo está sendo disponibilizado em 2 vias originais (não usar a palavra 'cópia'), uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador.
- b) Todas as páginas devem ser numeradas (ex: 1/4, 2/4, etc.), as quais deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE.
- c) No campo de assinaturas, além da assinatura, inserir local para o nome do participante e do pesquisador que irá aplicar o TCLE.

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.020-050

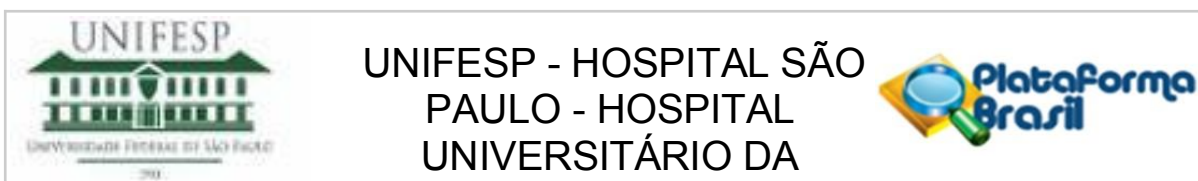
**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.edu.br



RESPOSTA: TCLE com alterações apontadas nos itens “a”, “b” e “c” foi anexada na Plataforma.

PENDÊNCIA ATENDIDA

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1148874.pdf	18/08/2018 11:08:35		Aceito
Outros	Respostas_Pendencias_CEP.doc	18/08/2018 11:03:21	João André Santos de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Plataforma_.pdf	18/08/2018 10:55:09	João André Santos de Oliveira	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Trabalhadores.pdf	14/08/2018 22:19:45	João André Santos de Oliveira	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista_Usuarios.pdf	14/08/2018 22:18:34	João André Santos de Oliveira	Aceito
Outros	Carta_anuencia_usf.pdf	14/08/2018 00:00:04	João André Santos de Oliveira	Aceito

**Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.020-050

**UF:** SP

**Município:** SÃO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.edu.br

 UNIFESP - HOSPITAL SÃO PAULO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA 				
Outros	Carta_anuencia_consultorio_na_rua.pdf	13/08/2018 23:59:37	João André Santos de Oliveira	Aceito
Outros	Carta_anuencia_capsad.pdf	13/08/2018 23:59:00	João André Santos de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	20/06/2018 10:12:35	João André Santos de Oliveira	Aceito
Outros	Resumo_Submissao_Projeto_CEP_Unif esp.pdf	20/06/2018 09:15:46	João André Santos de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Plataforma_Brasil.pdf	20/06/2018 09:12:04	João André Santos de Oliveira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 20 de Setembro de 2018

**Assinado por:****Miguel Roberto Jorge****(Coordenador)****Endereço:** Rua Francisco de Castro, 55**Bairro:** VILA CLEMENTINO**CEP:** 04.020-050**UF:** SP**Município:** SAO PAULO**Telefone:** (11)5571-1062**Fax:** (11)5539-7162**E-mail:** cep@unifesp.edu.br



## Anexo 2 – Carta de Anuência CAPSad Gregório de Matos



### CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Prof. Leandro Dominguez Barretto, Coordenador Geral do CAPSad Gregório de Matos.

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **“Produção do Cuidado das Pessoas em Situação de Rua Usuárias de Drogas do Centro Histórico de Salvador-BA: uma Cartografia da produção dos sujeitos Trabalhadores de Saúde”** a ser realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) Gregório de Matos, pelo aluno de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva **João André Santos de Oliveira**, sob orientação das Profs. Dras. Rosemarie Andreazza e Lumena Furtado, com os seguintes objetivos:

- Compreender como os trabalhadores de saúde que cuidam das pessoas em situação de rua usuárias de substâncias psicoativas no Centro Histórico de Salvador são afetados nos encontros com essas pessoas para a produção do cuidado em saúde.
- Compreender como os trabalhadores da equipe do CAPSad significam o cuidado em saúde da população em situação de rua usuária de substâncias psicoativas;
- Identificar quais as percepções que as pessoas em situação de rua usuárias de substâncias psicoativas do Centro Histórico de Salvador têm em relação ao CAPSad;
- Identificar os limites e desafios dos serviços que cuidam de pessoas em situação de rua usuárias de drogas no Centro Histórico de Salvador de produzir o cuidado a partir da perspectiva ética e política da Reforma Psiquiátrica Brasileira, necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos com trabalhadores da equipe usuários do serviço.

Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição conste no relatório final, bem como futuras publicações em eventos e periódicos científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados somente para a realização deste estudo





Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Coordenação, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Salvador, 10 de AGOSTO de 2018.

João André Santos de Oliveira

**João André Santos de Oliveira**  
**Pesquisador Responsável pelo Projeto**

☒ Concordamos com a solicitação      ( ) Não concordamos com a solicitação

Leandro Dominguez Barretto  
**Leandro Dominguez Barretto**  
**Coordenador Geral do CAPSad Gregório de Matos**

Prof. Leandro Dominguez Barretto  
CAPSad Coordenador  
CAPSad Gregório de Matos

## Anexo 3 – Carta de Anuência Consultório na Rua



### CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo. Sr. Leonardo Antônio Cunha Brandão, Gerente do 19º Centro de Saúde/Consultório na Rua.

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada **“Produção do Cuidado das Pessoas em Situação de Rua Usuárias de Drogas do Centro Histórico de Salvador-BA: uma Cartografia da produção dos sujeitos Trabalhadores de Saúde”** a ser realizada no Consultório na Rua do Centro Histórico, pelo aluno de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva **João André Santos de Oliveira**, sob orientação das Profas. Dras. Rosemarie *Andrezza* e Lumena Furtado, com os seguintes objetivos:

- Compreender como os trabalhadores de saúde que cuidam das pessoas em situação de rua usuárias de substâncias psicoativas no Centro Histórico de Salvador são afetados nos encontros com essas pessoas para a produção do cuidado em saúde.
- Compreender como os trabalhadores da equipe do Consultório na Rua significam o cuidado em saúde da população em situação de rua usuária de substâncias psicoativas;
- Identificar quais as percepções que as pessoas em situação de rua usuárias de substâncias psicoativas do Centro Histórico de Salvador têm em relação à Consultório na Rua;
- Identificar os limites e desafios dos serviços que cuidam de pessoas em situação de rua usuárias de drogas no Centro Histórico de Salvador de produzir o cuidado a partir da perspectiva ética e política da Reforma Psiquiátrica Brasileira, necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos com trabalhadores da equipe usuários do serviço.

Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição conste no relatório final, bem como futuras publicações em eventos e periódicos científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS), que trata da pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados somente para a realização deste estudo



Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Coordenação, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Salvador, 10 de Ago de 2010.

João André Santos de Oliveira

**João André Santos de Oliveira**  
**Pesquisador Responsável pelo Projeto**

☒ Concordamos com a solicitação

☐ Não concordamos com a solicitação

Leonardo Antônio Cunha Brandão

**Leonardo Antônio Cunha Brandão**  
**Gerente do 19º Centro de Saúde/Consultório na Rua**

## **Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

### **CARTA PARA OBTENÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Caro(a) Senhor(a)

Eu, João André Santos de Oliveira, médico, professor universitário, portador(a) do CPF 039.375.744-76; RG 5552490-SDS-PE; estabelecido(a) na TRAVESSA ALBERTINO CABRAL HENRIQUE, 212, CEP 41741-170; na cidade de Salvador, cujo telefone de contato é (71)30341669, vou desenvolver uma pesquisa cujo título é **“Produção do Cuidado das Pessoas em Situação de Rua Usuárias de Drogas do Centro Histórico de Salvador-BA: uma Cartografia da produção dos sujeitos Trabalhadores de Saúde”**.

Este estudo tem como objetivo: Estudar a produção do cuidado das pessoas em vulnerabilidade social e que usam substâncias psicoativas residentes no Centro Histórico de Salvador-BA e o que esse cuidado produz nos trabalhadores de saúde das equipes do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, da unidade de saúde da família e do Consultório na Rua que atuam nesse território e que cuidam dessas pessoas.

Necessito que o Sr.(a). autorize a avaliação que consta de: observação, entrevistas e registro de dados para posterior análise. A sua participação nesta pesquisa é voluntária e estes registros não determinarão qualquer risco, nem trará desconfortos. Além disso, sua participação é importante para o aumento do conhecimento da produção do cuidado na saúde mental, no campo álcool e outras drogas e para pessoas em grande vulnerabilidade social no SUS. Com relação ao procedimento em questão, não existe melhor forma de obter.

Informo que o Sr(a). tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Francisco de Castro nº 55, Vila Clementino, CEP 04020-050 São Paulo/SP – Tel: (11) 5571-1062 fax: (11) 5539-7162, e-mail: [cep@unifesp.edu.br](mailto:cep@unifesp.edu.br).

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Garanto que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outras pessoas, não sendo divulgado a identificação de nenhum dos participantes.

O Sr(a). tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas e caso seja solicitado, darei todas as informações que solicitar.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Eu me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível a sua identificação.

Anexo está o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ser assinado caso não tenha ficado qualquer dúvida. Este TCLE está sendo disponibilizado em 2 (duas) vias originais, uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador.

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Acredito ter sido suficiente informado a respeito do estudo sobre a produção do cuidado das pessoas em situação de rua usuárias de drogas no Centro Histórico de Salvador-BA. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Participante

\_\_\_\_\_  
Nome do (a) Participante:

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a)

\_\_\_\_\_  
Nome do (a) Pesquisador (a)