



Universidade Federal do Rio Grande



Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde

Associação Ampla FURG / UFRGS / UFSM

Crônicas urbanas:
Consultório na Rua, população em situação de
rua, clínica menor e outras histórias

Leonardo Trápaga Abib

Orientador: Prof. Dr. José Geraldo Soares Damico

Rio Grande
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS: QUÍMICA DA
VIDA E SAÚDE
ASSOCIAÇÃO AMPLA FURG / UFRGS/ UFSM

LEONARDO TRÁPAGA ABIB

**CRÔNICAS URBANAS:
CONSULTÓRIO NA RUA, POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, CLÍNICA
MENOR E OUTRAS HISTÓRIAS**

Rio Grande
2014

LEONARDO TRÁPAGA ABIB

**CRÔNICAS URBANAS:
CONSULTÓRIO NA RUA, POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, CLÍNICA
MENOR E OUTRAS HISTÓRIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação em Ciências.

Orientador: Prof. Dr José Geraldo Soares Damico

Rio Grande

2014

A148c Abib, Leonardo Trápaga.
Crônicas urbanas: consultório na rua, população em situação de rua, clínica menor e outras histórias / Leonardo Trápaga Abib. – 2014.
150 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – Programa de Pós Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde.

Orientador: Dr. José Geraldo Soares Damico.

1. Educação em Ciências. 2. Consultório na Rua. 3. População em situação de rua. 4. Políticas para usuários de drogas. 5. Clínica menor. I. Damico, José Geraldo Soares. II. Título.

CDU 37:5

LEONARDO TRÁPAGA ABIB

**CRÔNICAS URBANAS:
CONSULTÓRIO NA RUA, POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, CLÍNICA
MENOR E OUTRAS HISTÓRIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação em Ciências.

Conceito final: Aprovada

Aprovada em: 16/04/2014

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Geraldo Soares Damico – PPGEC/FURG (Orientador)

Profa. Dra. Méri Rosane Santos da Silva – PPGEC/FURG

Profa. Dra. Analice de Lima Palombini – UFRGS

Prof. Dr. Luis Fernando da Silva Bilibio - UNISINOS

Aos meus “*amigões*”, Francisco, Luiza e Pedro, com seus sorrisos radiantes e suas energias sempre contagiantes.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Roberto e Denise, pelo carinho, apoio e paciência durante a caminhada.

À minha irmã e madrinha, Letícia, parceira de muitas histórias e ao meu irmão e padrinho, Robertinho, pelas parcerias em Porto Alegre.

Ao meu amigo e orientador, Zé Damico. Grande parceiro de jornadas futebolísticas, artísticas e acadêmicas que, com muita boa vontade, paciência e criatividade ajudou-me imensamente na produção desta dissertação.

Ao PPGEC e seus/suas professores/as, pela oportunidade e pelos ensinamentos.

Aos membros da banca: Méri, Analice e Bilibio, pelas contribuições em diferentes momentos da minha caminhada e pela parceria na escrita.

Aos/as trabalhadores/as, estagiários/as e residentes em saúde do Consultório na Rua “Joquim”, pelo acolhimento, atenção, paciência; pelas parcerias, contribuições, companhias, almoços, risadas, conversas; por toparem em fazer parte desta pesquisa.

Às pessoas em situação de rua (Anthony – *in memoriun* -, Gabriel, Wlad, Juan, Paulo, Ned, Uruguaio e tantos/as outros/as) com quem muito conversei e muito aprendi durante as abordagens de rua. Valeu gurizada!

Aos parceiros Felipão “do cavaco” e Arisson “voz e violão”, pelas leituras atenciosas e contribuições precisas. Pelas parcerias musicais, cartográficas e culinárias! Aproveito para estender o agradecimento à Carla e a Bibi, por me receberem sempre muito bem também.

Aos meus companheiros de grupo, futebol, escrita, viagens, botecos e eteceteras, Brunão, Elisandro “Bonito”, Rogerinho e Roberta.

Aos/as professores/as do curso de Educação Física da FURG, Felipão, Alan, Billy, Gustavo, Maneca, Mirela, Débora, pela camaradagem (alguns de mais tempo, outros mais recentes) e companhia neste período de mestrado.

Aos professores Alfredo Martin e Claudinho, pelas cartografias; ao professor César Costa pela oportunidade do estágio docente; à professora Zezé Chaplin pelo apoio.

Aos amigos-atletas de longa data do Furacão FC, da Gurizada “Medonha” e outros times: Lê, Chico, Ton, Márcio, Maurício Telles, Marcos, Monster e demais

“atletas” (após tantos anos a lista fica grande demais para caber aqui). Valeu pela amizade e companheirismo gurizada!

Aos camaradas Korting, Marlo, Rapha, Ju, Diego Karão, Thiago Tetão, Maurício Pardal, pelos encontros, rodas, boemias, parcerias, energias e fluxos positivos.

Aos amigos desde a época do CTI: Renan, Bartollo, Rob, Isaias, Kadico, Nunes, Edu, Alemão, Laura, Letícia, Guilherme Alvarez, Ian, Max Akira, Leandro. Valeu pelos futebóis, viagens, ensaios, saídas e indiadas!

Aos/as colegas e parcerias do PPGE e outros PPG: Indira, Josi, Rose, Rodrigo, Fran, Marcelo, Mauren, Ana Paula, Liliane.

À turma do “Roubadas FC”, Vânia, Anne, Cris, Adri, Billy, Daia, Rodolfo, Everson, Júlio, pelas parcerias, incentivos e encontros artísticos.

Aos/as amigos/as de MEEF, Residência, EsEF, indiadas, lutas e rootismos: Luizão “Milonga”, Iago, Ana Paula, Elisandro, Maurício “Nazário”, Lipe Duran, Berna, Dessa, Giovani “Salsa”, Cleni, Jaque, Fred, Luth “Norris”, Dudu, Vico “Operário”, Graci, Lari Dall’ Agnol, M. Paula, Djenifer, Gabirel, Henrique “Cabeludo”, Dieguinho Elias, Sandrinho, Afrannia, Tiana, Fernanda, Ballardin, Wareja, Jeová, Isa, Adriano Neto, Guilherme “Jack”, Ned, Joãozinho, Nina, Carla, Claudião, Lucenira, Janio, Rose Mayer, Juliano, Bruno Oliveira (amigo Bruno...), Alpheu, Marião, Piranha & Paula, Ari, Helô, só para citar alguns e algumas companheir@s! Gracias pessoal, pela solidariedade, pela amizade e pelos ótimos encontros.

Aos/as amigos/as Brasil a fora!

À CAPES, pelo apoio financeiro, através da bolsa de mestrado.

Enfim, gracias a la vida, pela lei natural dos encontros e por ter me dado mais do que pedi e do que mereci.

Em uma manhã cinzenta quando estávamos debaixo do viaduto, o andarilho

Zé do Prego nos conta uma fábula:

- Um cego vê uma pomba, um sem braço pega ela e arremessa. Um sem
perna corre até ela e um pelado coloca no bolso.

Silêncio introspectivo de todos.

- Mas o que é isso cara? Pergunto a Zé do Prego.

- Isso é a vida – respondeu ele.

RESUMO

A presente dissertação tem como questão central investigar como um Consultório na Rua (CnR) tem se relacionado com os moradores de rua frente às atuais discussões sobre as políticas públicas para população em situação de rua no Brasil. Dessa questão principal desdobram-se mais três perguntas de pesquisa: quais clínicas são praticadas pela equipe do CnR? Como tem ocorrido a participação e a in/exclusão dos moradores de rua nos serviços de saúde? De quais formas a sociedade vem lidando com a população em situação de rua na cidade? Para dar conta de responder e problematizar tais questões, realizei uma cartografia inspirada na perspectiva da psicologia social e institucional. Com relação às minhas ferramentas teóricas, faço uso de noções tanto do campo da filosofia, a partir de Michel Foucault, Gilles Deleuze e Félix Guattari, quanto do campo da saúde coletiva, com Émerson Merhy, Túlio Franco e Antônio Lancetti. Acompanhei uma equipe de CnR da cidade de Porto Alegre durante cinco meses, participando das abordagens de rua junto a pessoas em situação de rua no município. Sistematizei a minha investigação em quatro partes: na primeira, apresento as Crônicas Urbanas, textos inspirados em uma estética literária, a fim de expor alguns conflitos, tensões, afetos e agenciamentos que vivenciei durante a pesquisa de campo. As crônicas também servem como disparadoras de problematizações da pesquisa. Na segunda parte, trago as opções e os detalhamentos metodológicos (o *making of* da pesquisa e das crônicas). Na terceira parte, contextualizo de maneira mais detalhada os cenários que permeiam as políticas públicas para usuários de drogas e para pessoas em situação de rua. Por fim, na quarta parte, trago as inquietações e problematizações da pesquisa de campo. Parte dos enunciados e discursividades acerca dos usuários de drogas e dos moradores de rua tem ido na direção de construir a imagem do anormal contemporâneo. Alguns dos efeitos de tal construção são novas formas de manifestação de racismo e a criminalização dos sujeitos que usam drogas e que vivem em situação de rua. Ao analisar as práticas de in/exclusão sob a perspectiva foucaultiana, percebo que tanto as políticas de recolhimento e internação compulsória quanto a política dos Consultórios na Rua fazem parte das estratégias biopolíticas atuais, sendo as primeiras pelo viés da exclusão e a segunda pelo viés da inclusão. No âmbito micropolítico, do encontro entre trabalhador do CnR e usuário, são possíveis diferentes linhas de fuga, fissuras e resistências à perspectiva biopolítica que deseja instituir-se. A partir das práticas dos trabalhadores do CnR que acompanhei, pude notar diversas tensões e afetos, que culminam, entre outras coisas, em uma clínica pautada pela estratégia de redução de danos e em algo que chamei de uma clínica *menor*. A clínica *menor* constitui-se nas práticas de subversão a uma clínica *maior*, de afirmação de outros modos de existência e desterritorialização e possibilidade de produção de novos desenhos e arranjos coletivos, como práticas de resistência e enfrentamento às ações fascistas do campo da saúde.

Palavras-chave: Consultório na Rua; População em situação de rua; Políticas para usuários de drogas; Clínica menor.

ABSTRACT

The current dissertation has as a central issue to investigate how a Clinic in Street – CiS has been related to the homeless, given the current discussions on public policy for the homeless population in Brazil. From this main question, unfolds three more research questions: Which clinics are practiced by the CiS staff? How has occurred the participation and in/exclusion of the homeless in health services? In what ways society has been dealing with the homeless population in the cities? In order to be able to answer these questions and discuss such issues, I created a map inspired on the perspective of social and institucional psychology. With respect to my theoretical affiliation, I use the notions both of the philosophy field, from Michel Foucault, Gilles Deleuze and FélixGuattari, and the field of collective health, with ÉmersonMerhy, Túlio Franco and AntônioLancetti. I accompanied a CiS team from the city of Porto Alegre during five months, taking part in street approaches with homeless people in the city. I systematized my research into four parts: in the first I present the Urban Chronicles, texts inspired by a literary aesthetic, in order to expose some conflits, tensions, affections and assemblages that I have been through during my field research. The Chronicles also serve as triggers of problematizations for the research. In the second part I bring the options and methodologicdetailments (the making of, of the Chronicles and the research). In the third part I contextualize in a more detailed way, the scenarios that permeate the public policies for drug users and for people in street situation. Finally, in the fourth part, I bring the concerns and problems found in field research. Part of the statements and discourses about the drug users and homeless people has been gone towards the direction of building an image of the contemporary abnormal. Some of the effects of such construction are the new ways of racism manifestation and the criminalization of drug using and street living subjects. By analyzing the practices of in/exclusion under the foucauldian perspective, I realize that both, the policies of gathering and compulsory hospitalization, and the policies of Clinics in Street, are part of the current biopolitical strategies, being the first through the point of view of exclusion and the second through the point of view of inclusion. In a micropolitical level, the encounter between the workers and users of the CiS, are possible different lines of flight, fissures and resistance to the biopolitical perspective that has been wanted to be established. From the practices of CiS workers that I have followed, I could notest several tensions and affections, that culminate, among other things, in a clinic based by the strategy of damage reduction and by something that I called minor clinic. The minor clinic constitutes itself on the practices of subversion to a major clinic, of affirmation of other ways of existence and of deterritorialization and the possibility of production of new designs and collective arrangements, as practices of resistance and confrontation of the fascist actions in the field of health.

Key-words: Clinic in street; Population living on the streets; Policies for drug users; Minor clinic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – O TERAPAUTA DO CANO	24
FIGURA 2 – UMA MARQUISE NEBULOSA.....	37
FIGURA 3 – “QUEM SÃO VOCÊS?”	45
FIGURA 4 – AÇÃO DA SMAS/RJ	49
FIGURA 5 – REPORTAGEM SOBRE AS INTERNAÇÕES COMPULSÓRIAS EM SÃO PAULO.....	51
FIGURA 6 – MANCHETE DE MATÉRIA SOBRE A “BOLSA CRACK”.....	71
FIGURA 7 – MATERIAL PRODUZIDO PELA FRENTE NACIONAL DROGAS E DIREITOS HUMANOS, MOSTRANDO A REDE DE SERVIÇOS E EQUIPES QUE PODEM AJUDAR A PESSOA USUÁRIA DE DROGAS.....	87
FIGURA 8 – DIÓGENES, “O FILÓSOFO DO BARRIL”	98

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial infância e adolescência

CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas/Universidade Federal da Bahia

CR – Consultório de Rua

CnR– Consultório na Rua

ESF Pop Rua - Estratégia Saúde da Família para População de Rua

FURG – Universidade Federal de Rio Grande

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

RJ – Rio de Janeiro

PEAD - Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e Outras Drogas

PIEC - Plano Integrado de Enfrentamento do *Crack* e outras Drogas

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF Sem Domicílio - Programa Saúde da Família para Pessoas sem Domicílio

RS – Rio Grande do Sul

SP – São Paulo

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas

SMAS/RJ - Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DE UM ROTEIRO	16
PARTE I – CRÔNICAS URBANAS	20
TARDE NA PRAÇA.....	21
O TERAPEUTA DO CANO	22
O QUE FAZER?.....	24
A CHEGADA.....	25
CERTIDÃO DE NASCIMENTO.....	27
ELES SÃO DA SAÚDE	28
O ATIVISTA	30
AO SOL E À SOMBRA	33
A MARQUISE MEIO NEBULOSA.....	35
MEMÓRIAS DE UMA REUNIÃO	37
NÃO GOSTO	39
NO MATO	39
NO CAFEZINHO	42
MEUS PENSAMENTOS	43
O CONDOMÍNIO DOS CANOS	45
PARTE II – O MAKING OF.....	47
1 FORÇANDO O PENSAMENTO.....	49
2 DOS ENCONTROS E PRODUÇÕES	55
2.1 <i>A produção de perguntas e os encontros intercessores.....</i>	<i>55</i>
2.2 <i>O encontro com a cartografia</i>	<i>58</i>
2.3 <i>Os participantes da cartografia.....</i>	<i>62</i>
2.4 <i>Sobre os referenciais e as análises.....</i>	<i>65</i>
PARTE III: OS CONTEXTOS.....	67
3 OS CONTEXTOS.....	68
3.1 <i>A internação compulsória e os novos Blade Runners.....</i>	<i>68</i>
3.2 <i>O que os discursos científicos têm enunciado.....</i>	<i>75</i>
3.2.1 <i>Abstinência e longas internações</i>	<i>76</i>
3.2.2 <i>Redução de danos e os tratamentos ambulatoriais.....</i>	<i>79</i>
3.3 <i>Os movimentos em torno da resistência à internação compulsória.....</i>	<i>85</i>
3.4 <i>O Consultório de/na Rua</i>	<i>90</i>
3.5 <i>A população em situação de rua</i>	<i>97</i>

PARTE IV – INQUIETAÇÕES E PROBLEMATIZAÇÕES.....	107
4 A PRODUÇÃO DOS ANORMAIS CONTEMPORÂNEOS	109
5 PRÁTICAS DE IN/EXCLUSÃO	118
6 A CLÍNICA <i>MENOR</i>	125
7 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES	139
REFERÊNCIAS.....	144

APRESENTAÇÃO DE UM ROTEIRO

Ao escrever uma dissertação, fazemos uma série de roteiros, muitos deles são abandonados totalmente, outros abandonados apenas em parte, enquanto outros são refeitos e interrompidos. Mesmo a escrita sendo solitária, fui acompanhado por um conjunto de parcerias, aquelas que discutiram comigo a cartografia, as parcerias do campo de pesquisa e de encontros intercessores, a parceira do orientador e do grupo de orientação. Todos esses parceiros e parceiras estiveram em momentos diferentes, fazendo parte da narrativa que apresento agora.

O roteiro desta dissertação desenvolveu-se a partir de uma questão central: Qual o projeto mais geral do estudo? Além de um esboço em desenhar qual a situação dramática inicial, que trajetória cumprem os personagens principais? Quais são os grandes blocos ou movimentos narrativos (capítulos, partes, seções, etc.)? Que intervenções não acadêmicas (excertos literários, trechos de músicas, pensamentos) podem cruzar com o fio condutor argumentativo? Qual a função dessas intervenções na estrutura geral do texto?

É preciso destacar que os questionamentos acima são invisíveis em boa parte do texto, e há outros que chegaram a ser visíveis, mas que foram aos poucos apagados, trechos destacados, coloridos, irônicos, brabos em formas de comentários que saltam para fora da formatação mais geral efetuados no processo de orientação, como as seguintes observações: Onde estão as estacas fixadas para puxar/guiar o leitor? Os focos narrativos precisam ser melhorados! Qual o princípio que dá unidade à sequência? Há uma curva dramática ou narrativa? Há capítulos, cenas, seções que podem ser fundidos em um só? Saímos do argumento com algum gancho para o próximo tema? Como está convidado o leitor para entrar no texto?

Das interrupções (in)visíveis é que este roteiro foi sendo produzido, de renovados recomeços em que variados caminhos são testados no desejo de saber realmente o que impulsiona o meu exercício acadêmico. Daí a forma dada a esta dissertação, a partir do movimento de escrever e de refletir sobre o escrito. Vejamos o que consegui realizar.

Historicamente, a cidade tem sido cenário de uma série de disputas e tensões por territórios geográficos, políticos e sociais. As constantes transformações urbanas não conseguiram interromper o ciclo de vidas nômades da população em

situação de rua no Brasil. Sob as imagens das cracolândias nas grandes cidades brasileiras, expostas pela mídia sedenta por repressão, os governos estaduais/municipais e os setores da esfera privada têm feito intervenções de recolhimento de moradores de rua e internações compulsórias de usuários de drogas. A pauta das internações compulsórias chegou à Câmara de Deputados e agora tramita no Senado Federal, dentro de um projeto que ainda prevê a criminalização de usuários de drogas, o financiamento público de comunidades terapêuticas, entre outras pautas.

Frente às ações de recolhimento e internação compulsória em massa, diferentes movimentos sociais, coletivos, sindicatos e conselhos passaram a reivindicar outras formas de tratamento para os usuários de drogas e as pessoas em situação de rua. Uma das reivindicações é a ampliação de rede de serviços públicos de assistência social e saúde, e um dos serviços requisitados para fazer frente às políticas de recolhimento é o Consultório na Rua.

O Consultório na Rua é um serviço da rede de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS), destinado ao atendimento da população em situação de rua. O serviço é formado por uma equipe multiprofissional que propõe o atendimento no próprio espaço da rua, onde as pessoas em situação de rua habitam, transitam, usam drogas e trabalham.

Temos, dessa forma, que cada cenário histórico-político-social corresponde a modos de subjetivação e jogos de verdade que conferem significações ao mundo, à existência e à experiência pessoal. Neste ponto, entendo ser conveniente observar que as tensões e disputas, em torno das políticas públicas para população em situação de rua e para usuários de drogas, forjam-se na noção do dispositivo de periculosidade¹, exigindo, por parte de todos nós habitantes da rua ou não, uma brutal capacidade de autogestão, autorregulação, autoexame. Ao mesmo tempo e paradoxalmente, produz-se uma ideia de autonomia vigiada articulada a toda uma rede de apoio especializado. As noções de adoecimento e de saúde se modificam. E a clínica anda no fio da navalha, entre libertar os sujeitos ou encarcerá-los em um conjunto de técnicas de correção e modelagem.

¹O dispositivo de periculosidade parece funcionar como uma “estratégia global dos conservadorismos sociais” (FOUCAULT, 2002, 73), na medida em que se supõe que as pessoas mais pobres teriam uma probabilidade maior para se tornarem “moralmente degradados” “e, por conseguinte, tal qual uma epidemia, mediante uma série de dispositivos, deve-se proteger a sociedade dessa classe de sujeito perigoso” (DAMICO, 2011, p. 23).

Tendo em vista o desenvolvimento de minha compreensão desse cenário difuso e confuso, optei por me inserir em uma equipe de Consultório na Rua da cidade de Porto Alegre e experimentar as dores e delícias dos encontros, das vidas em pedaços, mas, enfim, da vida.

Para ativar meu pensamento, construí a seguinte questão de pesquisa:

- Como um Consultório na Rua (CnR) tem se relacionado com os moradores de rua frente às atuais discussões sobre as políticas públicas para população em situação de rua no Brasil?

Dessa questão principal, desdobram-se mais três questões:

- a) Quais clínicas são praticadas pela equipe do CnR?*
- b) Como tem ocorrido a participação e a in/exclusão dos moradores de rua nos serviços de saúde?*
- c) De quais formas a sociedade vem lidando com a população em situação de rua na cidade?*

Para tentar responder às minhas questões de pesquisa, organizei esta dissertação em quatro partes, da seguinte forma:

- na parte I, apresento as “Crônicas Urbanas”, histórias construídas por mim a partir das anotações dos diários da pesquisa de campo junto a um CnR e aos moradores de rua atendidos pelo mesmo. As crônicas são escritas em um formato mais próximo do literário, sob uma estética que permitisse ao leitor ter contato com as dúvidas, disputas, tensões e afetos que perpassaram as minhas vivências com os trabalhadores do CnR e com os usuários desse serviço, de forma a contribuir para o trato com as questões de pesquisa;
- na parte II, realizei o *making of* das crônicas e da pesquisa de uma forma geral. Apresento com mais detalhe as minhas questões de pesquisa, dúvidas, incertezas e motivações que me levaram até a escolha do tema da investigação. Também escrevo a respeito do método cartográfico e da forma como me inseri no CnR;
- na parte III, apresento de maneira mais detalhada os contextos que cercam o cenário desta investigação. Subdivido em cinco seções a parte III, abordando o cenário político, os enunciados científicos, o CnR, a

população em situação de rua e os movimentos de resistência às políticas de internação compulsória em massa;

- por fim, na parte IV, trago as problematizações e inquietações da pesquisa de campo, dividindo-a em três seções. Na primeira, problematizo a produção de novos grupos de anormais na contemporaneidade e como isso tem afetado a relação do CnR com os moradores de rua; na segunda seção, discuto as práticas de in/exclusão a partir de um viés foucaultiano; e, na terceira seção, abordo e elaboro o conceito de clínica *menor* baseado nas práticas dos trabalhadores do CnR.

Com tal sistematização, pretendo abordar a temática do trabalho com moradores de rua e com usuários de drogas a partir de perguntas, dúvidas, incertezas, molecularidades e territórios habitados durante a pesquisa de campo.

PARTE I – CRÔNICAS URBANAS

TARDE NA PRAÇA

Gabriel² é frequentador sazonal da praça Z, mora no mesmo local onde trabalha e volta e meia, quando ele entra em conflito com seu chefe, abandona a loja e vai passar um tempo na rua. Gabriel chega à parte mais alta da praça para observar o movimento, ver seenxerga alguém. Não acha ninguém. Então, pensa: “Que tarde fria e úmida, cara! Acho que é por isso que a praça está quase vazia. Cadê os caras, os malucos daqui? Ninguém tomando uma cachaça, fumando, comendo, dormindo. Está estranho isso aqui. Será que estão recolhendo o pessoal aqui em Porto Alegre do mesmo jeito que lá em São Paulo?”.

Gabriel não se desmotiva, tá na procura de um dos seus conhecidos para conversar, deixar o tempo passar e quem sabe tascar uma pedra de alguém ou, na pior das hipóteses, tomar uma cachaça pra afastar o frio e a fome. Desce a pista de *skate* na tentativa de achar alguém...

– Ah, agora sim! –grita Gabriel–Encontrei o pessoal da saúde conversando ali com o Wlad – outro morador de rua que frequenta a praça – e mais uma galera da praça. Agora estou mais tranquilo. Vou chegar ali para conversar com o pessoal.

Ao se aproximar dos demais, Gabriel já vai largando a letra e perguntando pro Wlad:

– Ô meu, vocês viram na TV o que tá rolando em São Paulo e no Rio de Janeiro? Os caras tão prendendo os moradores de rua tudo, mano. Báh, lá tá complicado o bagulho.

– É mesmo? –retruca Wlad– Pô, aqui ainda acho que não tem isso. Será que isso vai colar aqui também?

– Isso os caras tão fazendo sabe por quê? É por causa da Copa do Mundo, meu. Querem limpar a cidade! Quando cheguei aqui na praça vazia, até pensei se já tinham começado a fazer isso aqui em Porto também.

– Capaz meu, quando começar aqui, daí sim a gente foge mesmo –larga Wlad.

– Meu, tu sabe que eu já internei várias vezes, né? Na real não adianta só internar que nem os caras estão fazendo lá em São Paulo e no Rio. O cara tem que tá a fim de parar e então precisa de algum apoio pra depois da internação, tipo alguém da família, saca? Só internar não adianta, meu. Os guris daqui da praça já

² Todos os nomes de pessoas (com exceção do meu) apresentados nas crônicas são fictícios.

se internaram várias vezes, te lembra daquele magrão que internaram a força? Mudou alguma coisa? Não mudou nada.

– Também já me internei várias vezes – responde Wlad –. Na última, fui a um hospital lá da zona sul. Mas também já me internei num outro lugar, mas aí era só pra louco, meu, os caras faziam fila pra tomar remédio, assim meu! Báh, daí não quis saber, peguei, mirei o muro e fugi afu, cara, e peguei o primeiro ônibus que eu vi. Larguei fincado!

– Lá na internação, os caras te deixam drogado, né meu, só que de remédio, né cara, mas também é droga – diz Gabriel –. Pra eu ir lá é pra dar um tempo mesmo, meu... Eu acho bom internar de vez em quando, mas sem ser na força, sem polícia. No hospital, pelo menos tem rango, TV, cama limpa.

– Báh, tu é louco, meu! – grita Wlad –. Capaz que internação é bom, eu não gosto! Só quando eu tô muito mal mesmo, muito locão.

– Cara, como eu já disse pra vocês, aqui na praça tem várias figuras que já internaram um montão de vezes. Na marra não adianta, se na boa já é difícil, imagina na ruim...

Os dois não se importam com a presença do pessoal da saúde, um deles se aproxima e comenta:

– Pois é galera, nós do Consultório não vamos internar ninguém pela compulsória, que é esse jeito de pegar as pessoas na marra, o nome que dão para o que estão fazendo. Aqui em Porto Alegre ainda não temos uma lei como essa de São Paulo e Rio de Janeiro.

– Pode crer então, cara – fala o aliviado Gabriel –. Mas e aí? O que tá rolando de novo com vocês?

O TERAPEUTA DO CANO

Bueno amigo, dia de chuva, para quem mora na rua, não é mole. Procurar abrigo em marquises, soleiras de portas, paradas de ônibus ou até mesmo ficar sob a chuva são situações e decisões que, em dias como esses, são inevitáveis. Parece que, para viver desse jeito, é aceitar o que a vida lhe concede entre um pingo e outro de chuva.

É uma tarde de terça-feira e o ar lá fora está até fresco para o fim de fevereiro, dando a sensação de um dia de outra estação, um tempo úmido e ameno

que lembra algumas tardes de outono. Nós que trabalhamos no Consultório na Rua de um jeito diferente do pessoal da rua ficamos também um pouco perdidos, já que a gente tem dificuldade em encontrar os usuários que atendemos em seus locais habituais. Ficamos nós e eles um pouco desterritorializados.

Em alguns dias, ficamos no nosso QG atualizando prontuários, fazendo contatos com outros serviços, com familiares, marcamos visitas aos usuários que estão internados em algum hospital de Porto Alegre, entre outras coisas. Mas tem dias que não temos como ficar sob a proteção das paredes da instituição, o negócio é irmos para a rua mesmo, é nos desterritorializarmos nos pingos que caem, deixarmos que a cara e o corpo se molhem, e quem sabe sentirmos um pouco, mas só um pouco mesmo, essa sensação de viver molhado de chuva, de rua.

Num desses dias, estávamos no meio de uma abordagem quando começou a chover sem parar. Eu estava com mais dois companheiros do consultório no “condomínio dos canos”, onde, de vez em quando, encontramos alguém dormindo dentro dessas formações tubulares de concreto que servem para obras de saneamento básico. A chuva era forte, então não tivemos dúvida e fomos cada um para debaixo de algum cano vazio. De repente, no pequeno horizonte que a abertura do cano permite vislumbrar, vejo o Anthony, caminhando lentamente. Cada pingão que caía sobre ele parecia aumentar seu ar de tristeza e de pesar.

– E aí, cara? Chega aqui! – gritei para ele.

Lentamente, num passo de chuva, Anthony caminhou em minha direção.

– Como foi o carnaval? – perguntei a ele.

– Cara, meu carnaval foi uma droga – respondeu Anthony e continuou—. Descobri que meu pai faleceu. Logo ele, que mais me ajudava e acreditava em mim.

– Meus pêsames, Anthony – falei em um pingão de chuva, sem saber muito o que dizer nesse momento.

– Obrigado...

Continuamos, dentro de um cano, numa conversa intercalada entre o silêncio e o vento. Lá fora, a chuva apertava cada vez mais. Estávamos esperando a Kombi do consultório chegar, mas ao mesmo tempo não queria deixar o Anthony na mão, ainda mais num momento de profunda tristeza em que ele se encontrava. Naquele dia ele estava sóbrio, talvez até demais. Parecia se sentir desamparado, com uma falta, o peso da morte ainda pairava em seu corpo, a falta desse outro, desse pai,

que, pelos seus relatos, o acolhia algumas vezes, oferecia comida, banho e roupas limpas. Mais uma orfanidade vivida por ele. Mais uma perda, e dentro dele chovia.

Falamos sobre o futuro, sobre o que restou de sua família e o que poderia fazer dali para frente. Mas a situação era complicada...

– Cara, eu nasci na rua praticamente. Não terminei o Ensino Fundamental, nunca trabalhei de carteira assinada, não consigo falar com minha mãe e agora estou aqui, embaixo desse cano.

Não sei se Anthony deseja mesmo sair da rua. Também não pretendia insistir nisso, a não ser que ele queira, que ele deseje morar em uma casa, voltar (ou começar) a estudar. Naquele instante não tinha muito o que ser feito embaixo daqueles canos, que pareciam uma solução para nos abrigarmos da chuva. Mas, para Anthony, parecia ser o fim da linha, e só me restava escutar sua dor. Foi o que fiz, escutei o que Anthony podia dizer e tentei traçar algumas pequenas possibilidades. Talvez buscar encontrar a mãe dele, para tentar conversar com ela, pelo menos conhecê-la para saber se há alguma chance de reatarmos a relação.

Quando chegou a nossa Kombi, ainda fiquei alguns minutos conversando com Anthony antes de partir de volta para o espaço seco e protegido do nosso QG e pensar em alternativas para quem sabe ajudá-lo. Meus pensamentos continuaram molhados, pesados como aquele momento, com um frio desses de dia de inverno.

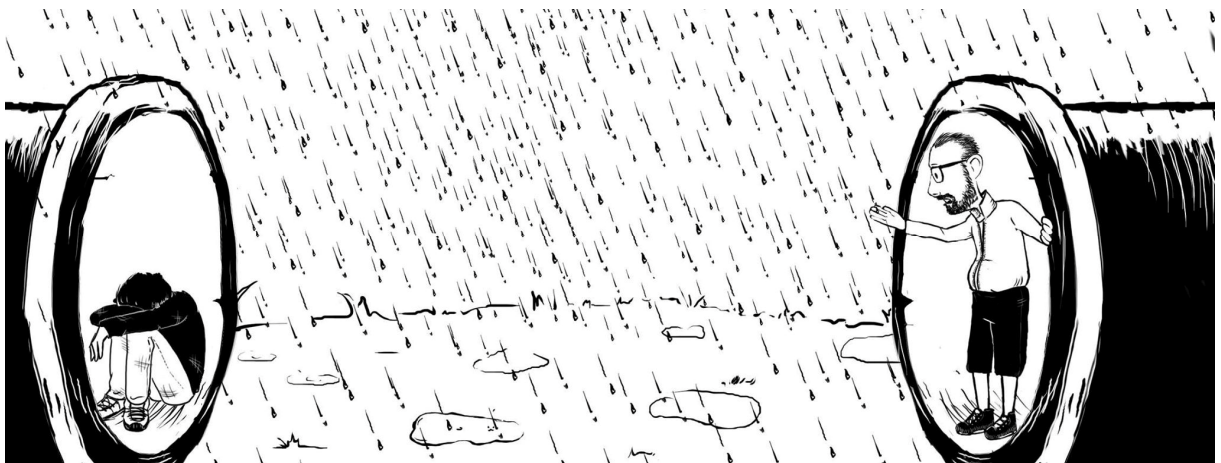


Figura 1– O Terapeuta do Cano
Fonte: Arquivo de Eduardo Porciúncula Rego, 2014.

O QUE FAZER?

Porto Alegre, 10h20min: reunião de equipe.

- O que vamos fazer com ela?
 - Pois é... que caso complicado este.
 - Ela está grávida, na rua, segue usando drogas...
 - E a família?
 - Não tem contato.
 - Então vamos fazer o contato!
 - Mas não vamos pedir a ela para se internar?
 - Não sei não...
 - Como ela está grávida já há algum tempo, talvez seja indicada para internação até que ganhe o bebê. Pelo menos ela garante um parto no hospital.
 - Será?
 - Claro, se ela internar só pra desintoxicar por 21 dias é possível que ela volte pra rua com aquele barrigão!
 - Mas se ela não quiser se internar agora? No outro caso, a gente só levou pra internação porque a usuária quis e nos pediu, já que não tinha como ir sozinha até o hospital.
 - Mas este caso é diferente, acho que é mais grave do que esse que tu lembraste.
 - Pois é, gente, mas ainda é complicado. Quando a triagem perceber que ela está grávida, não vai querer internar nem para desintoxicação.
 - Acho que vale a pena tentar.
 - Será mesmo, pessoal?
 - Gente, ela está com uma criança, não dá pra comprometer as duas.
 - Ainda assim, a criança é dela. Tô em dúvida ainda.
- Porto Alegre, 11h15min: ainda em reunião de equipe.
- Então, pessoal, o que vamos fazer?

A CHEGADA

Finalmente chegamos à segunda semana da residência multiprofissional! Já estava ansioso para iniciar meu trabalho em um dos serviços de saúde mental de Porto Alegre. Durante a primeira semana, fizemos um rodízio e conhecemos uma série de serviços do SUS até que chegou o momento em que tínhamos que nos

dividir em trios ou duplas para ficarmos, durante alguns meses, em um dos serviços que visitamos.

Acabei ficando em um trio, com uma colega da psicologia e outra do serviço social. O serviço que escolhemos para começar nossa trajetória de residência foi o “Consultório na Rua”.

Chegamos em uma reunião (atrasados, mas não menos animados) na qual a equipe discutia sobre as abordagens da semana. A equipe técnica não é muito grande, mas fica bem maior com a presença de estagiários e residentes e quase não há espaço para que todos fiquem sentados durante o encontro. Além do pouco espaço, noto também que há vários papéis, prontuários e cartazes de campanhas de prevenção. Dos papéis que me chamaram a atenção, havia um com uma tabela de pessoas que estavam fazendo tratamento para tuberculose, outro com uma tabela de mulheres que estavam utilizando contraceptivos e mais três papéis que falavam sobre o conceito e as estratégias de redução de danos. Também notei que havia um saco cheio de bolas de futebol, de tênis, de vôlei, além de outros equipamentos esportivos, e até mesmo bambolês!

Então, quando “voltei” para a reunião, vi que havia sobrado um espaço pequeno para nos sentarmos. Nesse momento, recebemos as boas-vindas da equipe, falamos nossos nomes, formações e experiências prévias e, logo em seguida, a equipe também se apresentou, falando seus nomes, profissão, tempo de serviço, etc.

Depois disso, os trabalhadores do Consultório na Rua falaram um pouco da história desse serviço, de como a equipe atua no território, entre outras informações. Uma das trabalhadoras começou a falar sobre os lugares onde a equipe fazia as abordagens. Alguns deles parecem ser de difícil acesso, visto que são matos, becos, terrenos baldios em que há até atividades de tráfico e não só de consumo de drogas. Meu lado mais temeroso não aguentou e perguntei a ela:

– Gente, posso fazer uma pergunta? Como vocês fazem para entrar nesses lugares que parecem ser mais perigosos?

Então a trabalhadora respondeu:

–Olha, primeiro eu chego num lugar de abordagem e, dependendo do ambiente, eu já chego dizendo que nós somos da saúde e não da polícia. Isso tem ajudado a quebrar o silêncio e um pouco da desconfiança do pessoal que fica nesses lugares.

A trabalhadora seguiu dizendo que, em alguns locais, as pessoas que estão em situação de rua desconfiam a todo o momento de que a polícia possa chegar e intervir no ambiente de forma violenta. Por isso, ela opta por chegar ao local já dizendo que não é policial, e sim uma trabalhadora da saúde.

Depois disso, alguém comentou sobre as ações de recolhimento de pessoas nas cracolândias em São Paulo. Então, uma das minhas colegas perguntou a todos:

– E a respeito das internações compulsórias, o que vocês acham?

– Então... –disse um dos trabalhadores– nós somos contra essas intervenções que estão acontecendo em São Paulo e no Rio de Janeiro.

– Para mim, internação compulsória não resolve a vida da pessoa... –disse outro indivíduo da equipe–. O mais difícil é o depois da internação. O que fazer com as pessoas após a internação? Se não tem alternativa, ela vai voltar para a rua. E aí? Do que adianta internar contra a vontade do sujeito, pela força?

Uma das trabalhadoras do consultório ponderou:

– Eu acredito em internação compulsória apenas em um caso muito extremo, quando a pessoa não tem mais alternativas de tratamento ou de apoio familiar... Mas em casos muito extremos, né pessoal, não como o que estão fazendo em São Paulo.

– Eu já acho que internação compulsória é ruim em qualquer circunstância – retrucou seu colega de consultório–, mas a gente lida bem, aqui na equipe, com as nossas diferenças de opiniões; discutimos bastante, mas numa boa.

Quase meio-dia e a fome começa a bater. Além disso, há as abordagens da tarde e as agendas pré-estabelecidas entre trabalhadores e usuários, por isso a discussão durou só mais um pouco antes do almoço coletivo. Acho que teremos aqui uma experiência e tanto neste serviço, no ambiente da rua e, principalmente, com os trabalhadores e moradores de rua. Adiante, residência!

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

– Bom dia, pessoal. Tudo bem? Tem um cara aqui em cima dizendo que conhece vocês e queria saber de um documento. Acho que é Paulo Sérgio o nome – falou o segurança do serviço.

– Ah, sim, o Paulo! Pede pra ele entrar –respondi.

Paulo entra no consultório e pergunta:

– Posso falar com o Alberto?

– Cara, ele não está agora, mas já falei com ele – respondi.

– Tá, e aí, o que rolou?

– O Alberto já encaminhou teus papéis no cartório e dentro de uma semana ou duas, no máximo, tua certidão estará pronta.

Paulo Sérgio muda o semblante e comemora como se tivesse feito um gol em grenal:

– Báh, cara, que legal! Não acreditei que seria tão rápido, não acreditei mesmo, sinceramente. Mas que legal que vocês já fizeram isso, tô muito contente.

– Quem bom cara! E agora? – perguntei a ele.

– Cara, agora eu vou conseguir fazer todos os outros documentos e vou poder conseguir emprego, ganhar uma grana. Sem certidão, sem documento, tu não é nada, cara. As pessoas fecham tuas portas, não acreditam que tu é tu.

– Já passamos por isso algumas vezes aqui...

– Então é isso, cara. Desculpa, mas qual é teu nome?

– Leonardo.

– Pô, Leonardo, agradece o Alberto e todo mundo da equipe, valeu mesmo. Que beleza, agora tenho uma certidão de nascimento de novo, agora vai!

– Isso aí, cara, toca ficha então – sugeri a Paulo Sérgio.

– Claro, claro, pode deixar. Tchau!

Paulo Sérgio sai do consultório tomando um copo de água, ansioso para receber sua certidão na próxima semana. O tempo dirá o resto.

ELES SÃO DA SAÚDE

Estávamos na praça, em mais uma abordagem na rua, conversando com alguns moradores e frequentadores do lugar. Depois de anotar algumas demandas trazidas pelos moradores de rua, fizemos algumas combinações sobre marcações de consulta com especialistas e de exames. Até aí, tudo ok. Começamos então a conversar sobre benefícios e sobre quem poderia solicitar algum tipo. Então o Juan, um dos moradores que estavam por ali, disse:

– Cara, quebrei o cartão da Bolsa Família na cara deles, lá no lugar de retirar o benefício. Tinha que fazer um monte de coisa e ninguém dizia coisa com coisa, e eu pensei que 70 reais eu levantava na rua, não precisava do Governo. Se

os caras quisessem te ajudar, não dariam só dinheiro. Hoje é tudo pelo lucro, tudo esse tal de capitalismo.

Gabriel, outro frequentador da praça, entra na conversa com seu humor ácido e completa:

– É, meu. Só dinheiro não ajuda o cara. Agora, ajudaria se me pagassem o aluguel da casa, uma cama, um sofá pra ver TV e tal.

Depois disso, tive que concordar com ele aos risos. Entre ganhar 70 reais ou um aluguel de um apartamento, eu também optaria por receber o aluguel. E como falávamos sobre benefícios, veio a pergunta sobre vagas em abrigos e albergues. O João Uruguaio, que na verdade é de Bagé, disse:

– Todo mundo aqui é guerreiro, cara, tem um trabalho, mas não formal assim, tem um bico, a galera se vira de algum jeito. O problema é bebida, moradia e tal. Eu quero me reerguer, queria que vocês pudessem me ajudar a ficar num abrigo...

– Abrigo é mais difícil, cara – respondi a ele –. Mas vamos fazer esse encaminhamento, se é assim que queres.

– É mais difícil, né? Mas daí é o que eu tenho de melhor opção. Em casa, tô mal com a minha mãe, sou separado e agora não tenho grana. Ninguém dá um emprego bom pra alguém que tá como eu, na rua, então alugar um cantinho tá difícil. Lá de onde eu vim é só pra quem trabalha no campo, e o meu lance é construção civil.

No abrigo, as vagas são menores, já que é um serviço de longa permanência. A pessoa pode ficar até seis meses no abrigo, enquanto no albergue só pode passar a noite. O Uruguaio disse que estava cansado de ficar em albergues e queria algo mais prolongado, menos bagunçado. Situações assim me deixam pensativo. Quem preencheria essa lacuna de moradia? E os tantos prédios abandonados na cidade, quantas pessoas não ficariam ali por um preço mais barato? Ou até de graça mesmo? Essas dúvidas convivem com o povo da rua...

Antes de ir embora da praça, tive mais uma rápida conversa com o Juan e o Seu Valdir (o morador de rua mais velho do grupo), quase entrando na kombi:

– E o lanche? – pergunta Seu Valdir.

– Que lanche? – pergunto a ele.

– Ué? – indaga Seu Valdir – Que horas chega o lanche? Vocês não trazem lanche para os moradores de rua?

– Às vezes, Seu Valdir. Nem sempre temos lanche.

– Mas o pessoal do Centro dá lanche pra nós...

Então o Juan entra na cena:

– Não, Seu Valdir! Eles não dão comida, não são que nem os do Centro. Eles são do Consultório da Rua, eles são da saúde, cuidam da nossa saúde... Esse é o foco deles.

– Ah bom, agora acho que entendi – disse o faminto Seu Valdir.

O ATIVISTA

Quando chequei minha linha do tempo no *Facebook*, vi que havia sido cancelada a audiência de Osmar Terra, na Câmara de Vereadores de Porto Alegre, para apresentar o seu PL 7663/10, que vai ao encontro das políticas de internação compulsória em massa de usuários de drogas. Aqui, em Porto Alegre, estão tentando criar um sistema de internação compulsória, algo parecido com o que vem ocorrendo no Rio de Janeiro e em São Paulo.

Contudo, recebi o telefonema de um amigo me dizendo que os coletivos e movimentos estavam chamando as pessoas para irem à Câmara mesmo sem a presença do Osmar Terra. Não tive dúvida e saí de casa para encontrar a gurizada dos diversos movimentos e coletivos que estão na militância dos direitos humanos, da saúde mental, da saúde pública, da descriminalização da maconha, dentre outros assuntos.

Ao chegar lá, vi as galerias da Câmara de Vereadores lotadas, com a presença de variados grupos de militantes. Algumas pessoas estavam lá por outros motivos, mas a turma mais organizada desejava discutir a proposta das internações dos usuários de drogas em Porto Alegre. Muitos trabalhadores, estudantes, residentes, coletivos. O barulho seria grande!

Como não podíamos falar no microfone – engraçado isso, na “casa do povo”, o povo não pode falar sem marcar horário com grande antecedência –, conseguimos fazer duas das bancadas da oposição levarem essa pauta nas suas falas. Por não estarem muito familiarizados com essa discussão, creio que muito do que eles falaram foi dito antes por algumas pessoas que haviam chegado mais cedo na Câmara. Ao fim de suas falas, aplausos – mesmo que eu não me sinta representado

por eles e por suas bancadas, naquele momento eles estavam defendendo algo que eu também defendia.

Depois disso, vieram os vereadores defensores do projeto de internação compulsória em Porto Alegre. As falas foram muito reacionárias e demonstraram a ignorância dos vereadores com relação ao assunto, revelando que eles realmente desejam "limpar" as ruas à força, e nada mais. Querem "pôr a sujeira debaixo do tapete", não buscam tratar o assunto de forma séria, não desejam tratar as pessoas com respeito e dignidade, bem como não querem investir nos serviços do SUS³ e do SUAS⁴. Um dos vereadores começou sua fala assim:

– Eu gostaria de falar algumas coisas sobre esse projeto, que nasceu da ânsia de ver mães acorrentando seus filhos, que nasceu da ânsia de ver profissionais da saúde sem poder internar os seus pacientes...

Vaias estrondosas no Plenário! Que discurso pseudopopulista é esse, eu me pergunto! O cidadão tenta forjar uma tese de que não é possível internar usuários porque não há uma política de internação compulsória e ainda por cima tenta usar um pensamento pseudonobre e caridoso ao falar sobre as mães dos usuários. Bem, penso aqui rasamente que, se há falta de leitos, então a culpa é também do senhor preocupado com as mães dos usuários e não da falta de uma lei de internação compulsória, até porque ela já existe, porém ela só deve ser usada em último caso e precisa da autorização judicial. O que o projeto prevê é que o médico faça a internação quando achar necessário e sem autorização da justiça. Já imagino médicos aos montes indo pelas cracolândias com papéis de pedido de internação e seus carimbos para poderem internar todo mundo de uma só vez...

Após esse discurso, entre muitas vaias e poucos aplausos, vieram mais falas dos vereadores:

– Agora, eu tenho uma tese: quem está doente, quem não tem condições de discernir sobre o que é melhor para si precisa, sim, de um acompanhamento, seja isso bom para os outros ou não. Ele precisa.

– Mesmo que elas [pessoas que usam drogas] não reconheçam, precisam de alguém que fale por elas em um determinado momento. Há uma chaga, há uma praga hoje que são os zumbis do *crack*, que estão por aí. Nós precisamos; vocês precisam ajudar esse povo! Precisam ajudar!

³ Sistema Único de Saúde.

⁴ Sistema Único de Assistência Social.

– Agora, nós estamos falando aqui de pessoas que perdem a sua capacidade, em um determinado momento, de compreender a sua realidade, o seu senso crítico e, muitas vezes, impõem o seu flagelo pessoal à sua família e à sociedade; roubam tudo o que tem em casa, vendem tudo o que tem em casa.

Com essas falas, temos a construção de um novo monstro, um novo anormal, um novo ser que precisa ser caçado, capturado e aprisionado, pois não tem condições de viver em sociedade, pois é um perigo para si e para os outros, além do fato de ser um ser quase vivo e quase morto, já que foi comparado a um zumbi. Além do monstro, temos a construção de uma nova epidemia, apesar de os senhores vereadores desconhecerem o conceito de epidemia. Se tivermos um monstro, uma epidemia, os vereadores também apresentam os profissionais da saúde como os caçadores desses monstros, meio humanos e meio mortos, e as comunidades terapêuticas e clínicas particulares como os lugares para purificação e disciplinamento desses sujeitos.

Nenhum deles falou a respeito da ampliação e do melhoramento dos serviços ambulatoriais da rede pública de saúde e assistência social. Não falaram sobre algo que deve ser simples: colocar dinheiro público no serviço público. Tratar usuário do SUS no SUS, de acordo com os seus princípios e diretrizes. E, quando já estava quase perdendo minha voz de tanto discutir com aqueles que estavam calmamente falando com seus microfones em posição privilegiada, um vereador lança a pérola:

– Só quem é drogado e traficante é contra o nosso projeto de internação dos dependentes!

Pronto. Naquele instante me senti na música⁵ do Cazuzza, *“te chamam de ladrão, de bicha maconheiro, transformam o país inteiro num puteiro, pois assim se ganha mais dinheiro”*.

Após muitas discussões calorosas entre vereadores e militantes, a sessão foi encerrada pelo presidente da Câmara de Vereadores, sob a alegação de falta de condições para o prosseguimento das atividades do Plenário.

Ao final, uma série de pessoas saiu para conversar e organizar-se a fim de fazer os enfrentamentos necessários para impedir a aprovação do projeto que cria o sistema de internação compulsória em Porto Alegre, assim como reivindicar maiores

⁵ “O tempo não pára”, disponível em <<http://letras.mus.br/cazuzza/45005/>>

e melhores investimentos na rede de atenção aos usuários de drogas no sistema público e formas mais acolhedoras e respeitosas de tratamento para essas pessoas. A peleia continua...

AO SOL E À SOMBRA

Depois de ter jogado futebol durante a tarde toda na praça, Dudu chega em casa exausto e com muita fome, mas sua mãe insistiu para que tomasse um banho antes de sentar-se na mesa improvisada na cozinha para jantar.

De banho tomado e barriga cheia, Dudu vai até a casa do vizinho amigo para jogar videogame. O jogo não é dos mais novos, mas já diverte a gurizada da rua. E que jogo eles estariam jogando? Futebol, como quase sempre!

Diego, o vizinho amigo, comenta com Dudu:

– Jogaste futebol hoje com os guris?

E Dudu responde:

– Sim, cara, joguei lá na praça, com o Édson e o Francisco.

– Mas só vocês três? –indagou Diego.

– Ah, jogamos com um pessoal que tava na praça...

– Eram os guris da escola? –pergunta novamente o amigo.

– Não, a gente jogou com os caras que dormem lá na praça e mais uns que tavam lá atendendo eles.

– Mas como assim, cara? Vocês jogaram com os “cachaça”?

– Sim –respondeu Dudu, em meio a uma tentativa de ataque no jogo de videogame–. E pior que tinha uns caras que jogavam bem, até melhor que o Édson!

– Báh,tá louco, Dudu, não sabia que aqueles caras jogavam bola. Eu vejo eles ou comendo alguma coisa que deram a eles, ou deitados dormindo, ou bebendo uma cachaça. Nem sabia que eles conseguiam jogar futebol...

Uhhhh! Quase gol de Dudu no videogame. Diego parece mais concentrado em escutar a história do amigo que jogou futebol com moradores de rua do que com a partida de videogame.

– A gente tava olhando eles jogarem, quando um cara que tava com um colete escrito “SUS”, e mais umas coisas que não vi direito, perguntou se a gente não queria jogar.

– E o que vocês disseram?

– Ué, a gente disse que sim, né cara!

– E esses caras de colete eram do postinho perto da escola?

– Báh, agora não sei te dizer com certeza, mas eles me disseram que trabalhavam na saúde, que atendiam os moradores de rua ali da praça e que, de vez em quando, jogavam um futebol ali mesmo...

– Ah tá, entendi... E os caras estavam bêbados quando jogaram com vocês?

– Tinha um ou outro que sim. Um deles até tomou um tombão sozinho! Na hora todo mundo riu, mas o cara se levantou sozinho e seguiu jogando...

– E vocês ganharam de quanto?

– Báh, nem sei, porque a gente ficou mudando de time várias vezes, pois ou chegava um cara diferente, ou saíam dois juntos ao mesmo tempo... Mas eu fiz uns três gols, eu acho.

Fim do primeiro tempo no videogame. Hora dos amigos modificarem seus times para o segundo tempo e também para conversarem melhor.

– Tá, então os caras ali da praça jogaram de boa com vocês? Não bateram, não incomodaram?

– Tudo numa boa, cara. Eles jogaram bem direitinho com a gente. Todo mundo jogou e se tratou com humildade, né cara, se respeitando e tal. Eu gostei do jogo e os guris também. Até o Édson, que tomou uns meios de perna de um morador de rua, gostou do jogo!

– Pô, que legal, cara. Agora vou ver aqueles caras da praça de outra forma – respondeu Diego, impressionado com a história contada por Dudu.

– É tudo gente, Diego. Cada um tratando o outro bem, não tem erro. O pessoal da saúde também nos tratou legal e até nos convidaram para jogar mais vezes com eles...

– Que massa Dudu! Não sabia que o pessoal do postinho também jogava futebol...

– Não eram do postinho, cara.

– Ah é, me esqueci... E vocês jogaram com goleiro, ali nas quadras de futsal? Naquele sol?

– Não. A gente jogou “gol fechado”, embaixo da pista de *skate* mesmo, com sol e sombra de vez em quando.

– Legal, cara...

A conversa foi diminuindo na medida em que o jogo de videogame foi ficando mais emocionante. O empate perdurou e os guris, mesmo já cansados, jogaram mais um pouco até que alguém ganhasse o jogo.

A convivência na praça onde os meninos estão acostumados a jogar – e a ver os moradores de rua– tem seus momentos de tensão de vez em quando. Apesar disso, é possível ver que há, entre alguns moradores da praça e alguns frequentadores da mesma, uma boa convivência, como no caso do futebol relatado por Dudu. A praça é muito frequentada por jovens, idosos, trabalhadores da saúde, moradores de rua e policiais, ou seja, a praça é ocupada por um público bem heterogêneo e com motivações bem diferentes. Entre a tensão e a boa convivência, nota-se um ganho de vida quando há esses momentos de interação entre as pessoas na praça. Talvez Dudu não jogue mais com os moradores de rua, mas provavelmente ele nunca se esquecerá dessa experiência de ter jogado futebol com eles em uma tarde de sol (e sombra) na praça.

A MARQUISE MEIO NEBULOSA

Eram nove e meia da manhã quando eu estava na parada de ônibus e, de repente, assisti de camarote a uma cena conflituosa embaixo de uma marquise. No local, havia dois comércios, um, se não me engano, era uma imobiliária e o outro eu não me recordo bem o que era.

Na frente dos dois estabelecimentos, entre as portas que davam acesso a esses locais, havia três pessoas dormindo em cima de papelões e tapadas por cobertores. Não sei, mas duvido que elas estivessem dormindo com suas cabeças deitadas em um travesseiro macio de penas...

Parecia que o retrato da situação seria aquele, estático, imóvel, sem interação entre pessoas, como quase sempre ocorre debaixo daquela marquise. Contudo, mais tarde, aconteceria um momento disruptor no local: quatro pessoas identificadas pelos seus uniformes de um serviço de saúde chegaram ao local, pararam e olharam para os três desabrigados. E, com muito cuidado (provavelmente para não interromper o sono dos justos), um deles deixou alguns preservativos e cartões próximos dos cobertores, que minimizavam os efeitos do frio e da umidade.

A cena já não era mais imóvel, estática e sem interação. Algo diferente estava acontecendo. Para essa equipe de saúde, parecia que seu trabalho havia

acabado no local, entretanto, um senhor com aspecto bravo e irritado saiu de dentro da sua loja e foi na direção do sujeito que havia deixado os preservativos e cartões para os desabrigados.

Como minha parada de ônibus era próxima do local, consegui escutar algumas coisas da conversa entre os dois:

– É sempre assim –disse o senhor–. Esse pessoal vem para frente da minha loja, dorme, faz sujeira, mijá e ninguém leva eles daqui. Vocês não podem tirar eles daqui? Estão atrapalhando minha loja.

– Então... –inicia o trabalhador da saúde– o nosso trabalho não é retirar as pessoas de onde elas estão, pois, veja bem, nós somos um serviço de saúde que atende à população de rua...

– E tu achas que isso não é um caso de saúde? –o senhor indaga em um tom mais alto.

– Pode até ser uma questão de saúde, mas, mesmo assim, não cabe a nós tirar a força essas pessoas da rua. Precisamos conversar com elas e ver do que estão precisando.

– E vocês não podem dizer que elas precisam sair?

– Quem decide são elas, não nós...

Nesse momento, o senhor que trabalhava na imobiliária perdeu a paciência e passou a disparar alguns insultos à equipe de saúde. Os profissionais escutaram atentamente, sem interrompê-lo (talvez não fizesse mais sentido conversar com esse senhor, que já estava bem alterado e falando alto). Para mim, que estava apenas olhando, houve um fato que me fez rir sozinho. Foi quando alguém perguntou ao senhor:

– Mas você já os convidou [os desabrigados] para fazerem xixi no seu banheiro?

– O quê!? –respondeu o senhor, não acreditando nessa possibilidade– Mas eles são uma nojeira, vivem me atrapalhando e espantando as pessoas...

Nesse instante de aumento da tensão, surge uma mulher, que provavelmente devia ser colega de trabalho desse senhor. E, logo que ela chegou, disse:

– E o SUS ainda dá comida, cama e roupa lavada pra essa nojeira!

A partir dessa fala, não consegui mais acompanhar a cena. Meu ônibus estava se aproximando e, por isso, mudei meu foco de atenção. Quando subi

no ônibus, vi que o pessoal da saúde já estava caminhando em outra direção, que os moradores de rua continuaram no mesmo lugar e que o senhor e a mulher não estavam mais embaixo da marquise. Depois de alguns movimentos, a fotografia voltou a ser parecida com a do início, embora as vidas dos atores não sejam mais as mesmas de antes desse inusitado encontro que, de alguma forma, mobilizou, por alguns minutos, aquele retrato de cotidiano urbano.



Figura 2– Uma marquise nebulosa
Fonte: Arquivo de Eduardo Porciúncula Rego, 2014

MEMÓRIAS DE UMA REUNIÃO

Hoje estou sem meus fones de ouvido e sem livros para ler no trajeto longo até meu apartamento. Bem, por um lado, caso eu consiga sentar em algum lugar, poderei dormir um pouco, igual ao outro dia em que cheguei até a sonhar dentro do ônibus!

Por enquanto, a fila não está tão longa, de repente consigo galgar um lugar no banco vazio. Opa, depois de vários minutos esperando, chega o ônibus, hora de subir e... para variar, ônibus tri demorado e tri cheio!

Báh, chegamos à sexta parada do ônibus e vagou um lugarzinho lá no fundo. É para lá que eu vou.

– Opa, desculpa, com licença, só uma licença, por favor, ok, obrigado. Ufa!

Agora que estou sentado, o sono virá em breve, até porque o dia foi cheio de atividades no meu estágio no Consultório na Rua. Aliás, ouvi algumas coisas hoje que eu ainda estou tentando entender.

No encontro de hoje de manhã com outros serviços da região metropolitana, cada equipe apresentou seu serviço, sua história, seus atendimentos, sua população de usuários, entre outros dados. Alguns conceitos levantados pelos trabalhadores do Consultório na Rua foram: acolhimento, escuta, rede, redução de danos, tecnologias leves e talvez mais algum que eu não estou lembrando, mas tudo bem.

Depois que o pessoal disse isso, uma das trabalhadoras que estavam no encontro falou, em seguida, algo como:

– Vocês perceberam que não são conceitos novos? Se deram conta de que são conceitos que vêm da saúde coletiva já há algum tempo? Não estamos fazendo nada novo, mas colocamos isso como algo inventivo dentro de um serviço novo ou diferenciado. Por que será?

Cara, não é que isso faz sentido? Quando eu chegar em casa, preciso ler alguma coisa a respeito, de repente amanhã converso com meu professor de estágio, porque essa fala me parece bem importante de ser levada em consideração. Ainda mais que, depois dessa fala, foram surgindo outras a respeito disso, tipo quando uma colega disse:

– Talvez se a rede da atenção básica e dos CAPS fizesse isso [escuta, acolhimento, rede, humanização, etc.] há mais tempo, não precisaria existir Consultório na Rua.

– Sim, é isso que quis provocar –respondeu a trabalhadora–. Parece que o Consultório na Rua existe para fazer algo que já era para estar sendo realizado, como colocar em prática os princípios da equidade, integralidade e universalidade, mas, por alguns motivos, tudo isso não está sendo feito.

Na reunião, eu não tinha entendido essa conversa, mas agora ela não sai da minha cabeça. Tiveram outras falas interessantes, aos poucos vou me lembrando. Preciso escrever isso no meu portfólio da disciplina de estágio obrigatório, acho que vai dar uma discussão legal.

Será que o consultório existe porque os serviços não conseguiram ou não conseguem acolher os moradores de rua? Até agora, pude conhecer as duas coisas: serviços parceiros e dispostos a atender a galera da rua e também serviços mais fechados, menos inclusivos, que não gostam de atender os moradores de rua.

Bem, houve uma vez em que um dos médicos de um posto se recusou a atender um morador de rua por medo, pois ele achava que poderia ser assaltado pelo mesmo quando saísse do posto. O estranho é que até agora ninguém da

equipe do consultório disse que já foi agredido ou roubado pelos usuários que acompanham nas ruas.

Em outra vez havia um morador de rua ao lado de uma unidade de saúde e o pessoal dessa unidade ligou para o consultório, perguntando se ele deveria ser atendido por eles mesmos ou pelo consultório. O cara estava do lado da unidade, era só perguntar se ele queria algum atendimento, não precisava ter ligado para o consultório!

Enfim, agora que esses acontecimentos voltaram à minha cabeça, penso que seria interessante ver o que está acontecendo com a rede e quais lugares sociais que os Consultórios na Rua ocuparão daqui para frente. Vai que eu me forme e volte para um Consultório na Rua!

NÃO GOSTO

Foi minha primeira abordagem no muro. Fui entrando devagar, pois não conhecia o lugar e já haviam me dito que ali era um local perigoso, onde às vezes ocorriam brigas e ações da polícia militar (que já havia realizado uma abordagem mais dura nos próprios trabalhadores do Consultório na Rua).

Um dos moradores de rua nos convidou para entrar no lugar. Conversou conosco e depois saiu do muro para falar em particular com um dos trabalhadores. A outra colega foi à Kombi buscar preservativos e algumas gazes para dar a uma jovem que estava ali.

Fiquei sozinho com mais dois sujeitos e perguntei a eles, em uma tentativa de “quebrar o gelo”, como estavam. Então um deles disse:

– Tô bem, só não gosto de viajar com quem não viaja aqui onde eu fico.

Entendi o recado. Saí de cena. Ficou o aprendizado de que é preciso saber onde pisar e respeitar o espaço de quem já estava presente. Nas próximas vezes me lembrarei disso.

NO MATO

Quando a polícia está por perto, é sinal de que alguma coisa aconteceu ou está por acontecer na região do mato. Várias viaturas estacionadas, outras dando voltas na quadra, algumas motos, mulheres que estavam tentando “fazer programa”

na faixa discutindo com alguns policiais militares, enfim, o cenário parecia tenso. Resolvemos não entrar naquele mato, pois achamos o ambiente arriscado demais. Além disso, era bem possível que nenhum dos moradores de rua conhecidos da região do mato estivesse ali, visto que o cerco policial estava forte.

Resolvemos ir para outra região ainda menos vistosa da capital gaúcha. Lá talvez encontrássemos alguns usuários do consultório que quisessem ser atendidos. Com exceção das praças públicas, quase todos os lugares visitados pela equipe são mais escondidos. São fragmentos de uma Porto Alegre que tenta ser esquecida na maior parte do tempo. São os pedaços que ficam de fora das rotas dos passeios turísticos dos ônibus coloridos, que levam nossos visitantes, e das grandes construções, dos empreendimentos imobiliários que prometem tudo que pode ser lazer para seus moradores. Geralmente, são esses espaços, onde se acredita que não haja vida, que frequentamos nos últimos tempos. Por outro lado, essas zonas não podem ser consideradas invisíveis todo tempo, pois, quando há algum interesse do Governo ou da esfera privada, esses locais tornam-se bem visíveis, como no caso da região do mato, que hoje estava cheia de policiais.

Mas, enfim, chegamos ao outro mato. Era mais um terreno baldio no meio de uma comunidade porto-alegrense. O local já era depósito de lixo e, assim como em Clarisse⁶, ali as pessoas agarravam-se a restos de outras casas, de outras famílias, para irem montando seus *kits* de sobrevivência, improvisando peças ou dando novas funções para telhas, grades, lençóis e outros materiais. Era lá onde estávamos naquela tarde de veranico⁷ de maio.

Ao chegar naquele agrupamento coletivo, percebemos um olhar atento das pessoas que estavam longe do mato. Era um olhar meio duvidoso, meio desconfiado. Quando entramos no lugar, encontramos uma roda de pessoas, das quais já conhecíamos a maioria. Fomos recebidos por um rapaz, da seguinte forma:

– Bem-vindos ao submundo da sociedade!

E, naquele “submundo”, encontramos alguns velhos conhecidos do consultório. Estavam por lá Anthony, Ned, Fábio, Diana e outros que não conhecíamos ainda. Diana saiu da região do outro mato devido ao fato de terem

⁶ Clarisse é uma das cidades narradas por Marco Pólo na obra “As cidades invisíveis”, de Ítalo Calvino.

⁷ Pequena onda de calor e altas temperaturas que ocorrem fora dos meses de verão e, em geral, no mês de maio.

derrubado o condomínio dos canos, onde ela costumava passar as noites e, de vez em quando, os dias. Já Fábio deu outro motivo:

– Pessoal, tivemos que sair de lá [região do mato] hoje. Embaçou pra nós!

Anthony havia há pouco voltado para a rua depois de uma sequência de internações: uma para desintoxicação, uma para tratar pneumonia e outra por suspeita de tuberculose. Ele foi para lá quando encontrou, no meio do caminho, os amigos de mato, que já estavam migrando para o local onde estávamos agora.

O Ned estava na mesma batida, sempre carregando um suco e um pote de comida:

– Eu uso minha droguinha, mas me cuido e sei que nem só de droga vive o corpo do cara. De dez reais que eu tenho, dois eu sempre deixo pra comprar uma comida e uma bebida.

– E essas roupas, Ned? Vais lavar à mão? – perguntei a ele, já que estava carregando uma mochila bem cheia.

– Não, cara, lá em casa tem máquina de lavar!

– Báh, então estás bem, porque tem bastante roupa aí mesmo.

Ned é um caso à parte dentre todos que conheci até agora. Ele gosta de usar droga. Não usa de forma obsessiva. Parece estar afim da droga pela questão do “lazer”, da recreação. Alimenta-se e hidrata-se razoavelmente. Não sei se rouba, embora tenha me dito que já cumpriu pena em outra cidade. Conseguir roupas e pouso na casa de familiares. Ned ainda se relaciona com a família. Como? Não sei, mas deve ser, no mínimo, inusitado o jeito como lida com essa vida de rua, de dia, e casa, de noite.

Ali, naquele momento em que conversávamos com Ned e outras pessoas, estava rolando uma rodada de *crack*. Nossa presença parecia não incomodar os usuários, que seguiam fumando e passando uns para os outros ao mesmo tempo em que conversavam conosco e diziam não ter problemas de saúde.

Aos que nos pediram algum encaminhamento, anotamos seus dados, fizemos combinações e indicamos alguns caminhos possíveis de serem trilhados por eles. Despedimo-nos de todos, dos que conversaram e dos que não conversaram, deixamos nosso cartão e fomos em direção à nossa Kombi.

Nesse curto trajeto, Diana nos acompanhou, pois queria saber das meninas do consultório. Parece que ela andou faltando algumas consultas em uma das unidades básicas de saúde da região e, por isso, recebeu um “puxãozinho de

orelha” da equipe. Após essa cobrança básica, ela resolveu pedir para que marcássemos uma consulta para um amigo seu, que também vive na rua e, segundo ela, não está passando bem. Um dos colegas do consultório disse para Diana o seguinte:

– Pô, Diana, tu sabe onde fica a unidade. Diz pra ele onde fica, ele pode ir sozinho. Sem a gente conhecê-lo, é mais difícil.

Diana respondeu na hora:

– Mas, cara, tu ainda não entendeu? Vocês são nossos padrinhos, nossos pais, se vocês não nos levarem, a gente não vai a lugar algum.

Após essa resposta, houve um momento de silêncio e introspecção. Olhamos uns para os outros e, sem dizer uma palavra, acabamos anotando os dados do amigo de Diana. Mesmo assim, dissemos a ela que poderia levar seu amigo a qualquer hora na unidade ou, se ela preferisse, que desse o endereço do serviço a ele.

Entramos na Kombi e ainda estávamos pensando sobre a frase de Diana. Mas isso é caso para ser conversado na reunião de equipe. Agora, é hora de preencher os formulários, tomar um café e bater o cartão para ir embora.

NO CAFEZINHO

Durante o cafezinho no consultório, chegou a Neusa para conversar com a gente. Ela ficou pouco tempo lá, pois tinha que fazer uma faxina ali perto. E ela se deu bem, pois ganhou uma carona de Kombi até a casa onde iria trabalhar.

Quando ela saiu, o pessoal que a atende e acompanha mais de perto estava dizendo para nós, que estávamos chegando no serviço para começar o estágio:

– Gente, e dizer que a Neusa, quando nos conheceu, não queria falar com a gente. Falava mal da gente, mesmo se não olhássemos pra ela. Vocês lembram?

– Sim, claro que lembro. A gente atendendo a galera e ela braba, no canto dela.

– Até que um dia ela chegou pra pedir água e um lanche que a gente tinha levado pro pessoal da rua.

– É mesmo. A partir dali, ela começou a confiar mais na gente. Pelo menos parou de falar mal de nós.

– E hoje ela vem aqui sozinha. Tá fazendo umas faxinas, tá se mantendo no albergue onde a gente conseguiu vaga pra ela. Daqui a pouco ela entra no abrigo, eu acho.

– Agora ela me disse que tem medo de ter uma recaída. Mas eu levantei a moral dela, disse que ela tava indo muito bem, pra ficar tranquila e que qualquer coisa ela podia vir falar conosco ou com o pessoal do CAPS AD, onde ela tem ido e está vinculada também.

– A Neusa quer virar estrela agora. Me disse que quer dar um depoimento na rádio ou na televisão.

– Pois é, ela me disse essa também. Mas agora ela precisa exercer a autonomia dela. Ela não tá mais morando na rua, tá indo no CAPS, faz uma faxina aqui e ali.

MEUS PENSAMENTOS

Em um mundo de invasões da vida privada, de espionagem estadunidense, de câmeras de vigilância espalhadas por quase todos os lugares, de *Google*, *Facebook* e outras redes que nos convidam a invadir e ser invadido, é quase natural adentrar a vida dos outros.

Mesmo contra a vontade e apoiados em uma lógica racional de que os que moram na rua são gente como a gente, imaginamos que essas pessoas não fazem planos para o futuro da mesma forma como os que têm teto. Imaginamos que eles – o povo da rua – não vão ficar muito tempo naquele lugar e que logo vão sentir necessidade de mudarem-se. Para viver desse jeito, há que aparar os desejos, quanto se bebe, quanto se fuma, quanto se come. Mesmo assim, fantasiemos sobre as agruras e as delícias do viver na rua, assim como sobre liberdades e coerções, nascer e pôr do sol, inverno e verão, e muitos outros binarismos que nossa cabeça cartesiana teima em supor...

Então, quando pensamos que um morador de rua pode negar a ajuda de entidades, serviços, ONGs, igreja, ficamos extasiados. Não entendemos como ele não vai querer ajuda, logo a “nossa”, que veio até ele com o maior respeito e boa vontade. Pois é, muitas vezes nos esquecemos que o morador de rua é um sujeito de direitos e não somente de deveres. Um sujeito que pode ou não querer tal ajuda, e nem por isso ele deve ser visto como um vagabundo ou um inconsequente. Pensei

sobre o assunto porque hoje um morador de rua me deixou de boca aberta durante uma das abordagens do Consultório na Rua.

Estávamos naquele mato com alguns barracos improvisados com restos de quase tudo que é possível: restos de construções abandonadas, de carros velhos, de casas, material reciclado, entre outros. O mato fica perto de uma vila que não é abastecida com água potável e que tem esgoto a céu aberto. O cheiro é um dos piores que conheci até agora. Entre barracos, materiais queimados e restos de todo tipo, homens e mulheres, jovens e adultos, consomem drogas, como álcool, cigarro, *crack* e maconha.

Dentre os usuários de drogas que estamos acostumados a encontrar, estava um homem que aparentava ter seus trinta e alguns anos, magro, com uma barba ameaçando ficar grisalha, com pouco mais de 1,70 m de altura. O homem estava fumando um cigarro barato, daqueles que a gente compra avulso no boteco da rua. No momento em que trocamos olhares, ele veio a mim com o dedo indicador levantado, dizendo:

– Quem são vocês para virem aqui e roubarem meus pensamentos? O que vieram fazer aqui?

– Somos da saúde –respondi a ele– e estamos aqui para ver se alguém precisa de ajuda, se a gente pode fazer algo...

– Pois eu não preciso de nada!

– Tudo bem, senhor...

– Não interessa meu nome. Só quero continuar aqui.

– Ok, tudo bem.

Interessantemente, alguns minutos depois, eu consegui conversar de forma breve com ele, que inclusive disse seu nome. Manoel. Em um primeiro momento, achei estranha a reação dele, visto que geralmente quem não quer falar conosco simplesmente nos ignora ou apenas diz que não precisa de nada. Mas a fala dele me fez pensar além. De fato, nenhuma pessoa em situação de rua é obrigada a nos receber e ser atendida por nós. Parece óbvio, mas, na correria do trabalho e nas cobranças da gestão, às vezes não percebemos que situações como o encontro com Manoel podem vir a acontecer no cotidiano das ruas.

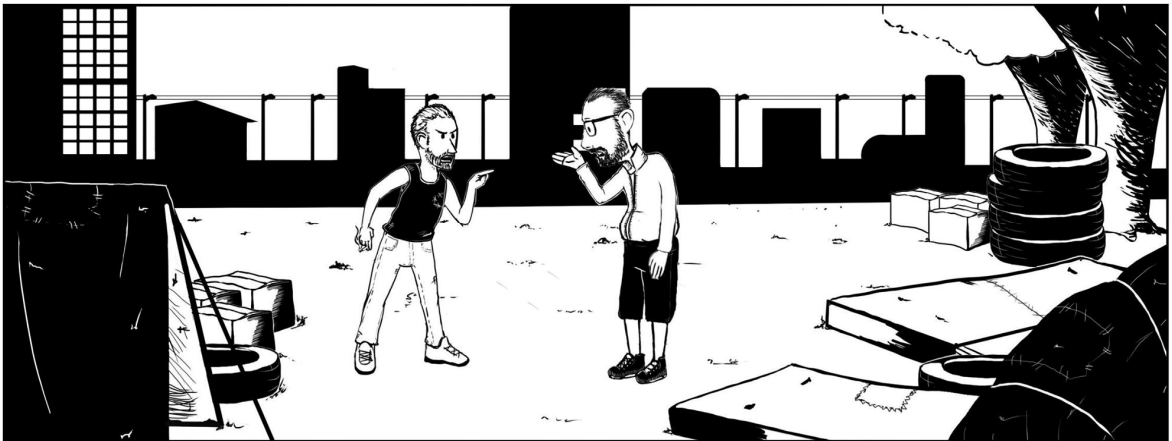


Figura 3– “Quem são vocês?”
 Fonte: Arquivo de Eduardo Porciúncula Rego, 2014

O CONDOMÍNIO DOS CANOS

Na entrada de uma das vilas de Porto Alegre, ficava o Condomínio dos Canos. Era lá onde eu vivia.

Os canos deviam ser ou da prefeitura, ou de alguma construtora. Não importa, agora o lugar já não existe mais. Ouvei dizer que os canos foram removidos de lá e muitos dos meus ex-vizinhos estão agora à procura de outro lugar para deitar o corpo, mesmo que por alguns minutos do dia ou da noite. Essa era a principal função dos canos: um lugar para deitar-se, para esconder-se. Claro que fazíamos outras coisas ali. Às vezes, aparecia alguém tomando uns goles de cachaça, comendo uma refeição, trocando de roupa, jogando conversa fora e por aí adiante.

Na falta de uma residência fixa, os canos foram improvisados por nós como casas. Eram vários canos. Eram varias as casas que se tinha por lá. Às vezes, dava uma sombra, às vezes aquilo era infestado de mosquitos. O cheiro não era dos melhores, por não ser um dos locais mais limpos da cidade. Em véspera de grandes festas, a polícia chegava e mandava todo mundo embora utilizando ameaças e repressão. Algumas pessoas nem esperavam a polícia, já iam embora antes para evitar possíveis conflitos.

Uma coisa que fazia falta –pelo menos para mim– era um varal. Mas o pessoal dizia que se a gente estendesse as roupas alguém poderia roubar ou ainda poderia deixar na cara que a gente estava morando nos canos. Mas eu me perguntava: e quem não sabe que tem gente dormindo aqui?

No condomínio dos canos, a gente não pagava nada. Em compensação, tinha que correr atrás de tudo. A noite era sempre um período tenso (isso quando não apagávamos de sono), pois era muito escuro e os canos não tinham portas de entrada nem de fundos. A gente tinha medo da violência, fosse da polícia, dos moradores da vila, dos moradores de rua ou de qualquer pessoa.

Ali sobrevivi alguns anos. Mas cansei. Hoje estou morando em uma nova vila que foi levantada há pouco tempo, também em Porto Alegre. Estou mais ou menos casada com um cara. Casada no modo de dizer, estamos é ajuntados. Ele diz que parou com todas suas atividades “ilícitas”, mas não sei não, volta e meia aparece alguma coisa diferente aqui em casa. Por enquanto estamos bem, apesar da minha desconfiança. Tive uma filha recentemente.

Hoje veio aqui o pessoal da saúde que visitava a gente nos canos. Eles acompanharam um pouco a minha gravidez e depois dessa eu pedi para as moças me tratem para eu não ter mais filhos. Dá muito trabalho ter um monte de filhos, ainda mais quando se ganha pouco. Eu vivo com alguns benefícios do governo e meus filhos maiores estão em alguns programas da assistência social também, mas logo vou começar a trabalhar. Não quero depender mais de fazer programa na faixa. Lá era muito arriscado e a gente podia pegar alguma doença mais grave.

Sinto falta de algumas amigas dos canos. Fico curiosa para saber como elas estão, se ainda moram na rua, se tiveram algum filho, se voltaram para a família, se estão de namorado novo, enfim. Mas, para os canos, não volto mais. Isso foi parte da minha história. Conheci pessoas boas e ruins, fiz algumas loucuras, algumas amizades... Mas agora me sinto melhor aqui, com namorado, filhos e um pouco mais de segurança, além do que aqui não tem tanto mosquito como tinha no condomínio dos canos...

PARTE II – O *MAKING OF*

Por que escrevi crônicas? Por que escolhi não expor os registros dos diários de campo tal qual foram escritos? Quais foram as referências utilizadas para embasar esse tipo de escrita em uma dissertação de mestrado? Essas e outras perguntas serão respondidas no decorrer de uma espécie de “*making of*”. O *making of* é a maneira utilizada por atores, músicos, roteiristas, pintores, fotógrafos, diretores, entre outros, para mostrar ao público como seus filmes, discos, *shows*, peças, ensaios fotográficos ou quadros foram feitos, ou seja, demonstrar o que aconteceu nos bastidores das produções, os registros de entrevistas ou os depoimentos dos envolvidos com a trama.

De antemão posso dizer que as crônicas urbanas são uma síntese das diversas situações vivenciadas e agenciadas durante os meses em que estive acompanhando trabalhadores de um Consultório na Rua (CnR) e pessoas em situação de rua na cidade de Porto Alegre. As histórias ajudam a constituir o mapa cartográfico desta dissertação, desenhado, escrito, pincelado por mim, em uma parceria com diversos sujeitos, em encontros intercessores (outros nem tanto) e agenciamentos coletivos. É importante antecipar que essas crônicas urbanas não são propriamente invenções em um sentido *stricto sensu*, produzidas somente pela minha imaginação, embora eu tenha tentado expressar minhas vivências pessoais no campo de uma forma mais leve e até mesmo utilizando elementos ficcionais literários, de modo a descrever os diversos encontros, diálogos, sujeitos e suas diferentes tensões, disputas e afetos experimentados nos territórios da pesquisa.

Na parte II, denominada *making of*, portanto, será explicado como cheguei ao CnR e aos moradores de rua, como produzi meus dados e de que forma eles foram transformados em crônicas.

1 FORÇANDO O PENSAMENTO



Figura 4– Ação da SMAS/RJ
Fonte: Envolverde, 2013

Para o filósofo francês Gilles Deleuze, o que nos força a pensar são os signos, objetos de um encontro que não é inerente a nós, e sim uma criação verdadeira: “a criação é a gênese do ato de pensar no próprio pensamento” (DELEUZE, 1987, p. 96). Nessa perspectiva, pensar é romper com a imobilidade a partir da força dos signos que movem o próprio pensamento que, por sua vez, explica, traduz e dá sentido aos signos (BILIBIO, 2009). Pensar é romper com a passividade, é deixar-se afetar por forças externas que te mobilizam, que te fazem querer interpretar e decifrar esses signos (VASCONCELOS, 2005).

Então, ao deparar-me com imagens como a da Figura 1, comecei a pensar: por que alguém, um agente público ou a serviço de um órgão público, estaria correndo dessa forma atrás de um morador de rua? Nota-se, na imagem, que o sujeito (“caçador”) não é policial, mas veste um uniforme da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) do Município do Rio de Janeiro, e que o morador de rua está aparentemente desarmado e não porta qualquer objeto em suas mãos. A imagem não é de uma perseguição policial, embora pareça, mas sim de uma das intervenções da Prefeitura do Rio de Janeiro nas regiões conhecidas como “cracolândias”. O sujeito a serviço da SMAS estava tentando prender o morador de rua pelo fato de o mesmo estar supostamente usando drogas no espaço público. Esse tipo de intervenção é conhecido como “recolhimento” e tem como parente muito próximo a internação compulsória. No Rio de Janeiro, já ocorreram mais de

dez operações⁸ de recolhimento como essa da Figura 1, tendo sido recolhidas cerca de 760 pessoas, entre as quais, 169 crianças entre os anos de 2010 e 2011 (NUSOL, 2011).

Tive acesso a essa imagem quando estava participando do 10º Congresso Internacional da Rede Unida⁹, realizado no Município do Rio de Janeiro em maio de 2012. No mesmo congresso, estive presente na tábua chamada “Os sinais que vêm da rua – Os sinais da rua – nova biopolítica?”, em que Emerson Merhy apresentou uma fala de contextualização das práticas fascistas do campo da saúde na atualidade – entre estas, as operações de recolhimento no Rio de Janeiro. Além disso, o professor e sanitarista argumentou sobre o quanto esse tipo de prática tem se constituído e tem feito parte de uma variedade de estratégias biopolíticas¹⁰ e de rejeição a alguns modos de vida.

Após ver a imagem da Figura 1 e escutar a fala de Merhy, coloquei-me no exercício de forçar o pensamento, pois havia me visto diante de um signo que de fato me afetou e mobilizou daquele momento em diante. Comecei a pensar em outras indagações e a realizar outros questionamentos a partir daqueles signos. Alguns desses questionamentos foram: Por quais motivos a população de rua tornou-se um problema para alguns setores da sociedade? Será que ela sempre foi um problema? O que estaria incomodando mais as autoridades: o fato de alguém viver na rua, o uso de drogas ou as questões estéticas da cidade? Quais os interesses e os mais interessados com a proposição de políticas de recolhimento? Quais outras políticas teríamos para acompanhar essa população (caso fosse realmente necessário acompanhá-la)? Nesse sentido, passei a ficar atento às notícias que falavam sobre o assunto e descobri que, em outros estados brasileiros, também havia práticas de recolhimento, porém com outro nome e com outros agentes envolvidos, mas todas com fins parecidos.

⁸ Como não tive acesso a dados mais atuais, apresentei os números dos anos de 2010 e 2011. Contudo, estima-se que podem ter sido realizadas mais de cem operações de recolhimento no Município do Rio de Janeiro até hoje.

⁹ A Associação Brasileira Rede Unida reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde e na consolidação de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social. A principal ideia força da Rede Unida é a proposta de parceria entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias. A cada dois anos a Rede Unida organiza seu congresso em nível nacional e internacional.

¹⁰ As discussões sobre biopolítica serão feitas nas partes III e IV da dissertação.

21/01/2013 - 08:22

enviar para amigo imprimir A A A

Em SP, internação compulsória de dependentes começa nesta segunda

G1

Curtir 0 Enviar Tweetar 0



Figura 5– Reportagem sobre as internações compulsórias em São Paulo
Fonte: Gazeta Online, 2013.

Na capital paulista, a estratégia para recolhimento de pessoas em situação de rua e usuárias de drogas foi a internação compulsória. O *modus operandi* era muito parecido com aquele praticado na capital carioca, contudo, em São Paulo, houve o acréscimo do setor saúde na composição das equipes que intervinham nas cracolândias. Ressurge também a figura das comunidades terapêuticas e das clínicas privadas para desintoxicação como locais indicados pelo governo como destino para moradores de rua e/ou usuários de drogas.

Em Porto Alegre – cidade onde ocorrem as crônicas urbanas–tramita, na Câmara de Vereadores, um projeto que prevê a criação de um sistema municipal de internações compulsórias, em parceria com entidades privadas e filantrópicas para receberem, em seus leitos, usuários de drogas que vivem nas ruas da capital gaúcha.

Em paralelo a esses projetos municipais e estaduais, em Brasília, o PL 7663/10, de Osmar Terra, foi aprovado na Câmara dos Deputados e agora segue no Senado como PLC 37/2013. O projeto dispõe sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduz circunstâncias qualificadoras dos crimes de uso e tráfico de drogas e define as condições de atenção aos usuários de drogas. No que diz respeito às condições de atenção aos usuários, a internação compulsória¹¹ (ou

¹¹ Contudo, é preciso ressaltar que o internamento compulsório não é uma prática inédita dos nossos tempos. Ao ler a obra “O Poder Psiquiátrico” (2006), de Michel Foucault, é possível localizar, na França, o internamento contra a vontade do sujeito a partir da Lei de 1838, em que as famílias

involuntária, como prefere chamar o deputado Osmar Terra) torna-se referência no atendimento, podendo ser a porta de entrada das pessoas na rede de serviços de saúde. Ainda sobre a questão do internamento/recolhimento, é preciso dizer que, no Brasil, a internação compulsória já está prevista em lei, de acordo com Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001), em que constam três tipos de internação: I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

O PLC 37/2013 pretende flexibilizar essa modalidade de internação compulsória trazida na Lei 10.216/2001¹², de modo que ela seja determinada não mais no âmbito jurídico e sim pela corporação médica, pois a alegação dos setores que defendem tal proposta é de que a vigente forma de internar é mais burocrática e lenta, além de não considerar a determinação médica. A preocupação daqueles que se posicionam contra o atual projeto de lei é de que, na Lei da Reforma Psiquiátrica, a internação compulsória vem como última estratégia de intervenção – que deve ser utilizada somente quando todas as demais estratégias não tenham surtido efeito terapêutico para o usuário– enquanto a proposta que tramita agora não faz essa distinção. Sendo assim, a internação compulsória pode passar de última para primeira opção de tratamento, constituindo a porta de entrada do usuário na rede de serviços, antes de qualquer outro tipo de intervenção. O PLC ainda preconiza que os programas de atenção aos usuários de drogas devem visar à abstinência, de modo a negar qualquer outro tipo de perspectiva de trabalho clínico. No caso dos programas de reinserção previstos no projeto, o usuário que estiver sob suspeita de uso de drogas será excluído dos mesmos.

poderiam judicialmente pedir a interdição de um familiar. A interdição era um procedimento jurídico, que devia ser pedido pela família para que depois um juiz decidisse sobre esse pedido familiar. Esse procedimento tinha por “efeito jurídico transferir os direitos civis do indivíduo interditado a um conselho de família e fazia o alienado cair sob o regime da curatela” (FOUCAULT, 2006, p. 119). Além da interdição, Foucault fala sobre o internamento, política que vem após a interdição e que, com isso, diminuía o papel da família na decisão sobre a vida do sujeito. A Lei de 1838 da França, para Foucault, consistia em fazer o internamento passar por cima da interdição e prevalecer o poder científico-estatal sobre o poder familiar (já que quem pede e decide o internamento por essa lei é um médico). Naquele momento, o louco passava a ser adversário social, um perigo para a sociedade e não mais um indivíduo que põe em risco os direitos, riquezas e privilégios de uma família (*ibidem*). Essa representação do louco na França do século XIX pode ser considerada como análoga à que se tem hoje sobre o usuário de drogas, que passa a ser o “novo perigo” para população e, por isso, “necessita” de uma intervenção jurídica e estatal para ser retirado do convívio social.

¹² Essa lei busca dismantellar o aparato asilar no país, baseado em internações involuntárias, sendo a maior parte dessas custeadas pelo governo por financiamento em instituições privadas. Ela ainda prevê a extinção dos hospitais psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos (SILVA, 2005; PINTO; FERREIRA, 2010).

Portanto, existe algo que vem se repetindo nos últimos anos. Algo que merece ser investigado de diferentes formas, por justamente mobilizar tanto as pessoas, por gerar disputas (no meio acadêmico, político, no interior de diferentes instituições), processos de inclusão e exclusão. As ações policiais nas cracolândias e o investimento público destinado à compra de leitos para desintoxicação no setor privado e filantrópico são estratégias que vêm movimentando posições antagônicas, seja para buscar na ciência ou na política justificativas para defendê-las, seja para criar estratégias de resistência tanto no âmbito político, institucional e social quanto no campo micropolítico. A partir do conhecimento das discussões e dos diferentes posicionamentos em relação às operações de recolhimento e internação compulsória em massa, passei a vislumbrar um terreno fértil para ser investigado na caminhada do curso de mestrado.

Como investigar tal terreno? De onde partir para pesquisar sobre os impactos e os efeitos das políticas de recolhimento na vida de moradores de rua e de trabalhadores que lidam com essa população na cidade de Porto Alegre? Foi nas palavras do personagem de Rubem Fonseca, o andarilho Augusto, que encontrei uma das primeiras pistas para dar conta dessa demanda que impus a mim neste curso de mestrado.

Augusto, o andarilho, cujo nome verdadeiro é Epifânio (...) acredita que ao caminhar pensa melhor, encontra soluções para os problemas; solviturambulando, diz para seus botões (...) agora ele é escritor e andarilho (...) ele caminha pelas ruas (...) em suas andanças pelo centro da cidade, desde que começou a escrever o livro, Augusto olha com atenção tudo o que pode ser visto, fachadas, telhados, portas, janelas, cartazes pregados nas paredes, letreiros comerciais luminosos ou não, buracos nas calçadas, latas de lixo, bueiros, o chão que pisa, passarinhos bebendo água nas poças, veículos e principalmente pessoas

(A arte de andar pelas ruas do Rio de Janeiro, de Rubem Fonseca)

Se os conflitos, as tensões e as disputas por espaço estão ocorrendo na cidade, é preciso ir a um lugar privilegiado para analisar tais efeitos e impactos. Augusto foi caminhar pelas ruas para escrever um livro, eu, para escrever uma dissertação de mestrado.

Decidido a realizar uma pesquisa de campo, fui atrás de minha segunda pista: buscar um serviço de saúde que atendesse à população de rua. Naquele momento de busca, lembrei-me que, no mesmo congresso da Rede Unida em

que escutei a fala de Émerson Merhy a respeito das práticas higienistas no campo da saúde (relatado na página 44), conheci o trabalho de uma equipe de CnR da cidade de Porto Alegre. Portanto, ao decidir escrever sobre tal tema, entrei em contato com essa equipe, que me acolheu durante parte do verão e do outono de 2013.

Durante cinco meses de participação nas rotinas da equipe, mais signos foram surgindo na medida em que conversava com os moradores de rua, com os trabalhadores daquela e de outras equipes de saúde, no envolvimento político com outros coletivos, etc. As crônicas que apresentei na parte I da presente dissertação são narrativas literárias dos encontros que ocorreram nesses cinco meses. Elas não são uma obra de ficção, mas, sim, uma tentativa de produção literária baseada em situações – conversas, reuniões, encontros, assembleias, abordagens na rua – reais. O Consultório na Rua tornou-se, durante o processo de pesquisa, mais um signo que mobilizou o meu pensamento. Ao acompanhar o serviço, deparei-me com diversas dúvidas e incertezas que me motivaram a pensar não só nas políticas de recolhimento, mas também nos modos como o Consultório na Rua se inseria no cenário das ruas, como ocupava os espaços da cidade e como se relacionava com os moradores de rua.

Dedico as páginas do próximo capítulo para explicar com mais detalhes sobre as perguntas, os caminhos trilhados, os territórios habitados, a equipe do CnR e as pessoas em situação de rua que participaram da minha pesquisa.

2 DOS ENCONTROS E PRODUÇÕES

2.1 A PRODUÇÃO DE PERGUNTAS E OS ENCONTROS INTERCESSORES

*No meio de uma guerra civil
 O luar na janela
 Não deixava a baronesa dormir
 A voz da voz de Caruso
 Ecoava no teatro vazio
 Aqui nessa hora é que ele nasceu
 Segundo o que contaram pra mim
 Joaquim era o mais novo
 Antes dele havia seis irmãos
 Cresceu o filho bizarro
 Com o bizarro dom da invenção
 Louco, Joquimlouco
 (“J Joaquim”, de Vitor Ramil)*

Ao ingressar na equipe de CnR – a qual passarei a chamar de Joaquim¹³ – ainda não tinha certeza a respeito dos meus objetivos e das minhas questões de pesquisa. Quando alguém da equipe me perguntava “*Mas o que tu vais pesquisar mesmo?*”, eu respondia com voz baixa, com uma risada leve, do tipo que quer falar algo para não ser compreendido pelos outros. A minha vontade era simplesmente poder dizer aos trabalhadores que eu desejava “*ver como funciona um CnR*”. Contudo, essa pergunta parecia simples demais para uma pesquisa de mestrado.

Então preferi dar tempo ao tempo, conhecer melhor o serviço, suas rotinas, as ideias, os conflitos, as tensões e os afetos que permeavam o interior de Joaquim. Além disso, esperei pelas idas a campo para fazer as abordagens de rua com os moradores de rua, pois pensava que, no encontro com esses sujeitos, eu poderia ampliar minhas possibilidades de pesquisa.

As primeiras questões que fui constituindo a partir do trabalho de campo diziam respeito aos modos de ocupação da cidade por parte dos moradores de rua e dos trabalhadores da equipe Joaquim. Elas despertavam em mim um interesse em descrever como eram diferentes as imagens de uma abordagem do CnR em comparação às imagens de uma operação de recolhimento e internação compulsória nas cracolândias. Passei a buscar reportagens, filmes, vídeos e artigos científicos que abordassem essa diferença entre a ação de um serviço de saúde que vai às ruas para atender às pessoas interessadas e as ações do tipo policiaiscas,

¹³ Tal nome é inspirado na música “J Joaquim”, de Vitor Ramil <http://letras.mus.br/vitor-ramil/249958/>

que iam a determinados locais da cidade para prender e internar pessoas contra sua vontade.

Na medida em que fui construindo um certo banco de dados e fui passando mais tempo com a equipe Joquim, colhi mais uma pista para auxiliar-me na construção do mapa da dissertação. A pista a que me refiro foi sugerida por Andreia Zanella (2013, p. 17-18) ao referir-se sobre os olhares do pesquisador a respeito de um determinado tema/assunto: “olhar para o que está posto e ao mesmo tempo para o que se anuncia como realidade instituinte, a projetar cenários difusos que, mais que antecipados, precisam se constituir como foco de complexas problematizações”.

A partir da pista indicada por Zanella, comecei a investigar o serviço CnR como uma realidade instituinte diante do cenário político e acadêmico em torno das práticas de tratamento para pessoas em situação de rua e usuários de drogas. Decidi que o foco principal não seria somente a ocupação dos espaços da cidade, pois, ao olhar o que está posto, mais elementos emergem, outras disputas e tensões, outras resistências e movimentos começam a despertar o meu interesse problematizador.

Com tantos elementos e possibilidades, ficava mais difícil constituir uma questão central de trabalho. Entretanto, não medi esforços para conseguir estabelecer algumas perguntas que me guiassem no trabalho de campo de maneira a não perder o foco nas análises e problematizações, assim como não atrapalhar o cotidiano da equipe Joquim. Como resultado dos meus esforços, construí a seguinte questão/problema central da minha pesquisa de mestrado junto a uma equipe de CnR da cidade de Porto Alegre:

- Como um Consultório na Rua (CnR) tem se relacionado com os moradores de rua frente às atuais discussões sobre as políticas públicas para população em situação de rua no Brasil?

Dessa questão principal, desdobram-se mais três questões:

a) Quais clínicas são praticadas pela equipe do CnR?

b) Como tem ocorrido a participação e a in/exclusão dos moradores de rua nos serviços de saúde?

c) De quais formas a sociedade vem lidando com a população em situação de rua na cidade?

Ratifico o fato de que essas perguntas foram construídas durante as primeiras semanas de inserção e participação nas abordagens de rua da equipe

Joquim. Não conseguiria produzir essas questões, tampouco escrever as crônicas urbanas, sem o compartilhamento do campo de pesquisa com os trabalhadores, com as pessoas em situação de rua e demais sujeitos que, de alguma forma, estiveram presentes durante as abordagens nas ruas de Porto Alegre. Foi nos afetos, suspeitas, protestos, indagações, dúvidas, encontros e desencontros acumulados que consegui compor tais perguntas durante os primeiros meses da pesquisa de campo.

Atribuo, a esses encontros potencializados pelo trabalho de campo, o caráter de intercessores, uma vez que nós (eu, trabalhadores, moradores de rua e outros sujeitos) fomos afetados mutuamente, possibilitando a criação das crônicas e das demais discussões desta dissertação. Vasconcellos (2005, p. 1223), ao analisar os intercessores na obra de Deleuze, coloca que “os intercessores são quaisquer encontros que fazem com que o pensamento saia de sua imobilidade natural, de seu estupor. Sem os intercessores não há criação. Sem eles não há pensamento”. E, nas palavras de Deleuze (1988, p. 156):

O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Podem ser pessoas – para um cientista, filósofos ou artistas – mas também coisas, plantas, até animais, como em Castañeda. Fictícios ou reais, animados ou inanimados, é preciso fabricar seus próprios intercessores.

Para ir ao encontro desses intercessores e de respostas às perguntas da pesquisa, foi preciso seguir uma dica preciosa do viajante Marco Polo, na obra “As Cidades Invisíveis”, de Ítalo Calvino:

“as cidades, como os sonhos, são construídas por desejos e medos, ainda que o fio condutor de seu discurso seja secreto, que as suas regras sejam absurdas, as suas perspectivas enganosas, e que todas as coisas escondam uma outra coisa (...) as cidades também acreditam ser obra da mente ou do acaso, mas nem um nem o outro bastam para sustentar as suas muralhas. De uma cidade, não aproveitamos as suas sete ou setenta e sete maravilhas, mas a resposta que dá às nossas perguntas”

Ir à cidade encontrar as respostas para minhas perguntas! Investigar e entender os medos e desejos das pessoas que constroem a cidade e as imagens de determinados grupos que habitam os territórios urbanos. Ir à cidade não em busca

de suas maravilhas, mas de respostas, de novas perguntas, de problemas e de resistências. Por fim (ou por meio), ir ao encontro dos intercessores.

Contudo, para ir à cidade e deparar-me com os intercessores, era necessário definir um meio para registrar essas andanças, essas conversas. Era preciso incorporar um método de investigação capaz de mapear, costurar, desenhar, pintar os achados do campo empírico. Chego a pensar algo que alguns autores já chamaram atenção, trata-se de uma sensação de que não escolhemos o método, ele nos escolhe, acolhe, envolve. Então me encontro com a cartografia enquanto método e possibilidade de fazer variadas conexões, seguir distintos fluxos, aproveitar diferentes referenciais, criar perguntas e problematizações sobre aquilo que estava vivenciando no campo de pesquisa.

2.2 O ENCONTRO COM A CARTOGRAFIA

Meu primeiro encontro com o método da cartografia foi anterior à experiência do mestrado. Ele ocorreu na época em que era residente em saúde mental do programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (RIMS/UFRGS). Nas aulas sobre análise institucional, foi apresentado o conceito de rizoma, presente na obra de Deleuze e Guattari (1995), enquanto um dispositivo para análise e produção da realidade, de modo a opor-se ao pensamento único e enraizado. Rizoma como $(n - 1)$, sendo o 1 a totalidade e os modelos totalitários de explicar a realidade. O rizoma opera por fluxos de intensidades, linhas de fugas, de encontro e desencontro, repetição e diferença, tensão e harmonia, instituído e instituinte.

Deleuze e Guattari explicam a cartografia como um dos princípios do rizoma, pois se trata de uma possibilidade de mapear forças, encontros, linhas e fluxos de uma maneira em que se possam conectar essas intensidades umas às outras sob as dimensões do mapa – enquanto uma experimentação ancorada no real, e não somente a reprodução de algo –, entrando por diferentes lados, de forma a rejeitar centralizações, enraizamentos e promover mudanças e reconstruções constantes. Ou, como dizem Streppel e Palombini (2011, p. 515), “[a cartografia] é como a produção mapeando-se a si mesma, o produtor incluindo-se no mapa a partir da libertação de suas singularidades, impessoalizando-se e entregando-se completamente às forças em movimento”. Virginia Kastrup (2010) acrescenta que um

dos objetivos da cartografia¹⁴ visa acompanhar processos, e não representar um objeto estático, imóvel e dissociado do cartógrafo.

Partindo dessas contribuições, incorporei algumas pistas da cartografia em minha pesquisa de campo, em meus escritos e nos registros de “viagem”. A primeira pista foi compreender minha ida a campo como uma pesquisa-intervenção, realizada mediante regras mais flexíveis e adaptáveis de acordo com a realidade encontrada, por entender que, ao deparar-se com o campo no decorrer da pesquisa, podem emergir novas demandas, perguntas, afazeres (PASSOS; BARROS, 2010). A intervenção a que me refiro diz respeito não só ao pesquisador, mas sim ao plano coletivo que se faz presente na pesquisa. A intervenção ocorre entre os envolvidos, pesquisador, trabalhadores do consultório e moradores de rua. “A intervenção como método indica o trabalho da análise das implicações coletivas, sempre locais e concretas” (PASSOS; BARROS, 2010, p. 19). No caminhar, traçam-se também intervenções, tanto pesquisador-campo quanto campo-pesquisador.

Neste caso, um dos desafios da pesquisa de campo assumidos por mim foi o de deslocar a versão tradicional de método como um caminhar para alcançar metas pré-fixadas (*méta-hodos*) para construir as metas, os objetivos e os planos durante o caminhar no campo (*hodos-méta*), ou seja, não ir com um mapa pronto a campo, mas construí-lo no caminhar (*ibidem*).

A atenção é outra pista que adotei em minha pesquisa. Para Kastrup (2010, p. 38), “no caso da cartografia, a mera presença no campo da pesquisa expõe o cartógrafo a inúmeros elementos salientes, que parecem convocar atenção”. Foi necessário estar atento no trabalho de campo porque os territórios visitados eram pouco ou quase nada habitados por mim. Praticamente tudo era novo. No início, apenas os elementos “gritantes” despertavam minha atenção, como a presença coerciva de policiais em alguns lugares de abordagem; homens e mulheres usando *crack* na presença da equipe do CnR; terrenos baldios entupidos de lixo e calça sendo habitados por muitas pessoas; transeuntes xingando os moradores de rua e, por vezes, a própria figura do CnR, entre outros. Somente com o passar do tempo fui sentindo-me mais tranquilo a ponto de conseguir atentar às demandas necessárias para a investigação e pude voltar-me para outros acontecimentos

¹⁴ Diferente de outros métodos, a cartografia não se constitui enquanto método único, com forma e conteúdo universal, aplicado de maneira semelhante em diferentes tipos de pesquisa. A cartografia que utilizo no presente trabalho está ancorada nas teorizações e formulações do campo da psicologia social e institucional.

através das conversas e dos gestos dos moradores de rua e dos trabalhadores da equipe Joquim.

As conversas com os moradores de rua e trabalhadores, as reuniões de equipe, entre equipes, as descrições dos lugares visitados, minhas percepções sobre as vivências de cada dia, as lembranças, as suspeitas e as perguntas foram sendo registradas sob a forma de diários de campo. Esses diários foram produzidos em dois momentos: (a) durante as abordagens realizadas pelo CnR e (b) em momento subsequente à observação dessas atividades.

Nos diários de campo, foram escritas, reescritas e talvez descritas as idas e vindas das abordagens do CnR Joquim junto à população de rua. Procurei compor um conjunto de fragmentos de imagens que me vinham à cabeça das partidas de futebol na praça, das conversas com os moradores de rua, dos cafés da tarde, de reuniões de equipe, da distribuição de preservativos, do acompanhamento de usuários até outros serviços de saúde ou da assistência social, das falas de transeuntes e dos diálogos com os trabalhadores de Joquim. Também me preocupei em registrar os processos de escolha dos locais a serem visitados pela equipe, como eram os locais e qual a relação dos moradores e da equipe com determinado local.

Ao final dos cinco meses de pesquisa de campo, escrevi 95 páginas de diários de campo, posteriormente (re)escritas sob a forma de crônicas¹⁵. Algumas mais curtas, outras mais detalhadas, com mais diálogos, mais introspectivas, enfim. É importante dizer que as crônicas não tiveram a intenção de descrever ou representar um objeto. As crônicas construídas através e após os escritos dos diários de campo (e narradas por diferentes sujeitos: trabalhadores, residentes, estagiários, moradores de rua, observadores) refletem uma série de agenciamentos potencializados pela pesquisa de campo. Para tais agenciamentos, optei em trazer uma escrita mais livre, mas não menos compromissada, não menos implicada com o tema. Do meu ponto de vista, as crônicas constituíram-se em uma alternativa para

¹⁵“A leitura dos jornais impressos brasileiros mostra que a maior parte das notícias é construída com base nos princípios da objetividade e imparcialidade das informações. Ocorre que existe um gênero textual que possibilita, justamente, uma outra forma de se narrar os fatos cotidianos. Nesse sentido surge a Crônica: um gênero híbrido, uma intersecção entre o Jornalismo e a Literatura” (TUZINO, 2009). Para Rosseti e Vargas (2006, p.8- 9) “podemos dizer que existiram dois modos de se fazer crônica. O mais primitivo, e ainda atuante em alguns países, é a crônica no tempo linear e ordenado historicamente pela justaposição dos acontecimentos. O segundo modo de se fazer crônica é em um tempo criador que reinventa os fatos para narrá-los de forma poética, para traduzir verdades que a mera reprodução dos fatos não poderia expressar”.

que eu não caísse em uma lógica mais linear; através delas, pude expor, de uma forma menos acadêmica, as realidades, tensões, disputas, implicações, ativismos, afetos, repetições, descontinuidades, atos solidários e os próprios questionamentos do pesquisador que se fizeram presentes na pesquisa de campo, constituindo-se um mapa de diversos fluxos de intensidades. As crônicas também cumprem aqui um papel de apresentar os dados produzidos (na cartografia, não há coleta de dados, e sim produção de dados) de uma maneira diferente, nem melhor, nem pior que as demais, apenas diferente.

Aliado aos diários de campo, também fui coletando outras fontes para análise e construção das crônicas, como imagens, músicas, filmes, reportagens, que me ajudariam a desenhar os mapas cartográficos que deram forma e efeito a esta dissertação de mestrado, buscando dar a ela a cara de uma bricolagem. A bricolagem, produto do pesquisador *bricoleur*, também pode ser representada pela imagem da colcha de retalhos (um conjunto de imagens e de representações mutáveis, interligadas), como uma sequência de representações que ligam as partes ao todo, embora sem a intenção de totalizar algo, deixar fechado (DENZIN; LINCOLN, 2006). Associada à figura do cartógrafo, também assumi, no decorrer do processo de pesquisa, o papel do *bricoleur*, reunindo pedaços, diferentes ferramentas teóricas, estéticas, além de materiais empíricos. Para Denzin e Lincoln (2006), o *bricoleur* se constitui como um confeccionador de colchas, o qual, havendo a necessidade de inventar ou reunir novas ferramentas ou técnicas, assim ele o fará. As opções de práticas interpretativas e metodológicas a serem utilizadas não são necessariamente definidas *a priori* (DENZIN; LINCOLN, 2006). Para esses autores:

O *bricoleur* metodológico é um perito na execução de diversas tarefas, que variam desde a entrevista até uma auto-reflexão e introspecção intensivas. O *bricoleur* teórico lê muito e é bem-informado a respeito dos diversos paradigmas interpretativos (feminismo, marxismo, estudos culturais, construtivismo, teoria *queer*) que podem ser trazidos para um determinado problema (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 20).

Recolho dos autores não a ideia de perito, o que certamente não sou, mas de alguém que é um pesquisador iniciante e que, talvez por isso mesmo, autorize-se a ousar e transgredir as fronteiras disciplinares, que amarram e cristalizam o fazer da pesquisa e seus resultados.

2.3 OS PARTICIPANTES DA CARTOGRAFIA

*Muito cedo
 Ele foi expulso de alguns colégios
 E jurou: "Nessa lama eu não me afundo mais"
 Reformou uma pequena oficina
 Com a grana que ganhara
 Vendendo velhas invenções
 Levou pra lá seus livros, seus projetos
 Sua cama e muitas roupas de lã
 Sempre com frio, fazia de tudo
 Pra matar esse inimigo invisível
 ("Joquim", de Vítor Ramil)*

Aqui falarei brevemente sobre os “meus parceiros” de pesquisa, sobre os outros participantes da cartografia e das crônicas urbanas.

De uma forma geral, os fatores que me levaram a escolher o CnR Joquim como locus da pesquisa tiveram relação com as produções do serviço a que tive contato previamente, como nas távolas e apresentações de trabalho no Congresso da Rede Unida de 2012. Eu poderia fazer uma pesquisa somente com a população de rua, mas preferi olhar a situação a partir do setor saúde, a fim de problematizar a inserção dos serviços públicos de saúde no contexto dos moradores de rua em meio ao período conflituoso, *no meio de uma guerra civil*, de ações de internamento compulsório e recolhimento de pessoas. Ao conhecer minimamente o trabalho do CnR Joquim, pensei que teria ali, com aquele *filho bizarro e seu bizarro dom de invenção*, um terreno fértil de problematizações e de possibilidades de enfrentamento aodiscurso instituído das internações e dos recolhimentos, que insistem em desvalorizar e criminalizar as condutas da população em situação de rua.

A aproximação ao CnR também me proporcionaria (e de fato me proporcionou) conhecer e dialogar com diferentes pessoas em situação de rua, a fim de colher e entender os posicionamentos e relatos dessa população que faz da cidade o seu habitat, a sua moradia, o seu “ganha pão”. Outro elemento que me fez procurar o serviço foi o fato de ser uma equipenova do ponto de vista temporal e, por isso, com poucas investigações finalizadas.

Contatei a equipe do CnR por telefone e, posteriormente, por *e-mail*, quando enviei um pequeno projeto da minha pesquisa a eles. Recebi o “ok” através de um dos trabalhadores da equipe e combinamos de iniciar a pesquisa mediante um encontro prévio com o restante da equipe. Dessa forma vou ao encontro do CnR.

Entro em uma casa e, ao descer suas escadas, chego *em uma pequena oficina, com livros, projetos e algumas roupas de lã*. Ali ficava o CnR Joquim. No primeiro encontro, estabelecemos algumas combinações para a realização da pesquisa junto à equipe e aos usuários do CnR. A primeira delas foi o tempo de permanência no serviço e a quantidade de dias da semana nos quais me faria presente. Inicialmente, combinamos seis turnos por semana em um período de três a quatro meses. Contudo, com o passar das semanas, o desenho inicial foi modificando-se de acordo com as minhas demandas e com as do serviço, o que nos levou a “esticar”, de quatro para cinco meses, o tempo de permanência dentro da equipe. Ao mesmo tempo, também encurtei meus turnos na semana, de seis para quatro, sendo um desses dedicado para a reunião semanal de equipe.

Uma das questões que me recordo, no momento das combinações para a realização da pesquisa de campo, era a preocupação da equipe com a maneira como eu iria me movimentar nas abordagens junto aos usuários. Inicialmente, não imaginava que iria fazer clínica, contudo, ao escutar os relatos da equipe sobre as abordagens, repensei minha inserção. Um dos trabalhadores também comentou que a equipe gostaria de ter mais um parceiro na abordagem em vez de um simples observador. Então passei a, literalmente, vestir a camisa do CnR! A equipe ia para as abordagens vestindo um colete com vários bolsos e com a identificação institucional, fato importante para os trabalhadores, pois o uniforme com a identificação do serviço ajuda a diferenciá-los de policiais. Nos bolsos, levávamos preservativos, blocos e canetas para anotações, bem como cartões do CnR Joquim. Alguns membros da equipe levavam luvas e álcool gel também.

Para ir aos locais de abordagem, usávamos uma Kombi. Nela levávamos diferentes materiais, como seringas, gazes, esparadrapos, água potável, lanches, material esportivo, preservativos e outras “especiarias” (pomada, colírio, etc.) da saúde que pudessem ser necessárias durante alguma abordagem.

Nas abordagens, combinamos que eu seria mais um membro, um colega da equipe e, por isso, deveria participar das intervenções com os usuários do serviço, tomando os mesmos cuidados éticos do restante da equipe. Nas primeiras intervenções, confesso que sentia uma série de receios, pois não desejava atrapalhar ou prejudicar as abordagens da equipe com a população de rua. Seria um fiasco se o pesquisador compromettesse o trabalho de anos do CnR Joquim, não seria? Felizmente, na maioria das vezes, consegui participar das mais diversas

atividades da equipe com os moradores de rua sem prejudicar o trabalho. Durante as abordagens, participei de partidas de futebol com os moradores de rua, distribuí preservativos, acompanhei usuários em outros serviços de saúde, preenchi a planilha de campo, fiz acolhimentos e escutas de pessoas. Também participei das reuniões de equipe, que aconteciam semanalmente no próprio consultório.

Para fins de cuidados éticos, preservo dados que permitam identificar o CnR Joquim e a equipe de trabalhadores, residentes e estagiários que atuaram no serviço durante a minha pesquisa de campo. No entanto, posso dizer que é um serviço público que compõe a rede de serviços da atenção básica da cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. A equipe é composta por homens e mulheres, trabalhadores, residentes e estagiários, de diferentes núcleos profissionais – Enfermagem, Educação Física, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Saúde Coletiva, Psicologia. A equipe fixa do consultório (sem estagiários e residentes) não é numerosa, por isso uma das reivindicações dos trabalhadores é a inclusão de mais pessoas à equipe atual a fim de expandir e qualificar as abordagens com os moradores de rua.

Também preservo no trabalho a identidade das pessoas em situação de rua que participaram desta pesquisa, assim como julguei mais ético manter os lugares de abordagem no anonimato, já que, após aprovada, esta dissertação será divulgada de forma pública e, por isso, preferi não expor e não marcar as pessoas e os locais onde elas mais frequentam, entendendo que isso pode ajudar a preservar seu direito de não serem identificadas.

Entre as pessoas que conheci¹⁶ vivenciando a situação de rua em diferentes praças, avenidas, matos, zonas de prostituição e construções abandonadas, estavam homens e mulheres, indivíduos desempregados, catadores de lixo reciclável, andarilhos e mendigos. Alguns pais e algumas mães. Usuários e não usuários de drogas. Pessoas com ou sem família. Pessoas com algum ou nenhum grau de escolaridade. Mulheres grávidas. Homens em conflito com a lei ou com o antigo bairro ou mesmo com a própria família.

Parte desses sujeitos mantém-se na rua por meio de trabalhos informais, como guardar/cuidar/lavar carros, serviços na área da construção civil, prostituição,

¹⁶ Além da equipe do consultório e das pessoas em situação de rua, outros sujeitos vieram a fazer parte deste trabalho. Foram políticos, transeuntes, jovens, comerciantes e trabalhadores de outros serviços. Mantive o mesmo tratamento para com os demais e preservei identidades, nomes e locais de trabalho dessas pessoas.

serralheria, carpintaria, limpeza/faxina de locais privados. Outro detalhe é que nem todas as pessoas atendidas pelo CnR Joquim moram de fato na rua. Algumas delas mesclam períodos em que vivem somente na rua e em que vivem na casa de amigos ou parentes. Ainda há os sujeitos que passam somente uma parte do dia ou da semana na rua – havia usuários do CnR que também dormiam no local de trabalho, na casa da família ou de outros parentes, em casas improvisadas, entre outros locais.

Sem a participação, a paciência e a acolhida da equipe do CnR Joquim e das pessoas em situação de rua, esta cartografia certamente ficaria muito limitada, pois perderia a riqueza, os conflitos e a sensibilidade das conversas, das abordagens na rua e da convivência que foi possibilitada por essas parcerias durante a caminhada do curso de mestrado.

2.4 SOBRE OS REFERENCIAIS E AS ANÁLISES

Com relação às ferramentas teóricas e metodológicas utilizadas para pensar sobre as experiências vividas na pesquisa de campo, busquei estabelecer alguns diálogos com as elaborações de Michel Foucault, Gilles Deleuze e Félix Guattari, assim como de autores do campo da saúde coletiva, como Émerson Elias Merhy, Antônio Lancetti, Sandra Caponi e outros. Para além dessas referências, utilizei também textos literários e reportagens para auxiliarem a repertoriar a tessitura da escrita.

No que diz respeito ao trato analítico da pesquisa, em uma cartografia não se trabalha com a noção de “coleta de dados” da pesquisa, mas de produção, colheita de dados, de pensar e problematizar os efeitos gerados pela pesquisa intervenção (BARROS; BARROS, 2013).

O que mobiliza a análise cartográfica, portanto, são os problemas, as perguntas suscitadas durante a pesquisa intervenção. Dessa forma, é um problema que o método cartográfico se volta e o seu resultado é a multiplicação de sentidos e a inauguração de novos problemas, novas questões (*ibidem*).

Nesse sentido, opere minhas análises baseadas na minha implicação com o campo de pesquisa, borrando os preceitos de neutralidade analítica, assumindo o compromisso de dar visibilidade às relações que constituem as realidades nas quais estive envolvido.

Produzir dados, criar problemas, dar visibilidade a diversas relações que constituem um dado rizoma, colocando em diálogo outros autores com os materiais empreendidos em campo; foi dessa forma que constituí minhas ferramentas cartográficas de análise, as quais podem ser vistas em um primeiro momento nas crônicas e, em um segundo momento, nos próximos capítulos.

Este trabalho está posicionado dentro do Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Químicas da Vida e da Saúde, na linha de pesquisa “Educação científica: implicações das práticas científicas na constituição dos sujeitos”. Tal linha agrega os trabalhos que investigam os efeitos das práticas sociais processadas em diferentes instâncias, visando compreender como os discursos e as práticas atuam na produção de "verdades" e de sujeitos.

Antes de seguir para a próxima parte desta dissertação, é preciso situar o leitor de que esta pesquisa foi pactuada previamente com a equipe do CnR Joquim e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG)¹⁷. Em tempo, os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

¹⁷ Projeto inscrito sob o número 23116.000555/2013-82. Parecer de aprovação n. 025/2013.

PARTE III: OS CONTEXTOS

3 OS CONTEXTOS

No primeiro capítulo da presente dissertação, apresentei um breve contexto a respeito dos projetos políticos que tem visado ao recolhimento e ao internamento compulsório de usuários de drogas em situação de rua. A partir da apresentação, exponho como emergem as minhas dúvidas e os meus problemas de pesquisa, para depois expor mais especificamente as minhas questões centrais de trabalho e as minhas escolhas metodológicas.

Nesta parte III do meu texto, abordo, com mais calma e detalhamento, o contexto político, econômico, acadêmico e social que permeia minha investigação. Quais interesses estão envolvidos nas internações compulsórias? Quais são os argumentos contra e a favor? Como sujeitos e coletivos têm resistido às ações de recolhimento de moradores de rua? De que maneira emerge o Consultório na Rua enquanto política pública? Como a população em situação de rua tem se movimentado e resistido a diferentes políticas que visam higienizar o ambiente urbano? Ao contextualizar para o leitor o cenário em que me inseri durante a pesquisa de campo no mestrado, minha intenção é poder responder e levantar novas suspeitas sobre as perguntas que coloco em suspenso.

3.1 A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E OS NOVOS *BLADE RUNNERS*

Nos últimos anos, temos sido invadidos, através da mídia, por uma série de notícias que destacam o aumento da criminalidade e a necessidade de medidas duras para sua contenção. Programas televisivos em formato de revistas mostram as perseguições policiais, as ocupações militares e seus correlatos, veiculam, com veemência, traficantes fugindo e cracolândias infestadas de pessoas sem rumo. É a partir desse cenário que é construída uma retórica de guerra ao crime, que justifica as arbitrariedades, o medo, a desconfiança, a contração do espaço público, o controle do território e um sentimento de insegurança difuso (DAMICO, 2011).

No caso específico do consumo de drogas por moradores de rua, tem sido produzida uma ideia de pânico social também influenciada por uma enxurrada de notícias e informações desencontradas, – principalmente sobre o *crack*– em uma tentativa de comover a população para garantir seu apoio a medidas que podem ferir princípios constitucionais e de direitos humanos (ANTUNES, 2013).

Apesar disso, como ressalta Emerson Elias Merhy (2012), nesse contexto, não há garantias de controle total da população, visto que a produção de desviantes é parte dessa construção e “como no filme *Blade Runner*, a sociedade que se funda nesse processo necessita dos seus caçadores de não-humanos resultados de si mesma” (p. 13).

Assim, passou-se a demandar respostas rápidas para dar conta desses desviantes que colocam a atual ordem em risco e, nesse sentido, deputados, governadores, prefeitos, vereadores e setores da esfera não estatal correram atrás de novos *Blade Runner's*, capazes de caçar boa parte dessa população de desviantes.

Diante desse cenário produzido por meio da difusão da imagem da insegurança, do medo, da desesperança, e da necessidade de justificar posturas mais repressivas, emerge o debate acerca da internação compulsória dirigida, principalmente, em relação ao recolhimento de sujeitos que vivem nas ruas e fazem uso de álcool, *crack* e outras drogas, sendo estes os não humanos/andróides dos *Blade Runner's* contemporâneos.

Autores como Raquel Rolnik (2012) e Emerson Merhy (2012) apontam as práticas de recolhimento e internação compulsória em massa – dirigidas a pessoas em situação de rua que circulam pelas chamadas “cracolândias” – como “políticas higienistas”, “faxina social”, entre outros. Para ambos os autores, as ações públicas de “limpeza humana” têm ganhado força e espaço em nome de interesses econômicos, financeiros e corporativos.

Para Lima e Tavares (2012, p. 20):

estamos, então, num contexto de disputas, alianças e afirmação de projetos que lutam pela liderança das políticas sobre drogas. Diante da suposta epidemia do *crack* há um discurso de autoridades eleitas e de especialistas da área sem tradição de políticas públicas, que se sentem justificados para propor intervenções imediatas, urgentes, sob a defesa do modelo monoterapêutico da internação, sem declarar outros interesses velados.

Dessa forma, teremos em políticos, profissionais da assistência social, justiça, saúde – especialmente médicos –, policiais, meios de comunicação, donos de comunidades terapêuticas e clínicas psiquiátricas privadas, os *Blade Runner's* contemporâneos que, em vez de capturarem andróides, como no filme estrelado por

Harrison Ford nos anos 1980, serão responsáveis por “caçarem” sujeitos usuários de drogas e que estejam em situação de rua.

Para efetivarem de maneira legalizada essa “caça”, é preciso alterar a legislação¹⁸ a respeito das internações psiquiátricas no país, pois, da forma como está prevista na Lei da Reforma Psiquiátrica, a internação compulsória é feita em último caso e mediante assinatura de um juiz. Por isso, no PLC 37/2013, está prevista uma flexibilização dos modelos de internação, de maneira que se torne possível operar, dentro da legalidade, ações de intervenção como as vistas em São Paulo e no Rio de Janeiro, onde ocorreu um recolhimento em massa de pessoas em situação de rua sob a alegação de que, fazendo uso abusivo de drogas, como o *crack*, não teriam condições de buscar ajuda sozinhas. Tal tipo de política sugere que é preciso uma resposta rápida para enfrentar o problema da suposta epidemia do *crack* no Brasil, como se a droga fosse o único elemento problemático na vida desses sujeitos e de suas famílias, deixando de levar-se em conta uma série de questões políticas, econômicas e sociais, além de aspectos subjetivos que impactam a vida de pessoas que moram na rua ou que acabam indo para a rua.

Por ser uma resposta rápida, mais dura e que não prevê maiores transformações em aspectos sociais, econômicos e políticos dessa população, tal projeto conta com o apoio de diferentes governos, políticos, entidades de classe, pesquisadores, médicos e também de setores que podem se beneficiar financeiramente dessa situação, como os grupos ligados a comunidades terapêuticas e clínicas psiquiátricas privadas que tendem a também constituir a rede de tratamento dessa população – algo que não é previsto pela Lei n. 10.216/2001, a qual veda a internação de usuários em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas de condições para a promoção da assistência integral aos usuários. Para ter uma noção do quanto esses setores têm interesse na nova regulamentação da internação compulsória, trarei alguns dados para ajudar a construir esse cenário:

¹⁸ No Município do Rio de Janeiro e no Estado de São Paulo, por exemplo, existem leis e políticas que permitem as ações de recolhimento de moradores de rua e as internações compulsórias para usuários de drogas sem a necessidade de passar pelo judiciário.



Figura 6– Manchete de matéria sobre a “bolsa crack”
Fonte: Território Eldorado, 2013.

O governador do Estado de São Paulo, Geraldo Alckmin, propôs um programa que pretende pagar R\$ 1.350,00 por mês para famílias que tenham parentes usuários de *crack*. As famílias irão receber essa bolsa do governo do Estado de São Paulo para custear a internação do familiar em clínicas particulares especializadas. O valor não será dado em dinheiro, mas através do chamado “Cartão Recomeço”. As internações terão período de seis meses, totalizando um ganho de R\$ 8.100,00 por usuário. Outro detalhe: as clínicas “beneficiadas” pelo programa serão escolhidas pelo Governo Estadual. Programa similar a esse acontece no Estado de Minas Gerais, onde o programa chama-se “Aliança pela Vida” e oferece uma bolsa de R\$ 900,00. Ambos foram apelidados de “bolsa *crack*”.

A alegação desses governos é de que a rede pública não oferece leitos suficientes para dar conta da demanda das internações compulsórias e que a maior parte das clínicas privadas tem um custo grande para internação. Contudo, os referidos governos estaduais não apresentaram até então propostas visando à ampliação e ao melhoramento dos serviços já existentes na rede pública, como os leitos para desintoxicação em hospitais gerais, os CAPS AD e outros (MERHY, 2012).

A respeito das comunidades terapêuticas, o Governo Federal tem buscado alternativas para financiá-las e torná-las parte da rede de serviços de atenção aos usuários de drogas. Os donos dessas comunidades têm mostrado interesse em ampliar seus serviços e, por isso, percebem a troca de legislação sobre a internação compulsória como uma possibilidade de aumentar sua clientela, tendo em vista a falta de leitos de desintoxicação na rede pública. Contudo, a relação entre Estado e comunidades terapêuticas não é tão recente, como mostra o estudo intitulado

“Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil – 2006/2007” (BRASIL, 2007, p.11).

Lima e Tavares (2012, p. 16) colocam que:

O Mapeamento ofereceu uma espécie de linha de base para pesquisas e proposições de políticas sociais na área de álcool e drogas, na medida em que ofereceu um quadro sobre o estado da arte das instituições brasileiras envolvidas com a questão. Em sua amostra, observou que havia uma maior presença das instituições não governamentais (67.7%) sobre as governamentais (31%), sendo as comunidades terapêuticas as que tinham maior prevalência na área do tratamento: 483, ou 38,5% da amostra. Em seguida, apareceram os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD), com 153 (12,2%).

O mapeamento também mostrou a ampliação dos serviços não-governamentais, como as comunidades terapêuticas, na década de 1990, ao passo que a oferta de serviços públicos cresceu nos anos 2000, com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica e a regulamentação dos CAPS em 2002 (BRASIL, 2007).

No que se refere ao financiamento dessas instituições não-governamentais, o estudo apontou que: “mais da metade das instituições não governamentais, 454 (36,1%) recebem recursos do governo brasileiro, provenientes da esfera municipal, 365 (29,1%); estadual, 168 (13,4%); e federal 92 (7,3%)” (BRASIL, 2007, p. 126).

Tais dados evidenciam que os serviços privados, principalmente as comunidades terapêuticas, já recebem recursos públicos das diferentes esferas de governo (LIMA; TAVARES, 2012). Tanto os donos das comunidades terapêuticas quanto os donos das clínicas psiquiátricas privadas têm se posicionado a favor do PL 7663/10, bem como das políticas dos Governos Estaduais (SP e MG) e Municipais (RJ e SP) de recolhimento e internação compulsória, visto que tais medidas não preconizam o atendimento dos usuários pela rede de CAPS e hospitais públicos, como se pode observar pelos exemplos da “bolsa crack” e do repasse de dinheiro público para comunidades terapêuticas.

A estratégia de unir o setor estatal e o não estatal para o caso específico da internação compulsória para usuários de drogas tem cumprido um papel para além da otimização dos lucros das comunidades terapêuticas e das clínicas particulares de desintoxicação. A contrapartida do setor privado para o setor público, no caso das internações, é a eliminação das pessoas indesejadas que expõem uma realidade de desigualdade social e de conflitos nas grandes cidades. Observa-se um

movimento paralelo e um esforço conjunto entre setores estatais e não estatais para a realização da pretensa “limpeza social” urbana. Esse papel torna-se análogo àquele desempenhado pelas casas de internamento na era clássica, que de acordo com Foucault (1972, p. 80):

A era clássica utiliza o internamento de um modo equívoco, fazendo com que represente um duplo papel: reabsorver o desemprego ou pelo menos ocultar seus efeitos sociais mais visíveis, e controlar os preços quando eles ameaçam ficar muito altos. Agir alternadamente sobre o mercado da mão-de-obra e os preços de produção. Na verdade, não parece que as casas de internamento tenham podido representar eficazmente o papel que delas se esperava. Se elas absorviam os desempregados, faziam-no sobretudo para ocultar a miséria e evitar os inconvenientes políticos ou sociais de sua agitação.

Tais políticas e programas já estão em andamento em algumas cidades e estados brasileiros (como referi no capítulo anterior), mas, na cidade de Porto Alegre, ainda não se efetivaram. Durante o ano de 2013, passou a transitar, na Câmara de Vereadores da capital gaúcha, o PL 9013/13, referente à criação do Sistema Municipal de Internações Compulsórias para usuários de drogas em Porto Alegre, que, a despeito de ter um nome diferente, prega os mesmos preceitos das iniciativas de MG, SP e RJ. Durante minha pesquisa de campo junto ao CnR, presenciei um debate na Câmara de Vereadores de Porto Alegre, que contou com a presença de diferentes movimentos sociais relacionados aos direitos humanos e ao antiproibicionismo¹⁹, a respeito desse PL, na qual somente os vereadores podiam fazer uso da palavra na tribuna. Aos demais presentes, restavam carregar cartazes, gritar palavras de ordem e até mesmo tentar conversar com alguns vereadores. A seguir, insiro duas manifestações de vereadores que versavam a favor da aprovação de tal projeto:

Vereador 1 – “Eu gostaria de falar algumas coisas sobre esse Projeto, que nasceu da ânsia de ver mães acorrentando seus filhos, que nasceu da ânsia de ver profissionais da saúde sem poder internar os seus pacientes.”

Vereador 2 - “Agora, eu tenho uma tese: quem está doente, quem não tem condições de discernir sobre o que é melhor para si precisa, sim, de um acompanhamento, seja isso bom para os outros ou não. Ele precisa.”

¹⁹ “Sob a ótica do uso, a discussão sobre as drogas está dividida em duas grandes tendências mundiais, o movimento antiproibicionista e o de proibição global das drogas (proibicionista)” (LIMA, 2009, p. 18). Os coletivos antiproibicionistas se pautam pela defesa dos direitos humanos, da autonomia dos usuários, do acesso à saúde e à informação, a descriminalização dos usuários de drogas, o fim do proibicionismo, entre outras bandeiras.

Essas falas dos vereadores talvez sintetizem o clamor que vem das tribunas do legislativo para tentar justificar e, assim, aprovar a internação compulsória enquanto prática terapêutica e de segurança, assim como legitimar o espaço privado, asilar e de reclusão – como as comunidades terapêuticas e as clínicas psiquiátricas – como local de tratamento dos usuários de drogas.

Além dessa campanha em torno da compra de leitos em espaços privados, outro fator tem potencializado as ações dos *Blade Runner's* contemporâneos: a realização dos megaeventos esportivos no Brasil. Essas cidades onde já estão ocorrendo as internações compulsórias em massa junto a moradores de rua estão recebendo grandes investimentos em infraestrutura para darem conta das demandas impostas pela realização dos megaeventos esportivos, como a Copa do Mundo Fifa e as Olimpíadas.

Parte dos discursos referentes aos megaeventos esportivos vem carregada de otimismo, sendo uma das expressões mais utilizadas a das oportunidades de emprego e turismo, uma vez que seria possível desenvolver ações nas cidades sedes e deixar um legado de obras, principalmente viárias, nesses locais (DA SILVA *et al.*, 2011). A mídia carioca, por exemplo, tem investido em apontar as possíveis melhorias que a realização desses eventos está trazendo para a cidade, como as reformas no transporte público, a geração de empregos, o incremento na segurança pública, e outros (*ibidem*). Entretanto, nas cidades sedes, surgem diversas estratégias de segurança e reformas urbanas, onde ocorrem a ocupação de policiais em favelas, a remoção de várias famílias – com o intuito de retirá-las de seus locais de moradia para que sejam realizadas obras para os megaeventos ou então para a venda/repasso de certos terrenos para empresas privadas. Para Raquel Rolnik, “há um histórico internacional de ilegalidades associadas a esses megaeventos esportivos, em relação à questão da moradia, aos direitos trabalhistas, à população de rua, aos vendedores ambulantes, entre outros” (ROLNIK, 2011, p. 6).

Com isso, os setores críticos a essas políticas têm construído a ideia de “faxina social”, em que não se pretende, de fato, melhorar a vida dessas pessoas (moradores de favelas, pessoas em situação de rua, ambulantes), mas sim mudar a estética da cidade a partir da “varredura” e da criminalização da pobreza, com o intuito governamental de mostrar, ao mundo, cidades sem pobres, sem desigualdade e desenvolvidas (SILVA, 2010; ROLNIK, 2012).

3.2 O QUE OS DISCURSOS CIENTÍFICOS TÊM ENUNCIADO

Neste cenário, além das disputas no campo político, há também as disputas no campo acadêmico e científico em busca da produção de melhores estratégias a fim de influenciar a política sobre drogas e as formas de atendimento aos usuários.

As verdades produzidas e enunciadas nesses discursos advindos do campo científico nem sempre estão em consonância entre si, ainda mais quando o assunto é o uso de drogas e as formas de atenção aos usuários. Muitas vezes se questionam os métodos aplicados nas pesquisas, os locais onde foram realizadas e onde foram publicadas. Assim, o discurso científico –principalmente aquele produzido no âmbito das universidades– torna-se mais uma instância de disputa sobre os modos de atenção a usuários de drogas, podendo, ou não, influenciar as políticas públicas desse campo.

A respeito dessa produção de verdades advindas de diferentes discursos, Foucault afirma:

em toda a sociedade a produção do discurso é simultaneamente controlada, selecionada, organizada e redistribuída por um certo número de procedimentos que têm por papel exorcizar-lhe os poderes e os perigos, refrear-lhe o acontecimento aleatório, disfarçar a sua pesada, temível materialidade (FOUCAULT, 2006, p. 8-9).

Assim, surge a necessidade de apontar, em linhas gerais, o que vem sendo enunciado no âmbito científico, a fim de identificar os diferentes posicionamentos, tensões e proposições que emergem deste campo.

Nesse sentido, na literatura científica, encontramos discursos antagônicos, nos quais parte dos pesquisadores defende a legalização/regulamentação das drogas (principalmente da maconha), a redução de danos como paradigma a ser utilizado nos centros de tratamento de usuários de drogas, a descriminalização de usuários, a inexistência de uma epidemia de *crack* no Brasil e também a ineficácia de métodos coercitivos e repressivos de tratamento, como a internação compulsória. Por outro lado, podemos encontrar uma literatura científica que vai dizer completamente o oposto e que, por sua vez, está interessada na aprovação do PLC 37/2013. Em ambos os lados dessa disputa em torno da verdade, os sujeitos

envolvidos buscam, a partir das suas evidências, provar o que é melhor e o que ainda não está devidamente comprovado como eficaz.

A verdade também está em disputa. Para Foucault (1979, p. 12), a verdade “não existe fora do poder ou sem poder (...) a verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças à múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder”. Cada sociedade constrói seus regimes de verdade, suas políticas da verdade, quais discursos ela mais valoriza, mais coloca em funcionamento, que instâncias são mais indicadas para produzir as verdades, etc. Foucault (1979, p. 13) complementa:

A "verdade" é centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem; está submetida a uma constante incitação econômica e política (necessidade de verdade tanto para a produção econômica, quanto para o poder político); é objeto, de várias formas, de uma intensa difusão e de um imenso consumo (circula nos aparelhos de educação ou de informação, cuja extensão do corpo social é relativamente grande, não obstante algumas limitações rigorosas); é produzida e transmitida sob o controle, não exclusivo, mas dominante, de alguns grandes aparelhos políticos e econômicos (universidade, exército, escritura, meios de comunicação); enfim, é objeto de debate político e de confronto social (as lutas ideológicas).

Nas próximas páginas, foi levantada uma breve revisão das verdades que circulam através do discurso científico a respeito do perfil dos usuários de drogas e das formas de tratamento para eles.

3.2.1 Abstinência e longas internações

Quando a aclamação jurídica e policial com relação ao aumento do número de usuários de *crack* foi recebida com seriedade pela comunidade científica das principais metrópoles brasileiras, passamos a ver com mais frequência as disputas e tensões no meio acadêmico com relação aos achados dos estudos realizados sobre o consumo de drogas no Brasil e sobre o perfil dos usuários de drogas. Esse arsenal²⁰ de estudos (boa parte produzida nos anos 2000 no Brasil) realizado após o “boom” do *crack* foi mais um elemento que possibilitou a emergência de um projeto de lei como o PL 7663/10. Para Cunda (2011), os estudos ajudaram a construir um roteiro sobre o uso de *crack* enquanto uma doença, com uma ideia de progressão

²⁰CUNHA *et al.*, 2001; CUNHA *et al.*, 2004; FLORES, 2002; TERRA, 2009; AZEVEDO; BOTEGA; GUIMARES, 2007; RIBEIRO *et al.*, 2006 ARAUJO *et al.*, 2008; ZUBARAN *et al.*, 2013; KESSLER; PECHANESKY, 2008; DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008.

causal capaz de afetar o cérebro do usuário e sua conduta. Assim, podem ser observadas as noções biológicas e jurídicas da construção do usuário de *crack* “afirmando uma continuidade entre os dois campos do posicionamento supostamente neutro da neuropsiquiatria” (CUNDA, 2011, p. 23).

Nessa linha de raciocínio, estudos que demonstrassem danos neurológicos e psicológicos principalmente devido ao uso de cocaína e/ou *crack* (CUNHA *et al.*, 2001; CUNHA *et al.*, 2004); pesquisas que apontassem para uma relação biológica entre violência e uso de drogas (FLORES, 2002; TERRA, 2009); artigos que atribuíssem ao uso de *crack* o aumento da violência doméstica e urbana, maior incidência de pessoas em situação de rua, maior risco de propagação do vírus HIV, assim como uma relação muito próxima da prostituição e o cometimento de delitos (AZEVEDO; BOTEGA; GUIMARES, 2007; RIBEIRO *et al.*, 2006); trabalhos que expusessem mais danos nas questões ligadas ao comportamento ansioso (devido à fissura), compulsivo, desatento (ARAUJO *et al.*, 2008; ZUBARAN *et al.*, 2013); entre outros, passaram a endossar o arcabouço científico dos defensores das internações compulsórias no país.

Na esteira de produção do perfil do usuário de drogas pesadas é possível ver, em alguns artigos, que o uso de *crack* aparece bastante associado à figura do homem, negro, jovem, pobre, fora do mercado formal de trabalho, com pouco estudo (pois devido ao uso da substância não consegue conviver em um ambiente de ensino e trabalho), que vive na rua ou em bairros com altos índices de violência e que estaria ligado à prática de atos ilícitos (KESSLER; PECHANSKY, 2008; DUALIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008). No entanto, poucos estudos abordam a questão do uso de *crack* por pessoas que trabalham no mercado formal e que moram em bairros economicamente mais privilegiados. O texto de Duailib, Ribeiro e Laranjeira (2008), por exemplo, faz uma pequena menção à pessoas que correspondem a esse perfil (emprego formal, bem remunerado, habitante de bairros mais nobres) e que usam *crack* e/ou cocaína, sem contudo abordar esse tema de maneira mais detalhada e tampouco sugerir mais pesquisas com esse público.

Outro argumento recorrente em alguns trabalhos é a relação entre usuários de *crack*/cocaína e comportamentos sexuais de risco. Há trabalhos que indicam que usuários de *crack*, apesar de apresentarem menor tempo de consumo de drogas quando comparados aos usuários de cocaína injetável, mesmo assim tiveram maiores taxas de atividade sexual de risco (AZEVEDO; BOTEGA; GUIMARES,

2007). Esse mesmo estudo aponta para o fato de que a soroprevalência do vírus HIV entre os usuários de *crack* entrevistados é menor que nos usuários de cocaína injetável. Ambas as taxas de soroprevalência são elevadas quando comparadas com a população geral da mesma faixa etária. Ribeiro *et al.* (2006), ao analisar uma população de usuários de *crack*/cocaína em São Paulo, sugere que os usuários de *crack* têm maior risco de morte do que a população geral, sendo os homicídios e a AIDS as causas mais observadas.

Ao traçar esse perfil, os trabalhos de Kessler e Pechansky (2008) e Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008) tomam o usuário de *crack* como um sujeito de difícil adesão ao tratamento, com necessidades de abordagens mais intensivas e apropriadas a cada fase de seu acompanhamento, começando com uma internação em ambiente psiquiátrico localizado em hospital geral para depois ser tratado em comunidades terapêuticas fechadas durante um período de seis meses a um ano.

Como a ciência está distante de ser um território neutro e ausente de intencionalidades, tais artigos têm cumprido determinados fins, como construir uma imagem violenta e incontrolável do usuário de droga, para que métodos mais coercivos e prolongados de tratamento possam ser justificados. Além disso, parece-me que há uma intenção maior em explicar o uso de drogas em pessoas pobres do que em pessoas das classes média-alta e alta, de modo a induzir os leitores de que os primeiros têm mais propensão à dependência química que os últimos. Esse tipo de evidência acaba por servir de apoio às iniciativas de maior controle, vigilância e perseguição dos jovens que vivem nas periferias brasileiras.

Prosseguindo com a revisão de literatura, Kessler e Pechansky (2008) ainda criticam os modelos propostos atualmente para o atendimento a usuários de drogas no Brasil. Os autores desqualificam a estratégia de redução de danos, dizendo que não existem trabalhos acadêmicos suficientes que comprovem a eficácia desse tipo de abordagem. No entanto, conforme irei demonstrar na próxima seção, é possível que autores como Kessler e Pechansky estejam atentos somente a determinados trabalhos que vão ao encontro de suas ideias, negando toda uma produção de artigos científicos e de políticas públicas que desconstruem a imagem da abstinência e dos métodos coercitivos de tratamento como mais eficazes.

Dias, Araújo e Laranjeira (2011), em outro estudo, apontam que, no contexto brasileiro, o uso de *crack* tende a ser de longo prazo, estimulado pela alta disponibilidade e pelo fácil acesso. Além disso, o estudo indica que o padrão

intensificado de uso é a regra, e não exceção, embora aos autores admitam que existam estudos ainda incipientes que relatam práticas de uso moderado de *crack* e conciliação com atividades da vida cotidiana.

Um dos trabalhos brevemente citados pelo estudo anterior é o de Oliveira e Nappo (2008), no qual as autoras identificaram pessoas que faziam uso não diário de *crack*, mediado por fatores individuais, desenvolvidos intuitivamente pelos usuários. Para as autoras, a cultura do consumo de *crack* tem sofrido algumas mudanças quanto aos padrões de uso. Embora a maioria dos usuários faça o uso de forma compulsiva, é possível haver alguns que consigam reduzir seus danos e tenham participação na renda familiar, na escola, etc.

Através dessa associação entre conduta de vida e uso de drogas, pela ocorrência dos comportamentos de risco, pelo caráter “perigoso” desses sujeitos, instalou-se no país uma ideia de epidemia e um sentimento de pânico sobre o possível alastramento do uso de *crack* (CUNDA, 2011). Pelas arestas da violência e da figura do sujeito perigoso, improdutivo e “poluidor” do ambiente urbano – pela instauração de *cracolândias* –, vem se constituindo uma série de enunciados que propõem e justificam o uso de estratégias coercivas e repressivas, como a internação compulsória, os longos períodos de internação, a criminalização dos usuários de drogas e o policiamento massivo de zonas mais pobres.

3.2.2 Redução de danos e os tratamentos ambulatoriais

O deputado federal Osmar Terra, por exemplo, afirma que o PL de sua autoria está todo embasado em evidências científicas que mostram o uso de *crack* como uma epidemia no Brasil e que justificam a internação compulsória, a criminalização dos usuários de drogas, o acolhimento em comunidades terapêuticas, entre outras ações. No entanto, para o psiquiatra Luis Fernando Tófoli (2013), em editorial publicado na revista *Carta Capital*, o deputado Osmar Terra parece escolher suas evidências de acordo com as suas crenças, com a sua ideologia. Tófoli (2013) coloca que, na literatura encontrada na Biblioteca *Cochrane* (uma das mais valorizadas no meio médico, segundo Tófoli), não existem provas suficientes para apoiar o modelo das comunidades terapêuticas, por exemplo. Nesta seção, apresentarei outros enunciados científicos que vêm a se contrapor aos achados da seção anterior.

Segundo Nappo, Sanchez e Ribeiro (2012), o Brasil não está passando por uma epidemia do *crack*. As autoras compararam levantamentos feitos em 2004 e 2010 e notaram um pequeno percentual de aumento no consumo entre estudantes, o que é insuficiente para caracterizar como epidemia. Elas argumentam que o alarde em torno da falsa epidemia é decorrente dos interesses da mídia tradicional e da tentativa de governos estaduais e municipais angariarem mais fundos para seus projetos. Outra questão suscitada é que, ao focar o problema na suposta “epidemia” do *crack*, deixa-se de abordar problemas mais complexos do país relacionados a questões econômicas e sociais.

Para o pesquisador da Fiocruz Marco Aurélio Soares Jorge (*apud* ANTUNES, 2013), o uso do termo ‘epidemia’ para falar sobre o abuso de *crack* no país referenda uma imprecisão estatística e traz para debate público um preconceito a respeito dos usuários. Jorge afirma que:

A palavra epidemia é péssima, perigosa inclusive, porque dá a ideia de uma coisa contagiosa. Vamos imaginar que eu seja usuário de *crack* e estou junto de você. Você vai se contagiar e começar a fumar *crack*? Óbvio que não, mas epidemia é assim. Acredito que falar em epidemia de *crack* serve até para colocar uma questão que é social como uma doença. E aí os usuários de *crack* passam a ser vistos como perigosos, pessoas que podem contaminar a sociedade (*apud* ANTUNES, 2013, p. 18).

Enquanto que nas pesquisas epidemiológicas apresentadas na seção anterior – que apontam para uma epidemia do *crack* no país –, na maior parte delas, foi utilizado o método de entrevista domiciliar, em um levantamento feito pela Fiocruz (BASTOS *et al.*, 2013) optou-se por realizar também as entrevistas nos locais de consumo da droga nas cidades. Alguns dos achados desse estudo mostraram que o ambiente familiar violento e a falta de perspectivas já estavam presentes nas vidas dessas pessoas antes do uso do *crack*. Aproximadamente 30% dos entrevistados relataram que problemas familiares ou perdas afetivas foram as principais motivações para usar *crack*, e 45% das mulheres entrevistadas relataram que sofriam violência sexual antes de começarem a usar a droga (*ibidem*).

Com relação ao número de usuários de *crack* que vivem em situação de rua, o estudo aponta que a proporção de usuários nessa situação é de aproximadamente 40% dos entrevistados, o que, segundo os pesquisadores, não significa que esse contingente esteja morando somente nas ruas, mas sim que nelas passam parte expressiva do seu tempo (BASTOS *et al.*, 2013).

Duas questões a cerca desse levantamento coordenado por Bastos: a primeira delas é de pensar como foram escolhidos os locais para entrevistar as pessoas? Foram em bairros com diferentes médias de renda ou apenas na periferia e nos cenários de uso de drogas? A segunda questão diz respeito ao fato de que apesar do estudo se diferenciar dos trabalhos que defendem a idéia de que estamos vivenciando uma epidemia de *crack*, ele se aproxima dos mesmos quando relaciona também o uso de drogas à questão econômica, dando a entender que pessoas de baixa renda são mais propensas a serem usuárias de drogas. Com relação à equiparação da questão econômica estar relacionada ao uso de drogas, é preciso tomar certos cuidados para não reproduzir associações que acabariam justificando ainda mais a repressão, a violência e a criminalização da pobreza. Deste modo é preciso tomar o cuidado de não transformar a situação econômica e o uso de drogas em uma relação do tipo causal e linear, em que a pessoa por morar em uma região periférica e desfavorecida social e economicamente fosse mais vulnerável ao uso de drogas.

A respeito disso, Andrade (*apud* ANTUNES, 2013) afirma que o *crack* não pode ser interpretado como a droga mais usada no país, ou a mais usada pelos moradores de rua. Inclusive, em pesquisa recente do Núcleo de Direitos Humanos da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro ²¹, os pesquisadores entrevistaram moradores de rua na região metropolitana do Rio de Janeiro e obtiveram os seguintes dados: 13% dos moradores de rua são analfabetos, 65% não bebem e 62% afirmaram não usar drogas. Para Andrade (*apud* ANTUNES, 2013, p. 20):

quando se diz que a pessoa que usa *crack* vai ficar na rua, na sarjeta, esquece-se que já existia rua e sarjeta antes do *crack*. E provavelmente, para essas pessoas vivendo nas ruas em condições extremamente desfavoráveis, o *crack* dá um suporte, ao melhorar o estado de ânimo diante de uma realidade terrível. Ele é um estimulante, um antidepressivo, tira a fome do indivíduo mal alimentado. Há um ciclo vicioso, mas que não começou com a droga, ela chega em um segundo momento.

Em outro estudo de levantamento de demanda de usuários de drogas, Horta *et al.* (2011) não encontraram nenhum morador de rua em atendimento em três CAPS AD da região metropolitana de Porto Alegre. O estudo apontou que, dos

²¹ Dados disponíveis em <<http://www.brasildefato.com.br/node/12950>>. Acesso em 04 de dezembro de 2013.

entrevistados, maioria era homem, usuáriede *crack*, adulto jovem, com escolaridade fundamentalou média, sem ocupação regular, mascom renda individual informada.

Para as autoras desta pesquisa, “pessoas com maior comprometimento social parecem não chegar às redes de saúde, o que remete à necessidade dos municípios implementarem estratégias de facilitação do acesso” (HORTA *et al.*, 2011, p.2267). Entre as estratégias indicadas no texto para facilitar o acesso de grupos de usuários sem apoio familiar ou vivendo em situação de rua ou mulheres gestantes, estavam: o envolvimento de agentes comunitários de saúde, ampliação dos Programas de Redução de Danos (PRD) e de Consultórios de Rua, e outras ações de aproximação entre comunidade e serviços.

Aproveitando o “gancho” do texto supracitado, o qual aponta para a redução de danos como uma estratégia para atendimento de usuários de drogas, irei abordar tal estratégia para uma compreensão melhor do que ela se propõe e de quais são as ações que têm sido feitas em nome dela, visto que tem ocorrido uma difusão cada vez maior das estratégias de redução de danos nos últimos anos em diversos países da Europa e América (SANTOS; CAMPOS, 2012).

Um grande marco institucional para redução de danos foi a produção e publicação do *Rolleston Report* em 1926 no Reino Unido. Entre as ações recomendadas estava a prescrição de heroína e cocaína para os dependentes com a finalidade de controlar os sintomas da abstinência e/ou para amenizar o sofrimento daqueles que não conseguiam viver de forma abstinência (LIMA, 2009).

Em decorrência da propagação da AIDS no continente europeu, uma série de países começaram a discutir e implementar estratégias de redução de danos (LIMA, 2009). Trabalhadores da área da saúde, com epicentro na Holanda, reconheceram que “a meta da abstinência no tratamento de usuários de drogas injetáveis era uma perigosa utopia que, no caminho, deixava um rastro de contaminações por HIV e hepatite entre outras doenças” (RODRIGUES, 2012, p. 26). A partir disso, iniciou-se uma abordagem mais próxima dos usuários de drogas, a qual incluía “programas de troca de seringas, orientações sobre higiene, distribuição de material esterilizado, teste de pureza de drogas, encaminhamento voluntário para internação e a instalação de salas de aplicação controlada de drogas” (*ibidem*, p. 26).

No Brasil, encontram-se registros de práticas de redução de danos no final dos anos 1980, sendo a experiência de trocas de seringas em Santos uma das primeiras documentadas no país (LIMA; TAVARES, 2012).

Conteet *al.* (2004, p. 62) colocam que a redução de danos pode ser entendida:

como uma prática que visa a possibilitar o direito de escolha e a responsabilidade da pessoa diante da sua vida, flexibilizar os métodos para vislumbrar a universalidade da população envolvida com drogas, com a qual a gestão pública está comprometida.

A redução de danos não trabalha somente com a perspectiva da abstinência para o usuário de droga. Ela tem como um dos seus objetivos oferecer, às pessoas que fazem uso abusivo de drogas, meios que as possibilitem rever suas relações com a dependência, orientando-as tanto para um uso menos prejudicial quanto para a abstinência, conforme o que se estabelece com cada sujeito (CONTE *et al.*, 2004). Tal linha de trabalho passou a integrar as estratégias de atendimento a usuários de drogas que vivem em situação de rua em outras cidades no país, visto que é uma perspectiva que amplia o leque de alternativas para atender a essa população, buscando estabelecer um cuidado a partir da necessidade e da expectativa do usuário e respeitando seu ambiente.

A partir da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica²² (10.216/2001), foi possível, em meio a tensões e disputas em torno das melhores formas de tratamento para usuários de drogas, construir o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Nessa nova política, a redução de danos é eleita como estratégia de saúde pública, na qual é incentivada a criação e sistematização de intervenções junto à população usuária de drogas que, devido ao contexto, não querem ou não desejam parar o uso da droga. A redução de danos tem sido frequentemente relatada por pesquisadores brasileiros que se

²² Em linhas gerais, pode-se dizer que a reforma psiquiátrica preconiza uma série de mudanças nas políticas públicas de saúde mental no Brasil, no sentido de ampliar, qualificar e humanizar o atendimento às pessoas em sofrimento psíquico. Pretende-se que, com a reforma psiquiátrica em curso, mais serviços substitutivos ao manicômio sejam criados, como o CAPS adulto, CAPSi, CAPS AD, Oficinas de Geração de Renda, Serviços Residenciais Terapêuticos, e também que sejam disponibilizados mais leitos psiquiátricos nos hospitais gerais, tirando-os cada vez mais dos hospitais psiquiátricos. Aqueles que defendem a reforma psiquiátrica não só desejam uma mudança na distribuição e criação de serviços, mas também uma transformação subjetiva e cultural da nossa sociedade, para que acolha mais e melhor a loucura.

posicionam contra a internação compulsória e as ações de “caça” aos moradores de rua.

Durante o debate sobre o sistema nacional de políticas públicas sobre drogas e as condições de atenção aos usuários de drogas, ocorrido no dia 10 de setembro de 2013, na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado²³, o professor Dartiu Xavier da Silveira colocou que, em uma recente metanálise, verificou uma maior eficácia nos serviços ambulatoriais para usuários de drogas do que nos serviços de internação. Na sua fala, ele ainda afirma que não há provas ou evidências científicas que justifiquem a internação compulsória de usuários de drogas, bem como a internação em serviços como as comunidades terapêuticas. Silveira reitera que o trabalho com equipes multiprofissionais nos moldes dos CAPS AD –no caso brasileiro– e as estratégias de redução de danos têm apresentado resultados mais satisfatórios em termos de aumento da qualidade da vida dos sujeitos que fazem uso abusivo de drogas.

Quanto às evidências sobre redução de danos, o pesquisador britânico Stevens (2012) afirma que métodos como o da internação compulsória para usuários de drogas são antiéticos, desrespeitam as questões referentes aos direitos humanos e que, na literatura científica, não há evidências suficientes que justifiquem essa prática.

De fato, há estudos que demonstraram o fracasso do tratamento compulsório para atender a esses objetivos, em vários países, incluindo os EUA (Inciardi, 1988), Suécia (HECKMANN, 1997) e na Holanda (LAND *et al.*, 2005), assim como relatórios ainda não confirmados como na China, que apresentam taxas de recaída de 98% após o tratamento compulsório (STEVENS, 2012, p. 11).

Além disso, o pesquisador britânico argumenta que nem todas as pessoas usuárias de drogas necessitam de tratamento ou de um diagnóstico. Para aquelas que precisam de atendimento, ele coloca a redução de danos como uma das possibilidades de tratamento. Outra proposta levantada pelo autor é ofertar tratamento às pessoas que fazem uso abusivo de drogas e que estão cumprindo pena por crimes, como roubos, tráfico (e não posse) e àquelas que possam colocar em risco a vida de outros indivíduos.

²³ Debate disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=8_zUTGgLOvY>. Acesso em: 07 nov. 2013.

Em entrevista para o portal Carta Maior (2012)²⁴, Dartiu da Silveira afirma que, em geral, os melhores resultados, em relação à dependência química, giram em torno de 35% a 40%, contra os 2% da internação compulsória. Os 60% a 65% dos sujeitos restantes, no entanto, não podem ser apenas considerados um fracasso terapêutico. Para Silveira, as pessoas que não conseguem ficar em abstinência podem se beneficiar da política de redução de danos, podendo consumir a(s) droga(s) em uma frequência menor e em circunstâncias de menor risco, possibilitando maiores condições de manterem-se na escola e no trabalho.

3.3 OS MOVIMENTOS EM TORNO DA RESISTÊNCIA À INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

Antes de adentrar mais precisamente nas formas e nos movimentos de resistência a práticas de recolhimento e internação compulsória, trarei a concepção de poder e resistência de Foucault, como mais uma tinta para ajudar a pintar este cenário complexo.

As análises de Foucault deslocam a noção de poder do âmbito meramente estatal para formas de exercício do poder que se capilarizam por toda sociedade, adentrando, assim, os nossos cotidianos. Foucault (1979, p. 150) afirma que o “poder não está localizado no aparelho do Estado e nada mudará na sociedade se os mecanismos de poder que funcionam fora, abaixo, ao lado do Estado a um nível mais elementar, cotidiano, não forem modificados”.

Assim, o poder deixa de ser considerado algo estático, imóvel e somente repressivo para ser visto como algo que se movimenta, que não está sempre no mesmo lugar ou com a mesma pessoa, sendo algo produtivo que consegue, inclusive, produzir efeitos positivos em nível de desejo e em nível de saber, caso contrário, se o poder só fosse negativo, ele não conseguiria ser sustentado (FOUCAULT, 1979). Então o poder, segundo Foucault, passa a não possuir uma essência ou natureza universal. Com isso, o que existe são formas e relações localizadas e espalhadas de poder em um nível molecular da sociedade, em que o poder não é algo que se possui, mas algo que se exerce nessas relações.

²⁴ Disponível em <<http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/Crack-e-usado-por-miseraveis-porque-e-barato%0d%0a/4/18370>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

A partir dessas ideias sobre o poder, Foucault passou a demonstrar como ocorriam as relações de poder, que mecanismos e técnicas foram sendo criados a partir de determinadas relações em diferentes períodos históricos da humanidade²⁵.

Para Foucault, onde há poder, há resistência (FOUCAULT, 1979), e essa é outra formulação importante dele. Sendo assim, as relações de poder carregam em si também as possibilidades de resistência e de luta. Para o filósofo:

Esta resistência de que falo não é uma substância. Ela não é anterior ao poder que ela enfrenta. Ela é coextensiva a ele e absolutamente contemporânea [...] Não coloco uma substância da resistência face a uma substância do poder. Digo simplesmente: a partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência. Jamais somos aprisionados pelo poder: podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa [...] Para resistir, é preciso que a resistência seja como o poder. Tão inventiva, tão móvel, tão produtiva quanto ele (FOUCAULT, 1979, p. 241).

Em sua obra, Foucault apresentou que as formas de resistência podem se articular em três principais tipos de luta: i) contra as formas de dominação (étnica, social e religiosa); ii) contra as formas de exploração que separam os indivíduos daquilo que eles produzem; e iii) contra as formas de sujeição, ou seja, contra a submissão da subjetividade, sendo esta talvez a mais relevante para ele (VENTURA, 2009). Para Foucault, não se sujeitar é uma forma de resistir e se abrir para outros e novos modos de ser sujeito e de estar no mundo.

É com essa concepção de poder e resistência que trabalho com este cenário que envolve de um lado políticas repressivas e de “faxina social” e do outro lado movimentos e manifestações individuais e coletivas de oposição a elas. Em uma via de pensar e apostar em outras formas de viver e de estar no mundo é que coletivos, trabalhadores e moradores de rua vão traçando suas formas de resistência a toda e qualquer política de recolhimento das ruas.

Se de um lado defende-se o internamento como primeira opção terapêutica e o financiamento público para instituições privadas e de privação e reclusão, do outro lado alguns movimentos sociais, entidades de classe, sindicatos, associações e trabalhadores da saúde, justiça e assistência social defendem que, para as pessoas que se encontram em situação de rua e que sofrem (dentre outras

²⁵Na parte IV deste trabalho, falo a respeito do poder soberano, do poder disciplinar e do biopoder, e como cada um funciona, é gerido e até hoje coexistem, já que a transição de uma forma de poder não exclui a anterior, e sim acrescenta algo novo, apresenta níveis de modulação.

questões) pelo uso abusivo de drogas, é preciso investir tanto em serviços públicos de saúde e assistência social novos quanto naqueles que já existem e são preconizados pela Lei da Reforma Psiquiátrica. Tal defesa pauta-se em dispositivos para que as pessoas possam buscar tratamento de forma voluntária, consentida e não afastada do convívio social e das ruas. Aqui não se descarta a internação para desintoxicação em um hospital geral; o que se reivindica é que essa internação deve partir do desejada pessoa e que ela tenha acesso a diferentes políticas e serviços quando sair do hospital. Um desses coletivos produziu a seguinte imagem a partir da rede de serviços que já existe para atender pessoas que sofrem pelo uso abusivo de drogas:



Figura 7 – Material produzido pela Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos, mostrando a rede de serviços e equipes que podem ajudar a pessoa usuária de drogas.
Fonte: Facebook, 2013.

Para Antônio Lancetti (2012), no Brasil, estávamos caminhando a passos curtos para a construção de redes de cuidados em saúde mental voltadas a pessoas usuárias de drogas, quando então se lançou sobre o imaginário social uma intensa campanha midiática marcada por alarme, desinformação, promessa de um caos e informações de que os serviços públicos de saúde e assistência não dariam conta dessa falsa epidemia. Por conta desse imaginário construído fortemente pela mídia

e por governos, a população em geral desconhece a rede de apoio ao usuário de drogas, os serviços, as políticas públicas e os profissionais que lidam com essa temática.

No Sistema Único de Saúde (SUS), existem dispositivos para além da internação hospitalar, como os Centros de Atenção Psicossocial específicos para atender a usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD). Há dois tipos de CAPS AD: o tipo III pode funcionar até vinte e quatro horas por dia e o tipo II atende das 8h às 18h. Ambos são serviços que se propõem a operar com equipe multiprofissional, atendimentos na forma de oficinas, grupos, acolhimentos, atendimentos individuais, consultas, visitas domiciliares e internação curta no caso dos CAPS AD III (que eventualmente podem realizar procedimentos de desintoxicação).

Além dos CAPS AD, o SUS também prevê que os usuários de álcool e outras drogas sejam acolhidos e atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) e nos Centros de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento psíquico (CAPS). A atual Política de Álcool e Outras Drogas coloca os CAPS AD como serviços de saúde fundamentais para o tratamento dos usuários de drogas, por caracterizarem-se como serviços flexíveis e abertos, facilitando o estabelecimento de vínculos entre usuários e trabalhadores (OLIVEIRA, 2009). Essa forma de cuidado – preconizada por parte do movimento sanitário brasileiro– intenciona priorizar a intervenção no local de convivência dos usuários em vez de reduzir as ações a serviços fechados.

A confiança e aposta em uma rede de serviços de saúde pautada pela valorização da diversidade e pelo acolhimento é uma das formas de resistência que partem desses coletivos (de trabalhadores, estudantes e usuários) supracitados, os quais buscam, na invenção e criação de novos dispositivos e novas redes, maneiras de não se sujeitarem às políticas de internação compulsória em massa. No entanto, é preciso dizer que as reivindicações não se limitam à construção dos serviços, mas vão na direção de que tais equipamentos de saúde atuem segundo uma lógica antimanicomial, já que o manicomial não é apenas um lugar, mas uma forma de pensar e atuar que pode atingir inclusive as instituições que foram criadas para sucumbir com essa forma enclausuradora de pensamento (MERHY, 2007).

Outra forma de resistir e de não se sujeitar a determinados efeitos do poder e que deve ser referida são os movimentos da população de rua. O nomadismo pode ser considerado uma maneira de resistência das pessoas em situação de rua (MAGNI,

2006). Não ficar restrito a um local, estar em movimento, pegar outros fluxos a fim de se proteger da polícia ou de outras instituições são meios de resistir ao desejo de faxina social que permeia as ações de recolhimento e internação compulsória (FRANGELLA, 2004). Ao adotarem um modo de vida nômade, as pessoas em situação de rua, através de seus corpos, conseguem construir as possibilidades de resistência à exclusão; com “reelaborações dos limites e potencialidades do corpo, eles concebem outros parâmetros de funcionalidade e de uso do espaço urbano, assim como agenciam novas representações a respeito de sua experiência social” (FRANGELLA, 2004, p. 13).

A constituição de grupos e de amizades entre moradores de rua também pode ser vista como forma de não se sujeitar, na medida em que uns passam a ajudar os outros a conseguirem roupa, abrigo e comida. O próprio uso de algumas drogas pode vir a ser um meio de resistência a todos os discursos que condenam qualquer tipo de consumo por considerarem algo que traz apenas prejuízos para os usuários, como a incapacidade de estudar, trabalhar e aproximação com atos ilícitos.

Durante a pesquisa de campo junto ao CnR e aos moradores de rua, atentei para uma série de movimentos deles como forma de resistir a todo este cenário policialesco que insiste em rondar o universo daqueles que vivem nas ruas das grandes cidades. Os moradores inclusive buscavam estabelecer alguns contratos verbais com a equipe do consultório, como: *“Vocês [equipe do Consultório na Rua] podem ficar aqui mais um pouco? É que quando vocês tão aqui a polícia não entra”* (Morador de rua, Diário de campo de 13 de fevereiro de 2013).

Essas estratégias podem ser consideradas como maneiras de não submeter-se a determinada relação de poder, de posicionar-se contra algumas formas de sujeição, indo ao encontro da noção de resistência em Foucault. São formas móveis e inventivas, como indica Foucault, que coexistem com o poder, travando um embate constante, em que tanto o poder quanto a resistência vão produzindo efeitos diferentes e que influenciam na tomada de determinadas decisões.

3.4 O CONSULTÓRIO DE/NA RUA

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o Consultório de Rua constitui-se como um dispositivo público componente da rede de atenção substitutiva em saúde mental, que busca reduzir a histórica lacuna assistencial das políticas de saúde voltadas para os sujeitos em situação de rua que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2010). Através de ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua, de modo a preservar o respeito ao contexto sociocultural da população, o consultório tenta substituir o modelo assistencial pautado na hegemonia do paradigma biomédico, saindo da lógica da demanda espontânea e da abordagem única de abstinência e indo para a perspectiva da redução de danos.

Os Consultórios de Rua constituem uma modalidade de atendimento e intersetorial, extramuros e dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde. São dispositivos clínico-comunitários, que buscam ofertar cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. Os consultórios propõem “a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania” (BRASIL, 2010, p. 10).

Essa é a visão ministerial a respeito do serviço Consultório de Rua, sendo que algumas perguntas podem ser feitas a partir dessa posição: Como o Consultório de Rua foi construído? Como foi inserido no campo das políticas públicas? Antes do Consultório de Rua existir, havia outros serviços que prestassem atendimento à população em situação de rua?

Historicamente, a população em situação de rua tem encontrado dificuldade para acessar os diferentes serviços públicos de saúde, como hospitais, CAPS e unidades básicas e de pronto atendimento (OLIVEIRA, 2009). Essa dificuldade, esse acesso limitado, tem se constituído um dos determinantes sociais das condições de vida dessa população (JUNIOR *et al.*, 2010).

Para Junior *et al.* (2010), a falta de investimentos públicos assim como questões referentes à organização dos serviços – exigência de documentação, restrição no atendimento da demanda espontânea, limites na atuação

intersetorialepreconceitos– tornam-se aspectos que dificultam a vinculação e o atendimento humanizado das pessoas que vivem na rua.

Diante desse quadro, tem se constituído uma lacuna assistencial para a população que vive em situação de rua no tocante aos serviçosde saúde. A universalização da saúde no Brasil tem como um dos principais desafios possibilitar o acesso, das pessoas em situação de extrema pobreza,aos serviços públicos. Nesse sentido, a população de rua enquanto parte do cenário urbano requer, segundo Varanda e Adorno (2004, p. 68), “intervenções que levem em conta como ela se constituiu e as formas de sobrevivências ali desenvolvidas”. Para além dos serviços e estratégias já existentes, foi necessária a criação de diferentes formas de fazer saúde, de novas abordagens e processos de trabalho capazes de reverter o quadro de saúde da população de rua (JUNIOR *et al.*, 2010; JORGE; WEBSTER, 2012).

Durante a década de 1990, nos primeiros anos de implementação do SUS, surgiram experiências pontuais com a população em situação de rua em algumas cidades brasileiras. Após a criação do Programa Saúde da Família em 1994, alguns coletivos de trabalhadores e gestores criaram o Programa Saúde da Família SemDomicílio (PSF-SD). Antes da aprovação e publicação da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (BRASIL, 2008), o PSF-SD não fazia parte de uma agenda nacional para o atendimento à população em situação de rua, sendo uma ação de nível municipal em cidades como São Paulo, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Porto Alegre. Esse tipo de serviço emerge com a tarefa de dar cumprimento a dois dos princípios do SUS: a equidade²⁶ e a universalidade²⁷ (JUNIOR *et al.*, 2010).

No caso da Cidade de Porto Alegre,um dos primeiros serviços a se dispor a fazer o atendimento/acompanhamento específico da população em situação de rua (desde que apresentassem demandas de saúde mental) foi o CAIS Mental, serviço

²⁶ “Eqüidade, por sua vez, levaria em consideração que as pessoas são diferentes, têm necessidades diversas [...] sendo assim, o princípio de eqüidade estabelece um parâmetro de distribuição heterogênea [...] em geral, o princípio de eqüidade tem sido operacionalizado em duas principais dimensões: condições de saúde e acesso e utilização dos serviços de saúde” (SCOREL, 2008, p. 205- 206).

²⁷“Na saúde, a universalidade tem sido uma bandeira das lutas populares que a reivindicam como um direito humano e um dever do Estado na sua efetivação. Constitui-se como um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e está inscrita na Constituição Federal brasileira desde 1988” (MATTA, 2008, p. 465). A universalidade consiste no fato de todo cidadão brasileiro ser usuário do SUS, sem discriminação de sexo, cor, crença, escolaridade, renda, trabalho, etc.

de saúde mental localizado na região central da cidade (PAGOT, 2012). O PSF-SD foi criado junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na década de 1990. No início, o serviço estava integrado a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde eram realizadas consultas em diferentes especialidades, e ao CAIS Mental, através de reuniões, encontros para discussão de casos e encaminhamentos. O serviço atuou na prestação de atendimentos clínicos, curativos e como referência para o tratamento ambulatorial e de casos de tuberculose (PAGOT, 2012).

A criação do PSF-SD surgiu com a finalidade de formar-se uma equipe itinerante capacitada para prestar atendimento nas ruas. No entanto, o cotidiano acabou construindo outro tipo de arquitetura (PAGOT, 2012). O serviço passou a atender na própria sede, na maior parte do tempo, com uma demanda de caráter “segregacionista”, pois diferentes unidades de saúde encaminhavam os moradores de rua para esse serviço em vez de atendê-los nos seus próprios postos (*ibidem*).

Ainda a respeito da experiência do PSF-SD na Cidade de Porto Alegre, Pagot (2012) destaca alguns efeitos da proposta no município, como o fato de a população em situação de rua contar com um local para tratar as questões de saúde, dirigindo-se ao serviço espontaneamente, sem encontrar filas ou burocracia para agendamentos. Apesar de o PSF-SD cumprir essa tarefa, percebeu-se uma maior dificuldade por parte dos demais serviços da cidade em incluir a população de rua nas suas agendas de trabalho, o que dificultava o cumprimento de princípios do SUS, como a universalidade e a integralidade²⁸.

Além do PSF-SD, outra equipe ligada à SMS de Porto Alegre acompanhava uma parte da população de rua: a equipe de redução de danos. Os redutores de danos trabalham com sujeitos que fazem uso/abuso de drogas, tendo como objetivo inserir-se junto a essa população para ajudá-la a minimizar os possíveis prejuízos decorrentes do abuso de drogas (PAGOT, 2012).

Portanto, em termos de políticas de saúde para o atendimento da população em situação de rua, tem-se, a partir dos anos 1990, o PSF-SD, os programas de redução de danos e os serviços de saúde mental (CAPS adulto, CAPSi e CAPS AD) oriundos da Lei da Reforma Psiquiátrica. Tais serviços surgiram, entre outros

²⁸A integralidade, como definição legal e institucional, é concebida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema. Ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização (PINHEIRO, 2008, p. 256).

motivos, para ampliar a rede de atendimento à saúde de populações específicas que encontravam dificuldade em serem atendidas nos serviços já existentes.

O Consultório de Rua emerge em paralelo a esses movimentos em defesa de determinados grupos posicionados como mais vulneráveis. Em Salvador, no ano de 1997, foi realizada, pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/Universidade Federal da Bahia), uma pesquisa etnográfica sobre o quadro de meninos de rua que faziam uso de drogas na capital baiana. O estudo apontou que esses jovens chegavam poucas vezes ao CETAD. Já aqueles que frequentavam o serviço dificilmente davam continuidade ao tratamento. Para tentar dar conta dessa situação, o CETAD criou o primeiro Consultório de Rua do Brasil, com a finalidade de acompanhar esses jovens no território, a fim de buscar novas formas de produzir cuidado além de ampliar o acesso desses jovens a serviços de saúde (OLIVEIRA, 2009). A partir dessa experiência local em Salvador-BA, outros Consultórios de Rua foram sendo criados pelo Brasil, mas como iniciativas municipais, e não nacionais.

Os Consultórios de Rua despontaram enquanto parte de uma política nacional em 2009, ano em que o Governo Federal lançou o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso a Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD). As justificativas governamentais para promover esse plano foram a constatação da ausência da tradição da saúde pública no tocante ao tratamento de questões relacionadas ao uso de drogas (até então, segundo consta no PEAD, os vazios assistenciais do SUS eram preenchidos pela ação social, pelos abrigos e por instituições filantrópicas de orientação religiosa, como as comunidades terapêuticas), a existência de um cenário epidemiológico que apontava para a expansão do consumo de algumas substâncias, especialmente álcool e cocaína (esta última na forma de pó ou cloridrato e nas formas impuras da pasta-base, *crack*, merla e outros preparados para uso fumado), a necessidade da rede de saúde mental, serviços hospitalares, atenção básica e emergência de garantirem o acolhimento e o acompanhamento integral dos usuários de drogas e a necessidade de articular as iniciativas da sociedade civil com a esfera estatal (BRASIL, 2009).

Um dos objetivos do plano era implementar as intervenções em contexto de rua com a articulação de diferentes redes de atenção em álcool e outras drogas. Para isso, uma das proposições do plano foi o “fortalecimento e expansão de

experiência de intervenção comunitária, como Consultórios de Rua e outros (articuladas à atenção básica e visando à inclusão social)” (BRASIL, 2009, p. 6).

Em consonância com a propagação midiática de que uma epidemia do *crack* estaria despontando no país (como foi descrito em uma das seções do capítulo anterior), o Governo Federal lançou o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas (PIEC) em 2010, com o objetivo de “intervir nas causas e efeitos do consumo de álcool e outras drogas, oferecendo cuidados de atenção com base na perspectiva da redução de danos sociais e à saúde” (BRASIL, 2010, p. 4). Outro objetivo do programa era ampliar e integrar as ações voltadas à prevenção de uso, tratamento e reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas, contemplando a participação de familiares e a atenção aos públicos vulneráveis (BRASIL, 2010).

Paradoxalmente, o PIEC prometeu investimentos tanto em serviços da rede pública (ampliação de CAPS AD, NASF, Consultório de Rua) quanto da rede privada/filantrópica (ampliação da compra de leitos no setor privado e do financiamento de comunidades terapêuticas). Em relação ao PIEC e às tensões no campo das políticas de saúde mental, Lima e Tavares (2012, p. 19-20) expõem o seguinte:

As políticas do Executivo Federal após o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, em 2010 descortinou o subfinanciamento do SUS e, portanto, da saúde mental, mas a apropriação política dessa constatação caminhou para enunciações diferentes nas respostas: uma delas, liderada por políticos em frentes do Congresso Nacional avaliou ser o SUS insuficiente para enfrentar o problema do *crack*, desconsiderou as conquistas do controle social na saúde pública, chegou a decretar o fim da reforma psiquiátrica e pressionou pela inclusão das comunidades terapêuticas no âmbito do SUS; outra, protagonizada por parte dos militantes da saúde mental e da reforma psiquiátrica, aproveitou a força política da agenda do *crack* para fortalecer o SUS, através do financiamento de linhas de cuidado previstas na atenção básica, hospitalar, em saúde mental, formação e pesquisa.

Ainda a respeito desses dois programas do Governo Federal em que os Consultórios de Rua são inseridos enquanto serviços estratégicos para agenda sobre álcool, *crack* e demais drogas, ambos parecem sinalizar para a redução de danos como principal estratégia de intervenção junto aos usuários de drogas, classificados como “epidemia urbana”, associados à “marginalidade avançada” (NUSOL, 2011). Entretanto, é preciso desconfiar e colocar sob suspeita se tais programas realmente estão implicados com a perspectiva da redução de danos

como paradigma a ser entendido pelas equipes de Consultório de Rua e pelos demais serviços de saúde. O PIEC, conforme mencionado antes, prevê repasse de verba pública para ampliação de leitos em comunidades terapêuticas e em instituições de perfil asilar e privativo onde, segundo o relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011), existe ainda um conjunto de práticas de violação de direitos dos usuários internados, como a interceptação e violação das correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, como o anti-HIV –exigência esta inconstitucional–, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras (LIMA; TAVARES, 2012).

Nesse sentido, Rodrigues (2012, p. 29) coloca em dúvida a questão de que, nesses programas governamentais, as diretrizes oriundas da redução de danos “aparecem combinadas à tradicional ênfase repressiva e proibicionista”. Para esse autor, os Consultórios de Rua correm o risco de servirem a interesses antagônicos, colocados ora sob um viés de segurança pública, ora de acolhimento e cuidado. Por essa razão, Rodrigues coloca como questão a ser pensada o fato de que “iniciativas como os Consultórios de Rua podem ser portas para internações compulsórias que nada mais são do que atualizações de práticas higienistas que se redimensionam numa nova tecnologia do governo das ruas” (2012, p. 31).

Já outros trabalhos, orientados pelas teorias do campo da saúde coletiva, têm apontado que o Consultório de Rua tem contribuído para o fortalecimento e a integração da rede de atenção à saúde, bem como tem conseguido trabalhar na perspectiva da redução de danos, com abordagens mais acolhedoras e que ampliam o acesso dos moradores de rua a serviços de saúde (OLIVEIRA, 2009; JORGE; WEBSTER, 2012; LIMA, 2013).

A respeito do serviço em rede, em 2011 ocorreu uma mudança que alterou o nome e a política dos Consultórios de Rua. A proposta do Consultório **de** Rua, então ligada à coordenação nacional de saúde mental, mudou de nome e passou a ser chamada de Consultório **na** Rua (CnR), tornando-se um serviço da rede de atenção básica do SUS. Passaram a ser requisitadas das equipes outras abordagens a fim de atender aos diferentes tipos de demandas e necessidades de saúde da população de rua, incluindo aquelas relacionadas ao sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de *crack*, álcool e outras drogas, bem como a prática da

redução de danos (BRASIL, 2011). Quanto à essa mudança, foi elaborada a Nota Técnica Conjunta/2012 da Coordenação de Área Técnica de Saúde Mental e do Departamento de Atenção Básica, a fim de justificá-la:

Esta mudança firma o interesse compartilhado entre as áreas envolvidas, qual seja, de que estas equipes abordem os diferentes tipos de demandas e necessidades de saúde da população em situação de rua, incluindo aquelas pessoas em sofrimento decorrente de transtorno mental, consumo de *crack*, álcool e outras drogas bem como a prática da redução de danos em sua abordagem.

Portanto, de acordo com o que consta na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as equipes de Consultório *na* Rua têm algumas responsabilidades, conforme descrito a seguir:

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos consultórios na rua que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. As equipes deverão realizar suas atividades, de forma itinerante desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes de atenção básica do território (UBS e NASF), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil (BRASIL, 2011).

Para Lima e Tavares (2012), a Política Nacional de Atenção Básica ratifica – mais que o PEAD e o PIEC – a orientação da redução e o incremento das equipes de Saúde da Família e dos Consultórios na Rua, bem como dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, enquanto estratégia prioritária de trabalho territorial com os usuários de drogas e moradores de rua.

Diante de uma análise inicial baseada na leitura dos artigos já referenciados, considera-se que a atual rede de serviços disponíveis para atender a população de rua pode tanto proporcionar um cuidado que acompanhe e respeite os modos de circulação e as histórias desses sujeitos, suas formas de vida e de habitarem a cidade, quanto vir a ser uma rede de captura dessas pessoas enquanto estratégia biopolítica, de controle e vigilância dessa população, de normatização e captura dos

modos de viver (OLIVEIRA, 2009; JORGE; WEBSTER, 2012; LIMA; TAVARES, 2012; RODRIGUES, 2012; CLEMENTE *et al.*, 2013; LIMA, 2013).

3.5 A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O propósito desta última seção do capítulo que apresenta o cenário desta dissertação não é trabalhar sobre a vida dessa população como algo linear, natural, estático. Em vez de falar a respeito das verdades últimas da população em situação de rua, deter-me-ei a problematizar os jogos discursivos que foram tornando o viver na rua uma prática problemática e incômoda em nossos dias. Viver na rua, da rua ou em situação de rua não é algo recente, mas sim um processo que, ao longo da história, vem demonstrando rupturas, descontinuidades, repetições e peculiaridades de cada local e período histórico. Trata-se de fazer como aprendemos com Foucault, ou seja, mostrar que não somos os mesmos de outros tempos, e ainda buscar responder a seguinte pergunta: O que estamos fazendo de nós mesmos?

Morador de rua, mendigo, pedinte, sem-teto e desabrigado são alguns dos nomes recebidos pelos sujeitos em diferentes tempos e espaços urbanos. Cabe salientar que essa polifonia é formulada a partir de características típicas dos espaços urbanos, articuladas com as questões materiais e morais de cada período histórico. Uma definição mais geral seria a ideia de um sujeito que vive em extrema carência material, não podendo sobreviver com meios próprios. Tal situação de indigência material força o indivíduo a viver na rua, perambulando de um local para o outro, recebendo o adjetivo de vagabundo, ou seja, aquele que vaga, que tem uma vida errante. Com relação a isso, Frangella (2004, p.37) afirma:

Cada categoria [de morador de rua] possuía uma forma diferenciada de circular e de estar nas ruas. Com o passar dos séculos, esses personagens diversos foram se somando nos espaços das cidades, constituindo um conjunto dinâmico a cada experiência urbana. Comum a esses períodos é que os errantes constituem sempre um segmento à parte, à margem das ordenações sociais e urbanísticas. O ato de vagar, também traduzido ao longo dos séculos como o de vadiar, foi sendo reconfigurado, e o errante – ou vagabundo – teve seu estatuto sociopolítico modificado.

Para a mesma autora, os moradores de rua constituem, atualmente, um segmento social peculiar no espaço urbano. Devido a inúmeras e diversas trajetórias de desvinculação social econômica, esses sujeitos passam a habitar lugares da cidade até então impensáveis ao planejamento urbanístico e ao imaginário coletivo:

as ruas, os espaços vazios embaixo de viadutos, os terrenos e/ou construções abandonadas, as praças, ascalçadas (FRANGELLA, 2004; MAGNI, 2006). É possível dizer que, desde a formação das cidades ocidentais, os moradores de rua vivem “em contraposição às estratégias econômicas e políticas que ideologizam as cidades contemporâneas – sobretudo as metrópoles” (FRANGELLA, 2004, p. 12).

A partir disso, compartilho da ideia de que nem sempre o viver na rua foi um problema para a sociedade e nem sempre as pessoas em situação de rua foram consideradas loucas, drogadas ou vagabundas. Portanto, tomarei a narrativa sobre o filósofo Diógenes na Grécia Antiga como um marco possível para contar a história dos moradores de rua.



Figura 8 – Diógenes, “o filósofo do barril”
Fonte:Wikipedia, 2013.

Diógenes foi um filósofo grego e, até onde se sabe, ele teria vivido no exílio devido a um delito cometido pelo seu pai (CARVALHO, 2012). Exilado, o filósofo grego resolveu abrir mão da vida tradicional na pólis grega e passou a viver de forma nômade, tornando-se um morador de rua. Filósofo, morador de rua e crítico das instituições sociais e das morais vigentes de sua época. A trajetória de Diógenes nos mostra o retrato de alguém que viveu boa parte da vida na rua, mas nem por isso se tornou uma pessoa inválida ou portadora de algum transtorno psiquiátrico; pelo

contrário, ele era respeitado e valorizado pela comunidade, que o teria indicado para trabalhar para o Rei Alexandre (*ibidem*).

Segundo consta, Diógenes, que vivia em uma situação na época considerada como uma das piores possíveis, era um crítico das convenções da vida na pólis, seja pelo desprezo ao poder, seja na crítica ao caráter puramente ornamental da educação dos ricos, ou da filosofia de Platão (*ibidem*).

A narrativa de Diógenes me parece²⁹ uma maneira de evidenciar que existem diferentes formas de habitar-se o mundo e de viver na rua. Diógenes foi para rua por uma questão de circunstância, mas permaneceu como meio de pôr em prática suas convicções filosóficas – no caso ele se negou a trabalhar para o Rei Alexandre (CARVALHO, 2012). Diógenes não parecia ser um incômodo para uma parte da sociedade grega, o que me permite dizer que não é desde sempre, não é natural, que estar em situação de rua é considerado sinônimo de vulnerabilidade ou de perigo para as demais pessoas³⁰.

Histórias de pessoas em situação de rua já eram precedentes à época de Diógenes. O surgimento de pessoas que habitam as ruas é algo que remonta a formação das cidades. Algumas das questões que motivaram o surgimento desse grande grupo de pessoas podem estar relacionadas à expropriação das terras comunitárias, à expulsão dos sujeitos para as cidades emergentes, ao estabelecimento da escravidão, à difusão dos direitos e ao aparecimento concomitante da economia monetária e da divisão do trabalho (STOFFELS, 1977).

Aos sujeitos que não fossem escravizados ou que conseguissem resistir ao regime de escravidão, restavam poucas formas de sobrevivência. Sendo assim, a mendicância tornava-se uma das possibilidades para essas pessoas (MAGNI, 2006). A vida na rua também foi uma realidade para aqueles camponeses que não possuíam campos, sementes e equipamentos e que não trabalhavam para os senhores feudais (*ibidem*).

²⁹ A primeira vez que soube da história de Diógenes foi a partir da fala de Luis Fernando Bilibio no III Seminário Internacional “Educação Medicalizada: reconhecer e acolher as diferenças”, realizado em São Paulo, nos dias 10 a 13 de julho de 2013.

³⁰ José Datrino, brasileiro, nascido no interior de São Paulo, fez das ruas do Rio de Janeiro o seu espaço principal de sociabilidade, moradia e difusão de ideais de harmonia, paz, respeito, liberdade e amor. José, mais conhecido como o Profeta Gentileza, tornou-se famoso pelo seu lema “gentileza gera gentileza”, eternizado em muros e paredes cariocas. O profeta Gentileza não ficou conhecido como um vulnerável ou um ser perigoso. Sua imagem estava associada a de alguém que possuía argumentos que sensibilizavam aqueles que o ouviam, podendo, inclusive, alterar comportamentos de uma coletividade. Gentileza foi respeitado e valorizado por diversas pessoas durante sua vida (GUELMAN, 2000).

Durante a Idade Média, conforme aponta Magni (2006), a Igreja Católica passou a atribuir um status positivo à pessoa pobre. A autora explica que, para a Igreja, o mendigo era sagrado e necessário, pois quem lhe desse a esmola teria perdoado seus próprios pecados. Contudo, fica evidente que a ideia não era a de legitimar a vida na rua, mas a de estabelecer uma relação de benefício para si mesmo, afinal de contas a motivação em dar esmolas visava ao perdão dos pecados da pessoa benfeitora. Ao mesmo tempo alguns monges, como os franciscanos, acabaram optando por seguir uma vida mais humilde e próxima dos moradores de rua (MAGNI, 2006).

Essa situação acabou gerando uma nova população de rua, de maneira que algumas pessoas passaram a atuar como mendigos para alcançar alguns benefícios, como esmola e comida. Magni (2006) diz que, durante o período de empobrecimento da Europa nos séculos XIV e XV, havia duas categorias de pessoas de rua segundo as comunidades: o mendigo verdadeiro e o mendigo falso. Enquanto o primeiro era merecedor de caridade por ser alguém honesto, bom, mas inválido, o segundo era tido como alguém falso, vagabundo, mau e, em vez de merecer a caridade, deveria ser reprimido. Há, portanto, uma moralização e categorização do viver na rua nesse período. Assim como Diógenes na Grécia, nessa época algumas pessoas faziam do nomadismo, do viver na rua, um modo de vida, assim como outras pessoas tinham nesse modo uma condição temporária, sugerindo que essa divisão entre o bom e o mau mendigo estaria equivocada, pois nem todas as pessoas que viviam na rua sobreviviam da mendicância (MAGNI, 2006).

Nesse período da Idade Média, começou a emergir um arcabouço de políticas, leis e estatutos que visavam criminalizar a pobreza e aqueles que viviam nas ruas. Na França do século XIV ao século XVIII, a “vagabundagem” estava definida em forma de tratado, como uma prática condenável segundo os valores da época (MAGNI, 2006). Três séculos mais tarde, ocorreu uma sistematização sobre o que era ser “vagabundo”. Os critérios seriam a errância sem objetivo e nenhuma utilidade, a falta de uma profissão e de fortuna pessoal e a errância nas cidades e aldeias por “vadiagem” e para cometer crimes e fingir-se de doente (GEREMEK, 1976, *apud* MAGNI, 2006). Dessa forma, com o advento do modo de produção capitalista, a pessoa em situação de rua deixou de ter um caráter místico e sagrado

para tornar-se alguém suspeito, vadio e criminoso, além de ter sua imagem difundida negativamente pelo Estado e pelos donos de fábricas e indústrias.

Durante os séculos XVII e XVIII, guiados pelos princípios do positivismo e do capitalismo e pelas reformas urbanas, houve a intensificação da força de trabalho, fato que aumentou a repressão e o castigo às pessoas que viviam na rua, seja por transgressão ou por estarem desempregadas (MAGNI, 2006). Entretanto, como vemos nos dias de hoje, mesmo com um aumento da repressão por parte do Estado através da polícia e de outros setores, tanto públicos quanto privados, muitos indivíduos conseguiam resistir frente a essas políticas, inclusive com o apoio de pessoas da comunidade que não viviam na rua (*ibidem*).

Enquanto a Europa passava por severas transformações no tecido urbano, tendo um aumento no contingente de moradores de rua e de práticas de repressão a essas pessoas, no Brasil do fim do século XVIII e começo do XIX, Cunha (1989) identifica nos jornais e demais escritos da época a existência de “pessoas folclóricas” que ainda viviam em situação de ruano Rio de Janeiro. A autora diz que, ao ler esses textos, pode-se perceber a existência de muitas figuras públicas e populares que carregavam a marca da “vesânia” e que viviam livres pelas ruas, incorporadas à paisagem urbana, aos costumes populares e ao cotidiano da cidade. Eram os “tipos de rua”, como falava o cronista da época Melo Moraes Filho (CUNHA, 1989). Príncipe Obá, Príncipe Natureza, Miguelista, Maria Doida, Capitão Nabuco e Policarpo são apenas alguns desses sujeitos que viviam nas ruas do Rio de Janeiro. Os modos como eles são indicados pelos relatos e pelas histórias da época mostram cenas de convivência e aceitação populares nesse período do segundo império, bem diferentes das imagens que vinculavam os moradores de rua como perigosos e ameaçadores a partir da emergência do alienismo (*ibidem*).

Com a ascensão do alienismo, em meados do século XIX, o tema da loucura passou a ser tratado como fonte de pessoas em situação de rua na época. O tema era abordado pelos seguidores das noções modernas de ciência, pautando esse debate como um tema urbano, da mesma importância que saneamento, matadouros e cemitérios, habitações coletivas, prostituição, higiene e até mesmo sífilis (CUNHA, 1989). Nesse período, as ideias e os princípios do alienismo foram aos poucos se incorporando nas falas das pessoas que não trabalhavam especificamente no campo da saúde ou da assistência. As táticas do alienismo para penetrar amplamente no tecido social das grandes cidades foram bastante variadas.

Primeiramente, os discursos eram cifrados, temperados pelo peso da verdade científica, capazes de difundir medo e respeito – como podemos ver no conto de Machado de Assis, *O Alienista* (CUNHA, 1989). Para além da difusão desse discurso científico da época, o alienismo valeu-se também da publicação de artigos na imprensa e de imagens de folhetim capazes de transmitir suas preocupações, nos quais, na maior parte das vezes, era reproduzida uma série de preconceitos preexistentes ao alienismo (*ibidem*). A autora segue:

Mas, sobretudo, as teorias alienistas sobre a degeneração permitiriam equacionar uma questão que preocupava os teóricos e políticos do período: a transformação do sentido atribuído à pobreza quando concentrada nos grandes centros urbanos que se formavam em torno das fábricas. Objeto de uma concepção fundada nos princípios religiosos da caridade cristã, destinatária da filantropia que garantiria para as classes privilegiadas também “o reino dos céus”, além do poder terreno, a pobreza fora enfrentada em momentos anteriores como algo natural, possível de serem equacionados por instituições como as Santas Casas de Misericórdia, patronatos e escolas. Aglomerada nas cidades, ela vai paulatinamente tornando-se uma ameaça a ser enfrentada pelo modelo de produção capitalista (CUNHA, 1989, p. 24-25).

Nesse período do Brasil República, a saúde andava acompanhada da polícia e do judiciário, por meio dos discursos da periculosidade do louco, do pobre, da pessoa que vivia na rua, dentre outros. Entre as políticas republicanas voltadas para as camadas mais populares da sociedade brasileira, estavam a destruição dos cortiços, a perseguição de práticas de cultura popular, a higienização das cidades, a repressão policial e o internamento (RAGO, 1987; CUNHA, 1989).

Ainda no final do século XIX e também no começo do século XX, os higienistas sociais, como Rago (1987) apresenta, ocuparam-se com a medicalização das cidades, a limpeza de terrenos baldios, o alinhamento das ruas, entre outras coisas. Esses mesmos higienistas também se alarmaram com os surtos epidêmicos vindos dos bairros pobres e com a possibilidade de essas doenças chegarem aos bairros ricos. Nesse momento, desenvolveu-se um projeto utópico de desodorização do espaço urbano, que acabou interferindo na vida e nos modos das pessoas pobres habitarem as cidades (*ibidem*).

Em vez de questionarem a ordem social vigente, os higienistas, apoiados pelos governantes da época, preferiram responsabilizar os trabalhadores pobres e os moradores de rua pela sujeira da cidade e pela disseminação de doenças. As intervenções estatais tiveram seu lócus na distinção e na separação entre bairros

pobres e ricos, além de fechar diversos cortiços e outros conjuntos habitacionais populares, fato que pode ter contribuído para o aumento de pessoas vivendo na rua, muito embora, segundo Rago (1987), mesmo com essas políticas de controle das habitações populares, muitos trabalhadores fabris continuavam a rejeitar o modelo de vida doméstica da burguesia e, assim, seguiam vivendo nessas casas mais econômicas. Viver na rua era um perigo para os donos de fábricas e indústrias na época. Para eles, a rua era o local onde surgiam os vícios latentes e, por isso, a ideia era impedir que as pessoas ficassem na rua, e sim dentro de casas, junto aos familiares (RAGO, 1987).

Nesse período da primeira metade do século XX, grandes cidades como Rio de Janeiro e São Paulo assistiam ao aumento de mulheres mendigas, crianças pedintes e esmoleiros em decorrência da falência das estruturas econômico-sociais do meio urbano (FRANGELLO, 2004). Nessas duas grandes cidades brasileiras, segundo Frangello (2004, p.45-46), “a profissionalização da mendicância, as práticas de pedir e de provocar piedade, consideradas crimes de vadiagem, resistiram às ações repressivas da polícia” nesse começo de século.

A partir da segunda metade do século XX, principalmente no período pós-guerra, ocorreu um acréscimo considerável de pessoas desabrigadas, desempregadas e doentes nos países europeus, ocasionando um aumento das redes de assistência a essa parcela da população (FRANGELLO, 2004). Enquanto no Brasil a questão da população de rua era mais vinculada às instituições de caridade e aos higienistas em geral (policiais, trabalhadores da saúde), na Europa, países como França e Inglaterra passaram a rever o estatuto do morador de rua devido às transformações no perfil dessa população no pós-guerra.

Na Inglaterra, as provisões de residência, acomodações temporárias e centros de restabelecimento passaram a ser exigidos por lei. Décadas depois, a questão do *homelessness* marcada fortemente no contexto inglês como um assunto que envolve o poder nacional e autoridades locais. Na França, o vagabundo tornou-se o signo de uma falha de solidariedade democrática e da impotência dos dispositivos assistenciais quanto a ajudar eficazmente (p. 46).

Nos anos 1970, tanto no Brasil quanto na Europa, os termos utilizados para designar moradores de rua foram sendo modificados. A partir dessa década, termos como *sans-abr* (do francês), *homeless* (inglês), sem-teto e população em situação de rua foram ganhado espaço no campo das políticas estatais de assistência, “frutos

de uma gradual adequação da realidade desse segmento à noção de exclusão social” (FRANGELLO, 2004, p. 46). Foi também nesse período histórico que começaram a aparecer com mais frequência os registros de pessoas vivendo nas ruas das grandes cidades sem uma renda fixa (STOFFELS, 1977).

Escorel (1999) situa o crescimento do número total de pessoas e de grupos morando nas ruas a partir do final da década de 1980 (tendo como referência a cidade do Rio de Janeiro), quando a presença passou a ser percebida como inoportuna, mas, principalmente, ameaçadora à ordem vigente e às famílias ricas. Nessa década, a partir do apoio de algumas organizações e grupos, pessoas em situação de rua indicavam e realizavam mobilizações para reivindicar melhores condições de vida e políticas públicas que garantissem a sua autonomia (MNPR, 2010).

No período de redemocratização brasileira (fim dos anos 1980 e começo dos anos 1990), começaram a surgir as primeiras cooperativas de catadores de materiais recicláveis, sendo compostas, na sua maioria, por moradores de rua. A partir disso, percebe-se que algumas das possibilidades encontradas pela população em situação de rua para obter ou atingir melhores condições de vida passam pela organização coletiva, seja pelo trabalho – como nas cooperativas –, seja pela militância (nos anos 2000 nasce o Movimento Nacional da População de Rua – MNPR) ou ainda pela cultura, através de eventos e publicações próprias e/ou em parceria com outros atores. No caso específico de Porto Alegre, por exemplo, há um coletivo que desenvolve há dez anos o jornal “Boca de Rua”, no qual moradores e ex-moradores de rua escrevem, em parceria com estudantes e jornalistas voluntários, o material a ser publicado para depois venderem nas ruas, como mais uma forma de sustento e de divulgação de seu trabalho³¹.

Em termos de dados oficiais a respeito da população em situação de rua no Brasil (para além dos dados trazidos em artigos científicos e pesquisas realizadas por diferentes instituições públicas), o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) promoveu a I Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua. A pesquisa ocorreu no período de agosto de 2007 a março de

³¹ Sobre o jornal Boca de Rua, ver mais em <<http://www.youtube.com/watch?v=5TtoMSiRn0w>>. Acesso em 10 de dezembro de 2013.

2008 e foi realizada em 71 municípios, sendo 23 capitais³² e todos os outros 48 municípios com população igual ou superior a 300 mil habitantes.

Para realizar essa pesquisa, foi utilizado o termo *população em situação de rua*, definido da seguinte forma:

Grupo populacional heterogêneo, caracterizado por sua condição de pobreza extrema, pela interrupção ou fragilidade dos vínculos familiares e pela falta de moradia convencional regular. São pessoas compelidas a habitar logradouros públicos (ruas, praças, cemitérios, etc.), áreas degradadas (galpões e prédios abandonados, ruínas, etc.) e, ocasionalmente, utilizar abrigos e albergues para pernoitar (BRASIL, 2008, p. 8).

Na pesquisa nacional sobre população em situação de rua, foram identificadas 31.922 pessoas nessa condição, número que equivale a 0,061% da população das cidades selecionadas para esse levantamento. Com relação a sexo e idade dos sujeitos que participaram da pesquisa, 82% eram homens, 53% (do total de pessoas identificadas) situavam-se na faixa etária entre 25 e 44 anos e, se considerada a faixa entre 25 e 54 anos, a percentual alcançava 69,5% (MDS, 2012).

Dentre os motivos que teriam levado os sujeitos a viver e a morar na rua, foram mencionados: alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%) e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%). Dos entrevistados, 71,3% relataram, pelo menos, um dos três motivos, indicando, segundo as análises dos pesquisadores, uma relação causal entre eles.

Grande parte da população entrevistada não era atingida pelos programas governamentais, como indicam os números: 88,5% afirmaram não receber qualquer benefício dos órgãos dos Governos Federal, Estadual e Municipal. Entre os benefícios recebidos, foram identificados a aposentadoria (3,2%), o Programa Bolsa Família (2,3%) e o Benefício de Prestação Continuada – BPC (1,3%).

Com relação aos locais para dormir, 46,5% afirmaram preferir dormir na rua, enquanto 43,8% manifestaram preferência por dormir em albergues. Os motivos apontados para a preferência em dormir na rua foram a falta de liberdade nos albergues (44,3%), seguida da imposição de horários de entrada, saída e demais

³²“Belo Horizonte, São Paulo e Recife não foram incluídas no universo de municípios pesquisados, pois essas capitais já haviam realizado, em anos anteriores, levantamentos sobre a população em situação de rua, seguindo metodologias diversas. Porto Alegre também foi excluída da seleção a pedido de sua prefeitura municipal, que iniciava, praticamente no mesmo período do estudo contratado pelo Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome (MDS), o seu próprio censo da população em situação de rua” (MDS, 2012, p. 95).

rotinas (27,1%) e o fato de ser proibido, nesses locais, o consumo de álcool e drogas (21,4%).

Grande parte da população em situação de rua entrevistada é trabalhadora, sendo que 70,9% afirmaram exercer alguma atividade remunerada. Entre as atividades mencionadas, destacam-se: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), trabalhos na construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Tais dados contrariam a imagem comumente difundida de que o morador de rua não faz nada e vive apenas da mendicância.

Os dados levantados nessa pesquisa serviram de base para que fosse construída e publicada a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua no ano de 2008.

A população em situação de rua voltou a estar em evidência por uma união entre dois campos: saúde e segurança pública. Com a suposta epidemia de *crack* e a aproximação da realização dos megaeventos esportivos no país, as páginas e reportagens de televisão voltaram a retratar o morador de rua enquanto um sujeito perigoso e submisso aos vícios e às atividades ilícitas, em uma clara e manifesta propaganda pró-internações compulsórias em massa dessa população. Em contrapartida disso, tem-se ampliado os serviços específicos na área da saúde (como os CnR) e da assistência social, assim como o número de cooperativas, principalmente de catadores de lixo, com o intuito de assegurar os direitos dessa população.

PARTE IV – INQUIETAÇÕES E PROBLEMATIZAÇÕES

Após ter apresentado o *making of* e os contextos que envolvem o campo da minha pesquisa de mestrado, irei abordar, na parte IV do trabalho, algumas inquietações e problematizações a respeito dos materiais da pesquisa de campo. As problematizações referem-se às perguntas de pesquisa que construí durante o desenvolvimento deste trabalho.

As inquietações vieram das incertezas, das dúvidas e das expectativas para os próximos anos. Para auxiliar-me neste processo analítico, vou à minha caixa de ferramentas, onde encontro os textos de Michel Foucault, Gilles Deleuze, Felix Guattari, Emérsom Merhy (entre outros); pego e utilizo-os a fim de obter potentes discussões para abordar minhas problematizações.

As respostas – ou novas perguntas – às minhas questões de pesquisa encontram-se dissolvidas em dois momentos desta dissertação: na Parte I, em meio às crônicas urbanas e, na Parte III, com diferentes problematizações, mas que seguem linhas em comum e possuem como conector as noções de biopolítica presente na obra Foucault e nos trabalhos de autores foucaultianos.

No primeiro capítulo, trago as noções de racismo e anormais a partir da leitura de Foucault, para abordar os modos como a sociedade (Estado, instituições privadas, sociedade civil, etc.) tem lidado com a população em situação de rua na atualidade, frente a todas as discussões recentes sobre recolhimento e internação compulsória.

No capítulo seguinte, problematizo a questão do Consultório na Rua ser – ou não ser – um espaço de inclusão em contraposição às práticas de internação compulsória. Nessa parte, também utilizo a noção de inclusão e exclusão a partir do olhar de Foucault para as práticas de tratamento da lepra e da peste na Europa nos séculos XV a XVIII. Também questiono as formas como a rede de serviços de saúde interage com a população em situação de rua e como essa população envolve-se e articula-se com o Consultório na Rua.

Por fim, elaboro uma definição para clínica menor, baseada no conceito de literatura menor de Deleuze e Guattari, para pensar as possibilidades clínicas praticadas pela equipe do consultório. Articulo tal conceito com as ideias de autores do campo da saúde coletiva, como Lancetti e Merhy.

4 A PRODUÇÃO DOS ANORMAIS CONTEMPORÂNEOS

Parasita, nojeira, zumbi, inconsequente, incapaz, vagabundo; tranquilo, trabalhador, irmão, ser humano; coitado. Foram várias as palavras ou os termos sobre os moradores de rua enunciados pelas pessoas que cruzaram comigo durante a confecção do campo de pesquisa. De fato não posso afirmar que há uma representação do morador de rua que seja unívoca entre a população em geral. Nas crônicas, por exemplo, aparecem alguns desses mencionados termos, trazidos em diversas ocasiões e por pessoas que ocupavam diferentes posições na sociedade (comerciante, vereador, jovem, trabalhador da saúde, entre outros).

Ao analisar as pistas que fui encontrando na pesquisa de campo, atentei para algumas semelhanças entre os enunciados que visavam criminalizar a pessoa em situação de rua na atualidade e os enunciados que produziram a figura do anormal descrita por Michel Foucault. Contudo, é necessário enfatizar que, neste momento, não pretendo afirmar que os processos são idênticos, até porque cada período histórico tem suas peculiaridades, seus cenários e seus personagens. O próprio Foucault afirmava que a história não se repete, nem como farsa, nem como tragédia, e que ela está repleta de descontinuidades, repetições e diferenças.

Foucault aborda a figura dos anormais a partir da análise do exame médico-legal na França no século XVIII. Tal exame, requisitado pelo aparato judiciário para que o juiz pudesse ter mais elementos técnicos com relação à personalidade do réu e então poder julgá-lo, permitiu que se estabelecesse uma série de demarcações dicotômicas: entre doença e responsabilidade, causalidade patológica e liberdade do sujeito jurídico, entre terapêutica e punição, medicina e penalidade, hospital e prisão (FOUCAULT, 2001).

Tal tipo de exame comentado por Foucault no curso *Os Anormais* busca a identificação da maneira de ser do sujeito a ser julgado, deslocando a questão do delito em si para questões de conduta que vão dizer se a pessoa está ou não dentro ou próxima de uma norma ética emoral.

No fundo, no exame médico-legal, a justiça e a psiquiatria são ambas adulteradas. Elas não têm a ver com seu objeto próprio, não põem em prática sua regularidade própria. Não é a delinquentes ou a inocentes que o exame médico legal se dirige, não é a doentes opostos a não-doentes. É a algo que está, a meu ver, na categoria dos “anormais”; ou, se preferirem, não é no campo da oposição, mas, sim no da gradação do normal ao

anormal, que se desenrola efetivamente o exame médico-legal (FOUCAULT, 2001, p. 52).

Assim, a justificativa para julgar, vigiar e até mesmo prevenir futuros crimes ocorria no campo das condutas pessoais. O campo jurídico e médico deixavam de preocupar-se – por um momento – com leis, estatutos e condutas terapêuticas para aterem-se nos modos como os sujeitos levavam suas vidas. Ao julgarem um comportamento anormal ou imoral, eles – médicos e juízes – fixavam o que deveria ser o comportamento normal, o padrão que deveria ser seguido para as pessoas manterem-se distantes de qualquer comportamento desviante desse.

A respeito dos anormais contemporâneos, Émerson Merhy (2012) parte de outro marco regulador, diferente do aparato médico-judicial descrito por Foucault.

Aceitei, para iniciar, um certo convite foucaultiano de pensar sobre os anormais, hoje, quando há um enorme esforço, por parte de setores conservadores, de conduzir a construção de um imaginário social que torne visível os usuários de drogas como zumbis, não humanos. Como vitimizados pela captura-dependência que as substâncias químicas ilícitas lhes provocariam, de tal maneira que eles deixaram de ser sujeitos desejantes para serem meros objetos inertes e irresponsáveis, quanto aos seus próprios atos (MERHY, 2012, p. 9).

Ao colocar as realidades que conheci durante a pesquisa em diálogo com as teorizações de Foucault e Merhy, percebo que a questão a qual ainda marca a constituição de novos anormais é o modo como algumas pessoas levam suas vidas. Nesse sentido, diferentes campos têm se colocado como defensores de um determinado estilo de vida, o qual, por sua vez, acaba por condenar os modos de conduta da população em situação de rua e daqueles sujeitos que fazem uso de drogas.

Campanhas publicitárias, entrevistas com médicos em programas televisivos, editoriais de jornais de grande circulação e ligados a poderosos grupos do campo midiático têm investido recentemente em dizer que o morador de rua e o usuário de droga precisam de um modo peculiar de tratamento. Como mencionado em outro momento, quando certos setores esforçam-se em relacionar o uso de drogas às camadas pobres, aos jovens desempregados, aos moradores de rua e aos criminosos, eles estão plantando as sementes do medo, da insegurança, da descrença e da desconfiança sobre esses sujeitos.

Não é à toa que muitas pessoas, durante as abordagens do consultório, lançavam olhares de reprovação àquilo, ao ato de estar cuidando de alguém na rua. *“Por que investir em uma forma de cuidado com pessoas em situação de rua, se elas não prestam, não querem viver, pagar impostos, trabalhar?”*. Esse é um pensamento corriqueiro – mas não generalizado – entre os transeuntes com os quais cruzei olhares e tive conversas nesse período de pesquisa de campo. Certa vez, um taxista perguntou, em frente a uma zona de prostituição, local onde iríamos dar carona para uma das mulheres ir fazer o exame pré-natal: *“Mas vocês cuidam dessa gente?”*. Também lembro ter escutado na sala de espera de uma UBS: *“Porque essa mulher aí [moradora de rua] vai ser atendida na nossa frente se ela chegou depois? Ela não trabalha, só se chapa e tem preferência?”*. Isso sem mencionar as falas da maioria dos vereadores na sessão da Câmara de Porto Alegre, na qual participei juntamente com a equipe do CnR Joquim. Ali foi possível notar que tais sujeitos estavam se esforçando muito para dizer que o usuário de droga *“vive atirado na rua, não consegue raciocinar, rouba, mata”*, enfim, a intenção é a de construir um personagem monstruoso e um exemplo daquilo que não se deve seguir.

Essas discursividades–despotencializadoras da população de rua e dos usuários de drogas –, que estão espalhadas e capilarizadas no tecido social urbano e que posicionam essas pessoas *“como monstros contemporâneos, concorrem para a constituição de políticas públicas higienistas, de exclusão e exclusão”* (PETUCO, 2012, p. 27), como a implementação de medidas de internação compulsória em massa, a exemplo do que já ocorre em cidades como Salvador, Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro.

O que temos de relativamente novo (e não inédito) é um deslocamento do campo jurídico para o campo da saúde, em especial do médico. Na medida em que tais discursos desejam colocar o usuário de droga e o morador de rua como sujeitos que precisam de um tratamento da saúde em vez de um julgamento pela via judicial, tal parcela da população urbana ingressa no bojo das estratégias disciplinares e biopolíticas na contemporaneidade.

Considero estratégias disciplinares aquelas adotadas no período o qual Foucault (2005) cunhou de sociedades disciplinares, nas quais emergiram diversas instituições baseadas em sistemas fechados e na vigilância pan-óptica, de forma que saúde, habitação, migração, natalidade, longevidade, mortalidade, higiene e sexualidade passaram a ser assuntos que diziam respeito ao poder, penetrando a

sociedade de maneira capilar, gerindo o tempo, disciplinando os espaços públicos e privados, normatizando a vida (OLIVEIRA, 2007). No século XVII e em parte do século XVIII, viram-se aparecer técnicas de poder que eram essencialmente centradas no corpo individual, de maneira a induzir os sujeitos a seguirem certos comportamentos, e não outros (FOUCAULT, 2005).

Contudo, na metade do século XVIII, Foucault apontou para algo novo, outra tecnologia de poder, diferente da disciplinar, mas sem excluir sua lógica completamente, e sim a integrando e modificando parcialmente. Essa técnica de poder referia-se à vida dos homens, aos homens vivos, ao homem espécie, e não ao homem indivíduo como no poder disciplinar. Tal tomada de poder passou de individualizante para massificadora, do indivíduo para a população, tornando-se uma biopolítica, como diria Foucault (2005).

Foucault apresenta o conceito de biopolítica durante a década de 1970 para mostrar a entrada do corpo biológico, do corpo espécie, na dimensão política. Para o autor (2011, p. 459), a biopolítica (iniciada em meados do século XVIII) é uma maneira de “racionalizar os problemas apresentados à prática governamental pelos fenômenos próprios a um conjunto de viventes constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, longevidade, raças”.

Nesse sentido, a biopolítica vai operar com controles precisos, regulações de conjunto e mecanismos de segurança, para exigir mais vida, majorá-la e, dessa forma, geri-la (PORTOCARRERO, 2011). Esse modo de gerir a população, para Foucault, é contemporâneo do aparecimento da figura dos anormais, como o delinquente, o perverso, entre outros (*ibidem*). Ao identificar cientificamente essas anormalidades, as possíveis estratégias biopolíticas passam a estar em uma posição privilegiada para supervisioná-las e administrá-las. O corpo passa a ser uma realidade biopolítica e, entre as estratégias biopolíticas, estariam a medicina, o urbanismo, a demografia e outras (FOUCAULT, 2002).

Sandra Caponi (2009) afirma que uma das características do biopoder³³ é a importância crescente da norma sobre a lei, pautada pela ideia de que é preciso definir e redefinir o normal em contraposição ao que lhe é oposto, então a figura dos ditos anormais como sujeitos que escapam da norma.

³³Biopoder e biopolítica não são operados como sinônimos. Enquanto o primeiro foi cunhado nominar as novas técnicas de poder incorporadas no século XVIII, o segundo refere-se ao conjunto de estratégias e ações voltadas para gerir o corpo da população em geral.

Na medida em que a biopolítica vai usando a estatística, a epidemiologia e uma parte de estudos científicos para definir o que é a norma, ela está indicando quais são os grupos de pessoas que, de alguma forma, estão abaixo ou acima, aqueles que estarão mais magros ou mais gordos que a média, as notas mais altas e mais baixas da média, e assim por diante.

Mas a norma não se atribui somente de dados, números concretos, mas também de aspectos morais, de comportamentos considerados de risco ou seguros. Parece-me que a população em situação de rua acaba por constituir-se um dos grupos de anormais contemporâneos, ainda mais quando é vinculada estreitamente ao uso de drogas e à formação de cracolândias. Merhy (2012) afirma que hoje os anormais não são mais aqueles da razão, mas sim os anormais do desejo, como os usuários de drogas, por exemplo.

Possivelmente durante as abordagens do CnR Joquim, uma parcela dos transeuntes, frequentadores de praças, motoristas, policiais – subjetivados pelos discursos campanhistas, midiáticos, religiosos, morais – deve concordar com aquele comerciante que acha uma “*nojeira*” as pessoas que vivem na rua ou ainda que o SUS não deve investir em práticas de cuidado para essa população. Essas formas de pensamento vão hierarquizando a vida e colocando essas vidas das ruas como inferiores, cabíveis de serem recolhidas para qualquer lugar pelo simples fato de estarem ali, como se aquelas vidas valessem menos.

Diante dessa inquietação, trago a noção de assassínio indireto, que está vinculada ao conceito de biopolítica e à sua insígnia, definida por Foucault, como um tipo de poder que deseja “fazer viver, deixar morrer”. Na medida em que, por um lado, tem-se as políticas e as estratégias que devem fazer a população viver mais, por outro há certas formas de deixar morrer certos grupos em detrimento de outros.

É claro, por tirar a vida não entendo simplesmente o assassínio direto, mas também tudo o que pode ser assassínio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar para alguns o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc. (FOUCAULT 2002, p. 306)

Acredito que os discursos que vão na direção de criminalizar a população de rua e os usuários de drogas, ao indicarem que eles não têm condições de decidir sobre suas vidas, que seus comportamentos são mais perigosos e que possuem uma tendência maior para atos ilícitos – proferidos por certos grupos políticos, por

determinados meios de comunicação e cientistas—, ajudam a constituir e construir o anormal contemporâneo nesse contexto biopolítico no qual me inseri. Tais formulações deixam os moradores de rua e as pessoas que usam drogas mais expostos ao assassinio indireto, à morte política a que Foucault se refere.

O Estado, os cientistas e os aparelhos midiáticos não precisam necessariamente aniquilar, matar a população de rua, contanto que expressem, através de campanhas, políticas e artigos, que os modos de vida dessa população são anormais, ruins, degradantes e que precisam ser medicalizados, disciplinados, controlados, internados. Nas palavras de Émerson Merhy (2012, p. 9):

Esse processo atual 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.

Então, a partir do momento em que o setor da saúde – em especial a corporação médica³⁴ – reivindica para si (e apenas para si) o compromisso de dizer se alguém pode ou não ser internado, é possível enxergar, especificamente, no objeto psiquiátrico, o seguinte: existem sujeitos incorrigíveis, mas não intratáveis; anormais, e não doentes (CUNDA, 2011). Tal paradoxo, investigado por Foucault, permite – ainda hoje – à psiquiatria posicionar-se em uma função de proteção das normas sociais, visando não só à cura, mas também à prevenção de futuros problemas e mazelas das cidades (*ibidem*).

Nesse sentido, os anormais foram, durante o século XX e continuam sendo no século XXI, um dos objetos da biopolítica e, por conseguinte, da psiquiatria, tendo pelo viés da loucura uma doença e uma sintomatologia, fato que justificaria o atestado da ciência médica, e pelo viés dos comportamentos anormais a justificativa

³⁴ É necessário compreender que aqui, quando falo em corporação médica, não quero me referir à totalidade dos médicos que atuam no Brasil, mas sim a um pensamento que me parece ser hegemônico entre os pares. Uma das provas disso são os anteriormente citados trabalhos, pesquisas e opiniões de médicos que se posicionam contra as medidas de internação compulsória e de recolhimento.

para induzir e definir que existiriam condutas e modos de levar uma vida normal ou anormal, de maneira que a doença (loucura) incorporaria as condutas antissociais (anormal) na composição da pessoa (CUNDA, 2011).

Essa necessidade biopolítica de controlar, vigiar, regular e estabelecer padrões de norma, criar anormais, “fazer viver e deixar morrer” produz novas formas de racismo, um racismo propagado não apenas pelo Estado, mas também pelas instâncias não estatais, que cada vez mais têm desempenhado um papel nas estratégias biopolíticas, por vezes entrando em choque ou em conexão com o poder estatal (ASSMANN *et al.*, 2009). Sobre racismo, Foucault (2005, p. 304-305) coloca:

Com efeito, que é o racismo? É, primeiro, o meio de introduzir afinal, nesse domínio da vida de que o poder se incumbiu [o biopoder], um corte: o corte entre o que deve viver e o que deve morrer (...) Essa é a primeira função do racismo: fragmentar, fazer cesuras no interior desse contínuo biológico a que se dirige o biopoder. De outro lado, o racismo terá sua segunda função: terá como papel permitir uma relação positiva, se vocês quiserem, do tipo “quanto mais você matar, mais você fará morrer”, ou “quanto mais você deixar morrer, mais, por isso mesmo, você viverá” (...) De uma parte, de fato, o racismo vai permitir estabelecer, entre a minha vida e a morte do outro, uma relação que não é uma relação militar e guerreira de enfrentamento, mas uma relação do tipo biológico: “quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie...

Ao estabelecer-se um modo próximo da norma, o racismo entra em ação contra aqueles que não estão conduzindo suas vidas de modo a aproximarem-se da norma. Os desejos manifestados por diferentes sujeitos e entidades em tirar as pessoas das ruas, independentemente da situação, e enviá-las para algum lugar fechado a fim de serem tratadas, mesmo que à força, tornam-se, a meu ver, formas contemporâneas desse racismo que emerge da biopolítica, como uma nova cruzada contra os considerados anormais, em busca de uma ilusória ideia de segurança, tranquilidade e prosperidade.

Uma das possibilidades da minha pesquisa-intervenção foi de conversar com essas pessoas a respeito da população de rua, desconstruir alguns mitos, preconceitos, folclores, etc. É preciso relatar que nem todo tecido social reverbera esse racismo, aprova essas discursividades que posicionam a população de rua na faixa dos anormais contemporâneos. É o caso dos jovens que jogavam futebol na praça com os moradores de rua, das pessoas que os ajudavam através da doação de comida, de roupas; além de motoristas de táxi, pequenos comerciantes, usuários

e trabalhadores de alguns serviços de saúde. Talvez sem essa associação, a vida na rua seria ainda mais difícil. Não posso afirmar se as pessoas ajudam os moradores de rua como uma forma de defenderem-se, de garantirem a própria segurança, ou se fazem isso por motivos religiosos ou por razões pessoais, por identificarem-se com alguns moradores de rua.

Por meio dos atendimentos a moradores realizados pelo CnR Joquim, percebi que a maioria sente-se rejeitada pelas suas famílias, pelos empregadores e ex-empregadores. Alguns até dizem ser “*vagabundos*”, sentem-se culpados por sua condição, em compensação outra parcela dos moradores de rua diz ter consciência do que está fazendo e das suas escolhas. Inclusive, em alguns momentos, moradores de rua relataram que uma internação (voluntária) por 21 dias pode “*dar uma recuperada*”. O período de internação funcionaria como uma calibragem, para determinados momentos em que as condições socioambientais, como frio, chuva, pouca comida, uso abusivo das drogas e álcool, pudessem ser reguladas por um tempo, cama limpa, comida em horários regulares e melhor preparada, remédios para tratar de alguma enfermidade, mas não com a perspectiva de abstinência prolongada.

Com relação às internações, muitos dos moradores de rua com os quais conversei relataram já ter sido internados tanto voluntariamente quanto compulsoriamente (em hospitais, fazendas, comunidades terapêuticas) de 10 até mais de 20 vezes. As repetidas internações os fazem crer que somente o fato de internar-se em uma instituição (seja hospital ou comunidade terapêutica) não garante a eles melhores condições de vida ou a diminuição do uso de algumas drogas. Outro argumento bastante usado pelos moradores de rua é de que as práticas de recolhimento de moradores de rua têm acontecido em decorrência da Copa do Mundo da Fifa no Brasil, com o objetivo de limpar e esconder a população de rua dos turistas e demais pessoas estrangeiras que virão ao Brasil para cobrirem o campeonato. Essa posição vai ao encontro das posições de estudiosos mais críticos das políticas de internação compulsória.

Para os moradores de rua, o fato de estar em situação de rua e usar algum tipo de droga não é visto como uma condição anormal e que deva ser combatida. Para eles, estar na rua é uma condição momentânea devido a seus quadros pessoais (frustração amorosa, conflitos familiares, problemas com o judiciário, uso

de drogas), sociais e econômicos (perda de emprego, perda da casa, impossibilidade de pagar as contas, falta de vagas em abrigos e albergues).

Os achados da minha "colheita" no campo de pesquisa que trouxe neste capítulo me possibilitaram pensar sobre como determinados discursos enunciados em diferentes parcelas do tecido social urbano podem ser relacionados com as estratégias biopolíticas e com a produção de categorias de anormais na contemporaneidade. Foi possível identificar e desenhar, no meu mapa cartográfico, processos de repetição, resistência, descontinuidade e possíveis linhas de fuga com relação aos processos de produção de novos anormais.

5 PRÁTICAS DE IN/EXCLUSÃO

Ao buscar pistas na construção deste mapa cartográfico durante a pesquisa de campo, algumas incertezas e dúvidas a respeito do serviço CnR – tanto no campo da institucionalidade quanto no campo micropolítico (na relação entre trabalhadores, entre usuários) – emergiram. O CnR pode ser tido como uma alternativa, nas políticas de saúde, à internação compulsória em massa? O CnR pode ser considerado mais um braço integrante de uma biopolítica? Ele é um serviço de inclusão, que amplia o acesso da população de rua aos serviços de saúde? Que forma de inclusão seria essa?

Para ajudar-me a pensar sobre essas perguntas-problemas que levantei durante a estada no campo de pesquisa, vou novamente à minha caixa de ferramentas conceituais e pego outros ditos e escritos de Michel Foucault e de autores da saúde coletiva.

A respeito do tema inclusão – seja do ponto de vista dos serviços, seja da população em situação de rua – no curso *Os Anormais*, Foucault (2001) traz à tona dois exemplos de práticas inclusivas e excludentes: a peste e a lepra. Segundo Lockmann (2010), essas práticas de inclusão e exclusão apresentadas por Foucault podem ter contribuído para a constituição do que se tem hoje entendido por inclusão e exclusão.

No curso *Os Anormais*, Foucault faz referência ao período da Idade Média, em que foi possível identificar a exclusão dos leprosos em diferentes cidades da Europa. A exclusão da lepra foi uma prática social que, de um lado, comportava uma divisão rigorosa, um distanciamento, uma regra de os indivíduos sem lepra não encostarem-se naqueles que tivessem lepra. A outra forma de rejeição aos leprosos condizia com a ideia de que eles se sentissem pertencentes a grupo e/ou local algum. Por fim, esses modos de exclusão implicavam uma desqualificação moral, jurídica e política desses sujeitos, de maneira a serem excluídos e expulsos da cidade (FOUCAULT, 2001).

Para Foucault, é a partir das práticas de exclusão e rejeição que se pode descrever a maneira como o poder atua sobre os loucos, os doentes, os criminosos, os desviantes, as crianças e os pobres. Os modelos de exclusão não cessaram na Idade Média, visto que em meados do século XVII “deu-se início à grande caça aos mendigos, aos vagabundos, aos ociosos, aos libertinos, etc., e sancionou-se, seja

pela rejeição para fora das cidades de toda essa população flutuante, seja por seu internamento nos hospitais” (FOUCAULT, 2001, p. 55) algumas maneiras de excluir esses grupos da cidade.

O exemplo suscitado por Foucault com relação à caça aos mendigos no século XVII fez-me pensar que as práticas contemporâneas de recolhimento da população de rua e de internações compulsórias em massa não são novidades ou invenções do nosso tempo. Talvez sejam formas adaptadas de exclusão, de julgamento e de controle do tecido urbano. Em vez de leprosários, têm-se as fazendas e comunidades terapêuticas, que são instituições que se propõem a internar, por longo tempo, diferentes tipos de usuários de drogas. Conforme levantei no capítulo 3.4, esses equipamentos de internamento têm sido avaliados e inspecionados devido às suspeitas de maus-tratos e violações de direitos humanos.

Já no começo do século XVIII, Michel Foucault identificou outro modelo, outra prática que se diferenciava da exclusão do leproso, dos mendigos e dos loucos. É o caso do tratamento da peste e do policiamento da cidade. A partir disso, deu-se início à inclusão do pestífero (FOUCAULT, 2001).

Tal modelo de controle ocorria na própria cidade, sem a necessidade de enviar as pessoas com peste para alguma instituição. O território urbano tornava-se objeto de uma análise sutil e detalhada, de um policiamento minucioso. A cidade era organizada por distritos, estes em quarteirões, e depois em ruas que eram controladas pelos vigias, e cada quarteirão por inspetores. O poder transitava entre esses sujeitos, não ficando resignado somente ao governador da cidade, o que garantia maior controle sobre os indivíduos, principalmente sobre aqueles que se encontrassem com peste, os quais acabavam por entrar no regime da quarentena sem sair de casa (*ibidem*).

O controle começava com os registros feitos pelos inspetores, que faziam chamadas todos os dias nas casas, nas quais os indivíduos deveriam se apresentar pela janela, caso contrário seria entendido que a pessoa, ao não aparecer na janela, estaria de cama, com peste. Dessa forma, era feito todo um registro acerca das casas que tinham alguém doente e de qual pessoa exatamente estava de cama e quais cuidados deveriam ser tomados por essas famílias. Nesse caso, não se tratava de uma exclusão, mas sim de uma quarentena; não se tratava de expulsar a pessoa, e sim de fixá-la, atribuir-lhe um lugar. Ou seja, tratava-se não de rejeição, mas de inclusão (*ibidem*).

A respeito desses dois modelos, Foucault prossegue dizendo que, enquanto para lepra, pedia-se distância, para peste, tinha-se uma espécie de aproximação cada vez mais sutil do poder aos sujeitos, então uma observação mais constante. Em vez de purificar a cidade ou os indivíduos – no caso da lepra –, com a peste ocorria uma tentativa de maximizar a saúde das pessoas, de produzir uma população com mais saúde, mesmo que sendo submetida a uma espécie de policiamento exaustivo em nome dessa saúde (FOUCAULT, 2001). Apesar dessa passagem de uma tecnologia do poder para outra, não se pode afirmar que as duas não coexistam. Não se trata de haver a ascensão de um poder ou de uma tecnologia em detrimento do término de outro/a, mas sim da integração entre si. Nota-se, ainda, que as condições para efetivação de um poder inclusivo deram-se no mesmo período em que Foucault identifica o nascimento da biopolítica.

Mas o que as discussões de Michel Foucault a respeito das práticas de in/exclusão a partir dos exemplos da lepra e da peste têm a ver com o CnR? Que aproximações podemos fazer? É possível pensar no CnR como uma prática de inclusão, como o controle da peste?

Como demonstrei anteriormente, o CnR (antes chamado de Consultório de Rua) emerge através de uma iniciativa de pesquisadores e trabalhadores da saúde a qual constatou que poucos jovens em situação de rua procuravam serviços destinados a usuários de drogas. Gestores, trabalhadores e pesquisadores envolvidos com os serviços para usuários de drogas atribuíram a baixa adesão dos jovens às dificuldades dos mesmos em acessar e vincular-se a instituições de educação, assistência social e saúde por estarem vivendo em situação de rua.

Com a justificativa de ampliar, qualificar e garantir o acesso a tratamento em serviços públicos de saúde – como preconiza o SUS através do princípio da universalidade –, o CnR tornou-se política pública após apoiar-se nas primeiras experiências de trabalho, como a de Salvador-BA. Para isso, uma das medidas é aproximar-se do território onde vivem pessoas em situação de rua, onde haja uso de drogas, etc. Ao familiarizar-se com certos territórios, registrar cenas de uso de drogas, de moradia improvisada, os Consultórios na Rua vão mapeando possíveis locais de abordagem. Com isso, eles também passam a identificar sujeitos, perguntar se desejam ser atendidos e se precisam de algum tipo de ajuda. Nesse momento, o serviço acaba por incluir e cadastrar esses sujeitos em prontuários,

planilhas e tabelas como um meio de registrá-los, assim como apresentar os atendimentos realizados.

Identificar, marcar, registrar e vigiar a população são algumas das características biopolíticas que vêm sendo utilizadas desde o século XVIII, como indica Foucault. As estratégias, os dispositivos e as políticas alteram-se de acordo com o período histórico e com a sociedade onde são inscritas. Nesse sentido, o CnR, em nível institucional, enquanto política pública destinada a um determinado grupo – moradores de rua que usam drogas – insere-se no grupo das estratégias biopolíticas contemporâneas, contudo não do mesmo modo como as políticas de recolhimento e a internação compulsória, pois o CnR insere-se pelo viés da inclusão, já que parte do pressuposto de que os serviços públicos de saúde não estão acolhendo as demandas da população de rua e, com isso, descumprindo princípios do SUS, como a universalidade e a equidade, visto que um dos desafios da reforma sanitária é oferecer saúde pública e gratuita para toda população brasileira, independente de etnia, classe social, sexo, credo, etc. Levanto em seguida quatro elementos que, juntos, poderiam justificar a criação dos CnR: a necessidade de atender a moradores de rua que fazem uso de drogas; o não acolhimento da população de rua nos serviços públicos de saúde já existentes; as dificuldades de pessoas em situação de rua para acessar políticas públicas; a necessidade de governos em mapear, cadastrar esses sujeitos e assim diluir-se pelo tecido urbano.

Para Rodrigues (2012), o Consultório de (na) Rua é criado para tentar evocar um deslocamento da lógica da segurança pública para a da saúde pública. O autor coloca que a “assistência, o cuidado e o acolhimento são ações componentes das táticas biopolíticas e não apenas a repressão” (p. 31). Dessa forma, esse tipo de dispositivo do campo da saúde pode setornar uma contemporânea tecnologia do governo das ruas (NU-SOL, 2011) ao buscar aqueles tidos como anormais, indesejados, já que há um crescente ataque das forças mais repressivas através da internação compulsória, comprometendo talvez o controle das ruas, visto que, pelo viés da exclusão, podem haver menos adesões que em estratégias mais inclusivas (RODRIGUES, 2012).

Essas táticas biopolíticas incorporam-se naquilo que Deleuze (1992) cunhou de sociedade de controle. Para o filósofo francês, “na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, o atendimento a domicílio puderam

marcar de início novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle” (p. 220).

Entretanto essas questões não são esquecidas ou deixadas de lado dentro da equipe que acompanhei. Certa vez, uma das trabalhadoras do Consultório Joquim disse-me que, se os serviços de alta complexidade, como hospitais e centros de especialidades, e baixa e média complexidade, como as UBS, os CAPS, os ambulatorios, acolhessem de melhor forma a população de rua, talvez não fosse necessário existir o CnR enquanto política pública. Os trabalhadores demonstravam, a partir das tensões que constituíam a equipe, certa preocupação em como e onde abordar as pessoas, pois entendiam que nem todas gostariam de ser abordadas e até mesmo que algumas pessoas não desejavam ser encontradas e identificadas. Entre as tensões que constituem o cotidiano de trabalho do CnR Joquim, é possível dizer que a equipe vivencia momentos híbridos, alternando ações e posicionamentos que lembram os *Blade Runner's* com práticas de aposta e afirmação de diferentes modos de vida.

Portanto, se o CnR³⁵ é justificado por governos, conselhos de classe, entidades e até grupos universitários, será que ele é (ou foi) uma demanda vinda da população de rua? A partir disso, outras perguntas a serem feitas e pensadas são as seguintes: O que a população de rua precisa? Serviços nos territórios? Melhor distribuição de renda? Condições de habitação? Comida? Empregos formais? Estudo? Descriminalização dos usuários de drogas?

Durante a pesquisa de campo, percebi que alguns moradores de rua não viam necessidade de serem atendidos pelo consultório, enquanto outros (geralmente os mesmos sujeitos) buscavam algum tipo de atendimento – camisinhas, lanche, água potável, documentos, marcação de consultas e exames – ou uma “parceria” para conversar sobre a vida, para jogar futebol ou para tentar se reaproximar da família e conseguir algum tipo de trabalho.

Sobre a aproximação da população de rua com diferentes tipos de serviços, Frangella (2004) afirma que as entidades de acolhimento, os serviços públicos de saúde e assistência social e os projetos de caridade têm-se constituído ao longo do tempo com parte fundamental dos trajetos da população de rua.

³⁵ O consultório transita por um terreno desafiador, que coloca todos trabalhadores diante de situações-limites, que acabam exigindo respostas, por vezes, imediatas. Por isso a intenção desta problematização não é julgar o trabalho da equipe em si, mas expor os limites, as potencialidades, as tensões e as lutas travadas no interior das ruas e das instituições.

Tais “equipamentos” são constitutivos desse universo liminar; servem como fonte de recurso e oportunidades no deslocamento do habitante de rua; procuram minimizar as suas condições de sofrimento e passam a ser eventualmente os mediadores de relações de conflito entre eles e os agentes que promovem sua expulsão dos lugares, ou entre eles e a opinião pública. Mas as redes institucionais também alimentam este circuito de rua, produzindo sua clientela e sendo produzida por ela (FRANGELLA, 2004, p. 32).

Nesse sentido atribuído pela referida autora, é possível pensar que mesmo que algum serviço ou entidade seja criado com a finalidade de ampliar o governo das ruas, ele pode servir a alguns interesses da população de rua, dependendo de como são estabelecidas as relações entre as equipes e os moradores. As estratégias biopolíticas não são por si só benéficas ou maléficas. É preciso identificá-las e analisar seus efeitos na população para entender se estão afirmando diferentes modos de vida ou se estão apenas ampliando os vasos capilares do poder estatal e não estatal sobre as vidas (ASSMANN *et al.*, 2009; CAPONI, 2009).

Nesta seara, o CnR acaba se encontrando em um universo de sedução – para adesão ao tratamento – e de captura daqueles sujeitos que ainda não foram acompanhados por alguma instituição ou entidade através de táticas mais sutis e, talvez, acolhedoras. Enquanto está no campo da institucionalidade, dificilmente o CnR escapa do bojo das estratégias biopolíticas, mas, no nível micropolítico, nas relações entre si e com os moradores de rua, ali há potência, há alternativas³⁶ de linhas de fuga, há possibilidades de colocar o poder em outro lugar, não mais sobre a vida, mas em defesa da vida e da afirmação de outras formas de existência (PELBART, 2003).

Ao incluir a população de rua no serviço, a equipe do consultório conseguiu ser o catalisador de processos que satisfizeram a vontade e necessidade de alguns moradores de rua, através da confecção de documentos (como certidão de nascimento, identidade, CPF, etc.), vagas em abrigos e albergues, atendimento em diferentes serviços de saúde, aproximação com familiares e até mesmo através dos atendimentos em si, como o tratamento para tuberculose, os métodos anticoncepcionais, os curativos e as escutas na rua. Adotando o exemplo da busca dos moradores de rua por seus documentos de identidades, é possível notar que, ao

³⁶ Apresentarei, no capítulo 6 da dissertação, a *clínica menor* como uma das possibilidades de linha de fuga, de fazer fissuras nos muros (in)visíveis das estratégias biopolíticas.

partir de uma proposta de trabalho que parta do desejo e da demanda do usuário, o ato de acompanhá-lo

em seu caminho em direção à carteira de identidade modifica-se, torna-se parte de um projeto terapêutico que envolve o próprio sujeito. Desse modo, acompanhá-lo ganha outras significações, pois não se trata apenas de um documento, como um objeto burocrático, mas da construção do caminho junto com ele (DAMICO, 2011, p. 281).

Apesar disso, não se pode deixar de notar que essas ações não conseguem dar retorno às principais demandas da população de rua, que segue padecendo de uma série de problemas, sendo muitos destes oriundos e potencializados por segregação social, discriminação, racismo e desigualdade política e econômica.

Antes de passar para o capítulo seguinte, é preciso reconhecer que os trabalhadores do CnR Joquim encontram-se em uma seara repleta de conflitos e tensões, que os mesmos vão localizando no dia a dia, no cotidiano da rua. A eles resta a tarefa de atender a esses moradores de rua enquanto estiverem no serviço. Nesse sentido, ao deparar-me com certas atitudes, certas práticas da equipe Joquim, pensei nas possibilidades clínicas que são adotadas no serviço. A partir dessas experiências, emergiu a ideia da clínica *menor*.

6 A CLÍNICA MENOR

*A vida ia veloz nessa casa
No fim do fundo da América do Sul
O gênio e suas máquinas incríveis
Que nem mesmo Julio Verne sonhou
Os olhos do jovem profeta
Vendo coisas que só ontem fui ver
("Joquim", de Vítor Ramil)*

O cuidado e a clínica em saúde estão, assim como a ciência, distantes do universo da neutralidade política e econômica. Há diversas disputas nesses territórios relativas a quais determinadas formas de atendimento são mais eficazes, mais acolhedoras, mais pertinentes, menos custosas, etc. No SUS, isso é bastante visível na atualidade e, até certo ponto, compreensível se considerarmos sua história e sua construção.

Túlio Franco e Émerson Merhy (s/d) destacam que o SUS foi um acontecimento de grande impacto no campo da saúde, capaz de disparar processos múltiplos de subjetivação. Os autores explicam que “a subjetividade é social e historicamente construída, e agenciada com base em acontecimentos, encontros, vivências múltiplas, que um sujeito tem na sua experimentação e interação social” (*ibidem*, p. 2).

A construção do SUS gerou, entre outros agenciamentos, novas subjetividades, novas formas de pensar o cuidado em saúde, de encontrar-se com os usuários, de organizar os serviços. Contudo, o SUS também foi – e ainda é – constituído por um amplo leque de práticas nem tão novas em saúde, o que caracteriza um choque de perspectivas e de modos de fazer clínica que acabam gerando disputas e tensões tanto em níveis institucionais quanto micropolíticos (BILIBIO, 2009).

Essa construção do sistema público de saúde brasileiro desenvolveu-se, do ponto de vista da produção teórica, a partir do campo da vigilância à saúde e das determinações sociais do processo saúde-doença (FRANCO; MERHY, s/d). Entretanto, na multiplicidade dos campos que constituem a saúde, outros referenciais (por vezes antagônicos) foram constituindo o SUS, como, por exemplo, o modelo anatomoclínico “de estruturação dos saberes e práticas de saúde, tomando

por base o relatório Flexner³⁷ (EUA, 1910) que foi o principal dispositivo para a reorganização dos referenciais de formação médica e das diversas profissões de saúde no século XX” (*ibidem*, p. 11). A respeito dessas duas correntes antagônicas de pensamento que conviveram lado a lado durante os primeiros anos de construção do SUS, Franco e Merhy (s/d, p. 12) dizem:

A vigilância e a clínica como campos de saberes e práticas conviveram lado a lado na construção do SUS, mas não de forma solidária, mas como campos opostos. Esta oposição não é natural, foi construída imaginariamente pelos idealizadores da reforma sanitária, isto é, os sujeitos que formularam para o campo da saúde, produziram uma divisão simbólica e discursiva entre o modelo “preventivista” originário do campo da vigilância à saúde, e o modelo “clínico” centrado nas práticas “curativas”. Obviamente que aqui se tem uma representação, que neste caso específico é associada à clínica flexneriana. Fazemos questão de ressaltar que não precisaria necessariamente significar isto, pois a clínica pode ter várias conotações e práticas diferentes e pode inclusive constituir vários campos. No entanto esta dicotomia se produziu principalmente porque clínica no caso da reforma sanitária foi associada ao modelo biomédico.

Passados os primeiros anos de implementação do SUS, o tema da clínica passou a ser ressignificado por diversos setores defensores da reforma sanitária brasileira. Novas propostas de clínica foram sendo construídas e elaboradas por aqueles pesquisadores mais engajados em vivenciar o cotidiano de equipes de saúde, das políticas públicas, dos usuários dos serviços públicos de saúde, etc. Cito aqui alguns desses trabalhos que se preocuparam em se debruçar de diferentes formas sobre as clínicas no SUS: a teoria do trabalho vivo em saúde (MERHY, 1997), a saúde como espaço de defesa da vida (CAMPOS, 1992), o apoio matricial (CAMPOS, 1997), educação permanente em saúde (CECCIM, 2005), quadrilátero da formação em saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), as tecnologias do cuidado (MERHY, 2002), integralidade em saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2001), acompanhamento terapêutico (PALOMBINI, 2004), redução de danos (CONTE, *et al.*, 2004) e a clínica peripatética (LANCETTI, 2006).

Uma das questões sobre as quais me propus a pensar durante o trabalho de campo foi a respeito das clínicas que são praticadas pelos trabalhadores do CnR Joquim em suas abordagens com as pessoas em situação de rua. Ainda mais

³⁷O chamado modelo flexneriano refere-se ao modelo de ensino médico implementado a partir do Relatório Flexner (EUA-1910), que sugeria uma formação que tivesse como eixo “a necessidade de enlaçar o ensino com a investigação nas ciências biomédicas”, decorrendo disso um modelo de prática médica centrada no corpo anatomofisiológico e tendo como principal referência o hospital (NOGUEIRA, 1994, p. 92-93, apud FRANCO; MERHY, s/d).

diante, refleti sobre um cenário nacional repleto de desafios, tensões e disputas em relação às políticas para população em situação de rua e para usuários de drogas. Na parte final do capítulo anterior, referi-me ao fato de que o CnR, em nível de institucionalidade, de política pública, não consegue escapar do bojo das estratégias biopolíticas contemporâneas, no entanto, no nível micropolítico, na relação entre trabalhador e usuário, há formas de escapar de determinadas formas de registro, sedução e captura dos modos de existir da população de rua. Nesse sentido, desafiei-me a conceituar (e não somente identificar) os tipos de clínica praticados pela equipe do CnR Joquim. Então, registro novamente meus questionamentos: O que orienta essa equipe de Consultório na Rua que acompanhei? Quais clínicas são praticadas por seus trabalhadores?

Antes de inserir-me na equipe de Joquim, os trabalhos que havia lido sobre as práticas dos Consultórios de/na Rua apontavam para três elementos que constituíam serviços estudados: a intersetorialidade, a perspectiva da redução de danos e a clínica peripatética como orientadores do trabalho clínico dos Consultórios de/na Rua (OLIVEIRA, 2009; JORGE, WEBSTER, 2012; LIMA, 2013).

Essas leituras, de alguma forma, penetraram o meu pensamento, o que me levou a tentar compreender como esses elementos se materializam no trabalho cotidiano da equipe do CnR. No entanto, no decorrer da pesquisa de campo, meus olhares foram se voltando para outras performances dos trabalhadores, que fizeram com que eu buscasse outras formas de analisar aquilo que estava vivenciando.

De fato, *enquanto a vida ia veloz na casa* do CnR Joquim, deparei-me com um cartaz feito à mão pela própria equipe, com um conceito de redução de danos. Além desse cartaz, havia outros, com tabelas de atendimentos de tuberculose e de tratamento anticoncepcional. Contudo, o que me chamou mais atenção foi o cartaz da redução de danos.

A equipe discutia diversas vezes, em suas reuniões, almoços e cafés, sobre práticas de redução de danos. Havia ali uma preocupação em garantir que essas práticas fossem efetivadas nas abordagens de rua. Em alguns momentos, os trabalhadores sentiam a necessidade de estudar e discutir mais calmamente sobre a redução de danos. Cogitou-se até mesmo a vinda de alguma pessoa para falar sobre diferentes experiências nesse campo. A equipe assume que tem como uma das suas diretrizes de trabalho as práticas voltadas à redução de danos.

A lógica da redução de danos transitava nas abordagens junto aos moradores de rua. A equipe conseguia lidar com algumas situações que talvez não fossem suportáveis para outros serviços, como realizar um atendimento em meio a uma cena de uso de *crack*. Isso era possível quando os usuários permitiam o acesso da equipe, visto que, em muitos casos, eles preferiam ficar sozinhos ou em pequenos grupos, fazendo uso sem a presença de pessoas que não fumassem.

Na maioria das abordagens que participei, o diálogo entre o trabalhador de saúde e a pessoa em situação de rua revelava que o uso de algumas drogas, como a maconha, era mais tolerado quando comparado ao consumo de outras drogas consideradas mais danosas, como cocaína e *crack* ou um uso muito abusivo de álcool em alguns casos específicos. Por exemplo, quando algum usuário relatava que havia trocado o *crack* por maconha, o câmbio, em alguns casos, era visto como algo positivo pela equipe Joquim, apesar de alguns trabalhadores ficarem um tanto ressabiados ou mais cautelosos com relação ao uso de drogas, mesmo que em uma perspectiva de uso controlado ou de uso para reduzir os danos de uma droga considerada mais pesada. Quando algum morador de rua relatava o desejo de parar completamente o uso de alguma droga, a equipe buscava formas de construir um plano terapêutico que pudesse dar conta dessa demanda falada pelo sujeito. O CAPS AD era um serviço muito recomendado para os moradores de rua, tanto para aqueles que desejavam parar quanto para aqueles que desejavam diminuir a intensidade do uso e/ou o tipo de droga.

Outra ação tida como de redução de danos ocorria quando era possível levar *kits* com lanches e garrafas de água potável ou suco para distribuir nas abordagens. A preocupação era tentar reduzir os danos daqueles moradores de rua que estivessem há muito tempo sem comer ou beber, como alguns usuários de *crack* ficavam por vezes.

A clínica da redução de danos pode não ser unânime entre os trabalhadores de Joquim, contudo, parece-me haver um esforço coletivo em estudar sobre o tema, conhecer experiências de outros serviços, de programas de redutores de danos, etc. A redução de danos não era a única estratégia clínica adotada pela equipe do CnR Joquim em suas abordagens com a população de rua. Aqui começo a vislumbrar a perspectiva da clínica *menor*.

A clínica menor que me refiro vai à direção de afirmar outras formas de existência, por mais que elas nos exponham a situações limites e complexas,

exigindo ao mesmo tempo solidariedade, tolerância e cuidado. O trabalho nas ruas de Porto Alegre impõe diferentes demandas e realidades sociais, levando-nos desde à casa de um familiar de morador de rua até a um terreno baldio onde pessoas vivem escondidas da polícia, da família e/ou de gangues. Essa diversidade não permite que os encontros sejam premeditados por aqueles que estejam dispostos a se encontrarem, pois

ao me encontrar com o outro em que me abro para a produção relacional que isso traz, se não me posiciono para as trocas que isso pode produzir não me disponho a ser afetado pelo outro pelas várias formas de conexões que ali estão sendo produzidas. Não me disponho a entendê-lo como alguém que é produtor em si de modos de vida e nem a me desarmar do lugar do saber sobre o outro como objeto de mim (MERHY, 2012, p. 270).

Ao entender o outro, o usuário, da forma que Merhy compõe em seu ensaio, pode-se pensar a respeito de como nos posicionamos para essas trocas, se estamos dispostos a projetar nossas vontades e expectativas ou se estamos preparados para conhecer e entender o modo como a pessoa que está diante de nós leva a sua vida.

Esse pensamento – que ao mesmo tempo opera como provocação – me fez refletir muito a respeito de mim, da minha forma de trabalhar e das abordagens dos diferentes Consultórios na Rua que estão sendo implementados no Brasil. Aliás, o trabalho dessas equipes se torna, a meu ver, deveras peculiar se comparado ao trabalho de outras equipes de saúde. Caso elas se deixem levar pelas expectativas de gestores e governantes preocupados em manter certas formas de governo, elas se limitam ao trabalho de ir para as ruas a fim de mapear, identificar, cadastrar, capturar moradores de rua, usuários de drogas e foragidos. Ao restringirem suas intervenções a práticas regulatórias e de controle biopolítico, elas acabam por servir aos interesses daqueles que desejam limpar as ruas da cidade, “varrendo” as pessoas em situação de rua e, ainda por cima, atribuindo-lhes a culpa por estarem em determinada situação tida como indigna ou degradante.

Agora, se uma equipe de CnR propõe-se a ampliar seu leque de possibilidades clínicas, borra certas fronteiras do trabalho em saúde, desterritorializa determinadas práticas profissionais e pessoais, produz novos agenciamentos coletivos e opera na perspectiva de que “a vida de qualquer um vale a pena” (MERHY, 2012, p. 269), então ela consegue, no espaço micropolítico, superar a

lógica anteriormente descrita. Embebedado pelas obras de Deleuze e Guattari, imaginei que esse outro *modus operandi* de uma equipe de CnR poderia se constituir uma clínica menor. Contudo, antes de avançar para a questão da clínica menor, é necessário dizer que essa relação não se traduz na prática como algo dualista, uma “guerra fria” entre um modo mais libertário e outro mais controlador/regulatório de atuar em um CnR. O que percebo na prática, no cotidiano são serviços que funcionam de forma híbrida, alternando momentos e práticas biopolíticas tradicionais com outras que promovam autonomia e afirmam diferentes modos de vida. O próprio CnR Joquim é um exemplo de serviço híbrido, que ora atua numa perspectiva de abstinência, de frustração com os modos de levar a vida dos moradores de rua, e ora se pauta pela redução de danos, pelo respeito às decisões dos usuários e pela clínica menor em ato.

Mas por que menor? Peguei emprestado o termo menor de Gilles Deleuze e Félix Guattari na obra *Kafka: por uma literatura menor*. Não se trata de dizer que essa clínica ou essa literatura sejam inferiores, piores ou menos interessantes. Pelo contrário, elas pretendem subverter as lógicas maiores.

A partir da leitura da obra do escritor tcheco Franz Kafka, Deleuze e Guattari criaram o conceito de literatura menor. Os romances desse escritor judeu e tcheco são apresentados como revolucionários, por operarem em uma lógica subversiva à própria língua alemã, da qual se apropriou Kafka.

O problema da expressão não é colocado por Kafka de uma maneira abstrata universal, mas em relação com as literaturas ditas menores – por exemplo, a literatura judaica em Varsóvia ou em Praga. Uma literatura menor não é a de uma língua menor, mas antes a que uma minoria faz em uma língua maior (DELEUZE; GUATTARI, 1977, p. 25).

Para Gallo (2002), uma literatura menor³⁸ desenvolve-se a partir de um ato de subversão a uma língua, fazendo com que ela seja o veículo de desagregação dela própria. Para fins didáticos, explicarei o conceito de literatura menor de Deleuze

³⁸ “Podemos dizer, a título de exemplo, que as primeiras obras literárias escritas no Brasil após a colonização, por brasileiros, eram literatura menor, pois faziam da língua portuguesa (já com uma literatura maior estabelecida, tradicional) um uso novo, sob novos parâmetros, na busca de uma nova literatura com o cheiro de nossa terra. À medida que o país se torna independente, nossa literatura vai se desenvolvendo e acaba por se tornar, ela também, uma literatura maior, pois aquele uso novo que fazia do português deixa de ser inovador e vira tradição. Aparecem então, pontilhando nossa literatura com momentos de rara beleza, alguns 'literatos menores'. Dentre os vários deles, poderíamos lembrar Lima Barreto, na cidade do Rio de Janeiro do início do século vinte, a atormentar nossa literatura da 'Academia'. Preto, pobre e homossexual, mais minoria que Lima é quase impossível de se conceber” (GALLO, 2002, p. 173).

e Guattaria partir das três características levantadas pelos autores como componentes e constituintes dessa literatura:

1- *Desterritorialização da língua*: Sílvio Gallo (2002) explica que toda língua tem sua territorialidade, sua tradição e sua cultura, tornando-se imanente a uma realidade. Já a literatura menor emerge como forma de subversão a essa realidade, borrando esse território, essa tradição e essa cultura. Essa minoridade escapa da territorialidade forçada e leva-nos a construir novos fluxos, agenciamentos, fugas e encontros. Nas palavras de Deleuze e Guattari:

Kafka define o beco sem saída que barra os judeus de Praga o acesso à escritura e que faz da literatura deles algo impossível – impossibilidade de não escrever, impossibilidade de escrever em alemão, impossibilidade de escrever de outra maneira. Impossibilidade de não escrever, porque a consciência nacional, incerta ou oprimida, passa necessariamente pela literatura. A impossibilidade de escrever de outra maneira que não em alemão é para os judeus de Praga o sentimento de uma distância irreduzível em relação a uma territorialidade primitiva, a tcheca. E a impossibilidade de escrever em alemão é a desterritorialização da própria população alemã, minoria opressiva que fala uma língua afastada das massas, como uma linguagem de papel ou artificial (DELEUZE; GUATTARI, 1977, p. 26).

2- *A ramificação do individual no imediato-político*: para a dupla de pensadores franceses, nas literaturas maiores, o caso individual (familiar, conjugal, etc.) tende a colocar o meio social apenas como ambiente e fundo, preferindo tratar dos casos de forma mais individual. Na literatura menor, isso não ocorre, visto que seu espaço é exíguo, fazendo com que os casos individuais sejam ligados à política, e não meramente tratados em uma perspectiva individualista em si.

3- *O agenciamento coletivo de enunciação*: os valores deixam de pertencer exclusivamente ao artista, ao escritor, para tornarem-se parte de uma comunidade (GALLO, 2002). Uma obra de literatura menor não pode falar por si mesma, mas sim por uma coletividade, visto que os agenciamentos desse escritor não podem ser tidos como individuais, pois o um que aí se expressa faz parte de muitos. Para Deleuze e Guattari (1997), a literatura é capaz de produzir uma solidariedade ativa, apesar do ceticismo, do niilismo.

Algumas das características da literatura menor ajudam-me a compor a noção de clínica menor e maior. A clínica maior estaria nas grandes estruturas, nos programas e projetos estatais e não estatais que visam uniformizar protocolos e padrões a serem instituídos pelas milhares de equipes de saúde espalhadas pelo

país. Assim como a literatura maior, a clínica maior quer se instituir, se fazer cumprida, em todas suas metas e prazos.

A clínica maior figura naqueles procedimentos centralizadores, territorializados, com pouca capacidade inventiva e de escuta. Nesta clínica maior, há pouco espaço para o borrarmento das fronteiras profissionais e tampouco da afirmação de outros modos de viver a vida.

Sobre alguns dos elementos dessa clínica maior, Ceccim (2004, p. 164) expõe o caráter sectário e fragmentado que permeia o campo da saúde coletiva:

Tradicionalmente, o setor da saúde trabalha com a política de modo fragmentado: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância, vigilância separada da proteção aos agravos externos e cada um desses fragmentos divididos em tantas áreas técnicas quantos sejam os campos de saber especializado. Essa fragmentação também tem gerado especialistas, intelectuais e consultores (expertises) com uma noção de concentração de saberes que terminam por se impor sobre os profissionais, os serviços e a sociedade e cujo resultado é a expropriação dos demais saberes e a anulação das realidades locais em nome do conhecimento/da expertise.

Ao produzir tais especialidades, concentrando saberes e nominando quem os detém e pode reproduzi-los, os clínicos maiores tentam impedir outros desenhos coletivos no interior de cada equipe de saúde, como se cada profissional pudesse fazer somente aquilo que um determinado grupo de experts – que produziram leis, resoluções, artigos científicos – indica.

Outra marca da clínica maior é o seu engessamento técnico-científico, que lembra aquele que é ditado pelo relatório Flexner, baseado no modelo anatomoclínico, na unicausalidade do processo saúde-doença e nas análises e intervenções somente no sistema fisiológico humano.

A clínica maior conta com o apoio da indústria farmacêutica, da indústria de aparelhos hospitalares e de grupos privados que insistem em penetrar o SUS, a partir de Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado. Além disso, a clínica maior pode ser tida como aquela que propõe políticas e modelos de saúde excludentes, como os manicômios, o recolhimento e a internação compulsória.

Ao apresentar uma série de possibilidades de clínica maior, agora irei me debruçar sobre esse deslocamento conceitual, do campo literário para o campo da saúde coletiva e, mais especificamente, para uma clínica menor em ato e também sobre as práticas da equipe do consultório que me fizeram pensar nessa clínica.

Contudo, antes de ir adiante, é preciso alertar que não pretendo instaurar um novo dipolo, um novo binarismo conceitual e prático. Há, entre a clínica maior e a clínica menor, diversas outras clínicas que podem ser subjetivadas, influenciadas e aproximadas das características da clínica maior e da clínica menor. Também é possível enxergar que dentro de uma mesmo serviço é possível operar com ambas as clínicas, dependendo dos agenciamentos, das práticas e dos posicionamentos de cada trabalhador e gestor.

Se a literatura menor subverte a literatura maior, como uma clínica menor poderia subverter a uma clínica maior?

Meu ponto de partida para explicar isso é o seguinte: uma clínica menor – no caso das práticas vivenciadas no CnR Joaquim – vai combater a imagem da pessoa em situação de rua como uma “nojeira”, um incapaz, um pré-zumbi. Apoiando-me nas palavras de Merhy (2012, p. 269), uma clínica menor é regida pela ideia de que “a vida de qualquer um vale a pena”. Portanto isso talvez seja uma das forças motrizes desse modo de fazer clínica, com vistas à afirmação de diferentes modos e estéticas de existência. Mais uma vez, nas palavras de Merhy:

E, se a vida de qualquer um vale a pena, isso deve ter a força, tensa é verdade, de que ali no fazer do cotidiano do cuidado, não é só a vida de quem se considera como socialmente significativa que deve ser valorada, mas de modo fundamental a vida daquele morador de rua, daquele desinvestido socialmente – que muitos dizem já não servir para mais nada, por ser improdutivo, não cidadão, que só provoca inúteis gastos sociais sem trazer nenhum benefício para a coletividade (Merhy, 2012, p. 269).

Por valorar a vida daquele morador de rua, conforme explica Merhy no excerto anterior, entendo que, em uma perspectiva de clínica menor, o agir do trabalhador do Consultório na Rua Joaquim parte do pressuposto de que aquele é também um sujeito desejante e não um mero objeto de/para intervenção do campo da saúde. Quem vai dizer se deseja ou não ser atendido é o morador de rua, ao contrário do que a clínica maior e os dispositivos de governo tentam fazer. Contudo é necessário explicitar que nem sempre é uma tarefa fácil entender e afirmar os modos dos moradores de rua levarem as suas vidas, como pude ver nas discussões em que parte da equipe parecia frustrada quando alguns usuários voltavam para as ruas depois de terem passado um tempo em suas antigas ou novas casas.

Ao vivenciar tais situações com a equipe do CnR Joaquim, percebo que a noção de direito não pode confundir-se com a de dever. A saúde pública pode (e

deve) ser um dever do Estado, mas o direito ao tratamento deve partir da demanda do sujeito, do usuário. Nas palavras de Merhy (2012, p. 272):

Aí há um elemento também vital para se entender outra dimensão da temática do direito, que é a de reconhecer o outro como sujeito produtor de direito e não simplesmente como cumpridor do direito. Um direito não só como uma negatividade, mas como uma possibilidade de produção de vida, de existências.

Diante do exposto, penso em mais uma característica para a clínica menor: ela não age sobre o outro e tampouco age no outro. Em vez disso, a clínica menor vai agir com o outro, de modo a partir do pressuposto de que o outro possui desejos que podem ser diferentes dos meus, mas nem por isso irei julgá-lo. Ao agir com o outro, tento estabelecer uma lógica de cuidado contratada e pactuada em conjunto, mesmo sabendo das relações de poder que possam estar em jogo nessa relação entre trabalhador da saúde e usuário do serviço de saúde. No trabalho do consultório, o “agir com o outro” diz respeito à construção de hipóteses junto com o usuário, a chance de errar e acertar, fazer, desfazer, refazer caminhos, suportar as “esquisitices” do sujeito atendido (DAMICO, 2011) e, mesmo assim, seguir apostando nas suas potencialidades, sem a intenção de capturar seu modo de existência.

Tomo emprestada mais uma característica da literatura menor para pensar sobre a clínica menor: a desterritorialização. Para Franco e Merhy (s/d, p. 14):

A desterritorialização pressupõe agenciamentos, isto é, processos de mudança que são conflituosos, doloridos, e permeado por idas e vindas em que o sujeito é o tempo todo colocado diante de si mesmo e do novo território que se anuncia, é algo parecido com um “perder o chão”, morte de si, para a busca de outro chão, e de si mesmo sob novos referenciais de vida e produção.

Durante as cenas com os moradores de rua e com a equipe do Consultório Joquim, atentei para diferentes exercícios de desterritorialização³⁹ dos trabalhadores. Exercícios que, como dizem Túlio Franco e Émerson Merhy, não são tranquilos e fáceis de serem realizados e digeridos. Ao deparar com novos territórios existenciais,

³⁹ “A produção subjetiva do meio em que se vive e trabalha é marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais, segundo certos critérios que são dados pelo saber, mas também e fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social” (FRANCO; MERHY, s/d, p. 2).

há um acontecimento novo para o trabalhador e também para o usuário do serviço de saúde. Quando emerge algo diferente do que já fora é chegada a hora, há uma tensão, uma disputa tanto individual quanto coletiva para entender os novos fluxos e conexões contidos nos territórios existenciais desconhecidos⁴⁰. Reconhecer o sujeito que usa droga como alguém desejante em vez de um objeto submisso à substância que está usando é algo que, para alguns trabalhadores, constitui-se em um novo território existencial⁴¹ que finda em uma nova forma de interagir com o outro. Atuar em um CnR demanda um ato de desterritorialização por parte de seus trabalhadores.

Outra recordação que considero interessante destacar e que permite seguir articulando com a ideia de uma clínica menor é uma reunião de equipe. Nessa reunião, a equipe discutiu acerca de um dos termos propagados por alguns meios de comunicação sobre os filhos de mães usuárias de crack: “os filhos do crack”. Incomodados com tal expressão vinda de uma colega de equipe, dois ou três trabalhadores reivindicaram que essa seria uma forma estigmatizante de referir-se tanto às mães quanto aos filhos. As crianças não foram “produzidas” pelo crack, mas sim por um casal de pessoas que, no seu contexto, a mãe usa a substância. Ou seja, o filho não é do crack, da pedra, do objeto, e sim de uma pessoa, de uma mulher e de um homem. Acredito que há outro exercício de desterritorialização na equipe do Consultório Joquim quando os trabalhadores passam a discutir determinados termos, modos de falar que podem vir a influenciar a maneira como se vê e como se interage com as moradoras de rua gestantes que usam drogas. Há novamente uma operação de uma clínica menor por parte da equipe Joquim a partir da desterritorialização dos modos de conceber a figura da mulher grávida usuária de drogas e que vive em situação de rua.

Além desses exemplos, outro que julgo pertinente caracterizar também como exercício de desterritorialização é a forma pela qual a equipe organiza seu

⁴⁰“Esse processo é detalhadamente discutido por Rolnik (2006) quando ela revela os processos de territorialização, desterritorialização e reterritorialização, em se tratando aqui de territórios existenciais, e o modo como, certos acontecimentos agenciam mudanças na subjetividade, ocasião em que indivíduos ou coletivos de sujeitos se desterritorializam, o que significa mudanças estruturais no modo de significar e interagir com o mundo da vida” (FRANCO; MERHY, s/d, p. 6).

⁴¹ Trabalho com a noção de território advinda da cartografia proposta por Deleuze e Guattari (1995). A partir disso, uso o conceito de território existencial de Suely Rolnik (2006), em que ela aponta para os processos de construção e desconstrução de territórios entendendo-os como **territórios existenciais**, ou seja, como aquilo que há dentro de cada sujeito, que, por sua vez, marca sua forma de significar e interagir com o mundo.

trabalho coletivo. No campo da saúde, há um “território de profissões fortemente regulamentadas, de grande rivalidade pela reserva de mercado, de forte disputa no domínio privativo de competências profissionais e de concorrência pelo prestígio nas ocupações” (CECCIM, 2012, p. 271). Esse território está repleto de normativas, resoluções corporativas, leis, decretos, portarias, diretrizes e orientações técnicas e outros elementos que vêm a constituir uma clínica maior conforme afirmei no começo deste capítulo. Como desterritorializar-se de tal território tão duro e acirrado? Como subverter esses processos normativos, instituídos?

Novamente afirmo que os movimentos de desterritorialização não ocorrem de forma fácil, tranquila, aceita sem discussão entre a equipe do consultório. Apesar de a equipe manter uma relação de trabalho solidária entre si, existem também as disputas e as tensões no cotidiano. Contudo, consigo enxergar outras maneiras de a equipe manifestar-se através de uma clínica menor quanto à sua organização.

A equipe Joquim é composta por diferentes núcleos profissionais (incluindo os residentes e estagiários), como enfermagem, educação física, terapia ocupacional, psicologia, serviço social e saúde coletiva. Em um formato tradicional, como o apontado por Ceccim, cada núcleo ficaria responsável somente por aquilo que suas respectivas normativas prescrevem. No entanto, durante as abordagens e de acordo com as demandas levantadas pelos usuários, os trabalhadores borram essas fronteiras que, com muita frequência, teimam em se instalar no interior das equipes de saúde. Nem em todos os procedimentos é possível romper com essa lógica, principalmente nas ações mais burocráticas, como nos casos em que deve haver a assinatura e o carimbo com o nome e o registro profissional do técnico responsável. Apesar disso, nem sempre é a assistente social que encaminha ou que acompanha o usuário para (re)fazer seus documentos; o acolhimento e a escuta não são restritos ao núcleo da psicologia e da enfermagem; para ser técnico de referência de algum usuário, não é necessário ser alguém com curso superior; pensar, elaborar e propor práticas esportivas, laborais e de lazer também não são atividades exclusivas dos núcleos da terapia ocupacional e da educação física.

Quando perguntados sobre quais núcleos profissionais a equipe demandava, os trabalhadores respondiam que, mais importante que o núcleo, seria o perfil da pessoa, a aproximação com as discussões do campo da saúde mental e da atenção básica, etc. Uma clínica menor vai ao encontro daquilo que Ricardo

Ceccim (2012, p. 271) aponta como possibilidade de trabalho em equipe: “uma singular ciência da saúde, plural, multiprofissional e interdisciplinar”.

Além da desterritorialização, outro elemento constituinte da clínica menor, assim como na literatura menor, é o caráter político da prática. Quando for demandado, é preciso que o trabalhador do consultório seja um terapeuta do cano, do viaduto, do mato. A clínica menor incorpora, nesse caso, a mudança do setting terapêutico, como sugere a clínica peripatética (LANCETTI, 2006). Há uma clínica em movimento, em fluxo, em transformação. E não é qualquer transformação, pois, ao entrar em contato com territórios pouco habitados em condições socialmente desfavoráveis, o trabalhador acaba por afastar-se de uma lógica unicausal do processo saúde-doença, que visa criminalizar a população de rua pela sua condição.

Diferente do que propõe a clínica maior, que criminaliza a pobreza, culpabiliza o morador de rua por sua condição e moraliza o uso de substâncias psicoativas, há, em minha opinião, uma tentativa de experimentar uma clínica menor pela equipe do CnR Joquim, que busca, a partir da escuta (e não do recolhimento), entender quais são os desejos, as limitações e as potencialidades daquele morador de rua, compreendendo que sua situação momentânea não depende unicamente dele. Mesmo que certos grupos de gestores, políticos, governantes e pesquisadores digam, para o CnR, *“Desistam! Muitos outros já tentaram e deram com os burros n’água”*⁴², os trabalhadores voltavam às ruas para seguir com seus atos de clínica menor. Nesse sentido, a clínica menor adquire sua função de resistência àquilo que está instituído, engessado, que vem sendo produzido através de políticas e atos fascistas da esfera estatal e não estatal.

Mesmo que o Consultório Joquim percorra um fio onde ora ele cai no campo das técnicas de governo e vigilância, ele pode, dentro de uma perspectiva menor, resistir às políticas de internação/recolhimento compulsório. A partir disso, há um agenciamento coletivo, pois, ao contrapor-se a essas políticas e atender a um morador de rua, por exemplo, na perspectiva de redução de danos, há uma construção coletiva que vai além do sujeito em si, há uma prática que acaba por representar outras pessoas e coletivos. Portanto há um agenciamento coletivo, característico de uma literatura e também de uma clínica menor.

⁴²Trecho de “Joquim”, canção de Vitor Ramil.

Apesar das características da clínica menor, ela corre o risco de tornar-se uma clínica maior na medida em que for priorizando as estratégias vindas “de cima” em detrimento dos processos construídos e discutidos coletivamente entre a equipe e com os usuários dos serviços. É preciso estar atento para não se submeter a determinadas políticas, portarias, diretrizes e demais normativas que visam fragmentar o trabalho coletivo, impor uma série de procedimentos e protocolos que não dialogam e não dizem respeito às necessidades reais dos usuários dos serviços públicos de saúde. Para continuar exercendo uma clínica menor e até radicalizando suas ações, seria importante seguir problematizando as estratégias de redução de danos, da clínica peripatética e de outras clínicas capazes de operar com a ideia de que qualquer forma de vida vale a pena. Dessa forma, ela estará mais distante de subjugar-se à clínica maior. Entretanto, volto a afirmar que tanto a clínica menor quanto a clínica maior não estão isoladas, distantes uma da outra. Elas atuam muitas vezes em conjunto, nos mesmos cenários de gestão e cuidado, o que demonstra que tais clínicas se dão em processos contínuos e descontínuos, em fluxos e não de forma estática, linear, previsível. Por último, mas não por fim, a clínica menor não é propriedade de qualquer equipe; ela não é um lugar, ela é mais um elemento do território existencial, que, dependendo dos processos individuais e coletivos, passa a compor as formas de trabalhar em saúde, de sensibilizar-se e afetar-se com os usuários, com a cidade e com as equipes.

7 ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Cada vez que eu tentei fazer um trabalho teórico, foi a partir de elementos de minha própria experiência: sempre em relação com processos que eu vi desenrolar em torno de mim. É porque pensei reconhecer nas coisas que vi, nas instituições às quais estava ligado, nas minhas relações com os outros fissuras, abalos surdos, disfunções que eu empreendia um trabalho, alguns fragmentos de autobiografia [...] Meu modo de trabalho não tem mudado muito, mas o que eu espero dele é que continue ainda a me mudar (FOUCAULT, 2004, p. 11).

É chegada a hora de encerrar esta escrita de mestrado. Mais uma vez, busco as palavras de Michel Foucault em minha caixa de ferramentas conceituais para ajudar-me a concluir, com algum êxito, o trabalho o qual me propus a fazer. Se escolhi o cenário das políticas para usuários de drogas e para a população em situação de rua é porque, de algum modo, elas me afetam, sensibilizam, forçam o pensamento. Não foi por um acaso do destino que me detive em estudar uma parte específica de tal cenário. Na época em que era residente de saúde mental, tive a oportunidade de vivenciar diferentes serviços públicos de saúde mental. Um dos poucos serviços que eu não havia tido oportunidade de vivenciar fora o Consultório de Rua (na época, ele era **de rua** e não **na rua**).

De maneira análoga com a que Foucault explicita, escolhi estudar a respeito daquilo que estava permeando meu campo de prática, seja nos serviços de saúde mental que atuei durante a residência (CAPS adulto, CAPSi, CAPS AD, SRT), seja nos movimentos sociais aos quais estava engajado. Contudo, não bastava apenas escrever um trabalho sobre minhas experiências do passado. Tampouco me contive em realizar um trabalho documental. Eu estava buscando novos elementos, novos agenciamentos, novas conexões. Então fui às ruas inserido no serviço em que eu gostaria de ter atuado na época de residente: o agora Consultório na Rua.

Ao inserir-me em uma equipe de Consultório na Rua, pretendia acompanhar novos e antagônicos processos àqueles que estavam acontecendo em São Paulo (internação compulsória massiva nas cracolândias) e no Rio de Janeiro (recolhimento compulsório de moradores de rua). Minha ideia era afirmar que o consultório é um serviço antimanicomial, ético e estratégico no combate aos fascismos estatais e não estatais contra a população de rua e aos usuários de drogas.

Contudo, no decorrer dos cinco meses de participação em uma equipe de Consultório na Rua, na convivência com trabalhadores e moradores de rua e ao ler

diversos textos de Michel Foucault, Gilles Deleuze, Félix Guattari, Émerson Merhy, Túlio Franco, Antônio Lancetti, entre outros, passei a questionar se não seria mais estratégico dar à minha pesquisa um tom mais próximo do literário, reflexivo, provocativo e questionador, sem, contudo, perder o comprometimento, a implicação e a ternura jamais. Afinal, existem diversas formas de se afirmar outros modos de viver, trabalhar, pesquisar e interagir com o mundo.

Então, a partir dos acontecimentos proporcionados principalmente pela pesquisa de campo, pela ida às ruas, pela inserção no Consultório na Rua e a partir do acompanhamento de processos, emergiram fissuras, abalos surdos e fragmentos autobiográficos, como diria Foucault. Além disso, deparei-me com diferentes tensões, disputas, lutas, resistências, afetos e encontros. Como tornar os elementos advindos do campo e das leituras em uma escrita que minimamente cumprisse com os pressupostos acadêmicos para uma dissertação?

O questionamento anterior me fez pensar na possibilidade de aliar uma escrita acadêmica com uma escrita literária, a fim de poder exercitar diferentes formas de expressão e de expor os acontecimentos e agenciamentos que vinham das ruas. Ademais, seria uma maneira de oportunizar aos futuros leitores desta dissertação duas (ou mais) formas de se ler e analisar o trabalho.

Sendo assim, o trabalho foi dividido em três partes. A primeira foi dedicada àquilo que chamei de “crônicas urbanas”, onde apresentei textos/fragmentos extraídos dos diários de campo, contudo sob uma escrita e uma estética que remetesse a uma estrutura de crônica. Ao todo foram produzidas 15 crônicas, narradas por diferentes sujeitos em diferentes locais, onde são expostas molecularidades e uma parte das vivências do dia a dia de pessoas em situação de rua, trabalhadores da saúde, transeuntes, comerciantes, frequentadores de praças, políticos, etc.

Na parte II – o *making of* das crônicas -, detive-me em justificar minha escrita e apresentar aos leitores o cenário que envolve as políticas para usuários de drogas e populações em situação de rua, além de falar sobre as minhas escolhas metodológicas. No caso, usei o termo cenário não no mesmo âmbito em que é utilizado no teatro e no cinema, mas como forma de indicar os locais onde se passam as disputas e tensões, onde ocorrem fissuras e resistências em torno das políticas antes referidas.

Ao construir tal cenário, constatei que a ciência é um dos espaços de disputas em torno dos regimes de verdade a respeito do uso de drogas e das formas de tratamento aos usuários. Na busca, observação e leitura de artigos científicos, reportagens e vídeos, notei a presença de dois grupos que se diferenciam pelas formas de olhar para o tema drogas.

Enquanto um grupo de pesquisadores tem construído enunciados em prol das internações compulsórias, dos longos períodos de internação, das comunidades terapêuticas e da criminalização dos sujeitos que usam drogas e que vivem nas ruas, o outro grupo difere totalmente desse, de maneira a produzir enunciados que afirmam a rede de serviços públicos do SUS – como os CAPS, a internação em hospitais gerais (e não em manicômios ou comunidades terapêuticas), os programas de redução de danos, etc. – ter maior potencial de acolher e tratar os usuários de drogas e as pessoas em situação de rua, de modo a se opor às práticas de recolhimento e internação compulsória em massa.

Além de localizar as disputas no meio científico, pude mapear outros interesses presentes nas políticas de internações compulsórias em massa que estão surgindo em vários centros urbanos. Grupos políticos e acadêmicos ligados a instituições privadas, como comunidades terapêuticas e clínicas particulares, mostram-se defensores do recolhimento e da criminalização dos usuários de drogas e das pessoas que vivem nas ruas. Por estarem ligados à esfera privada, tais grupos têm, nas internações compulsórias, a possibilidade de enriquecer à custa dos familiares dos internos e do Estado ao repassar verba pública para as instituições particulares internarem os sujeitos capturados. É a “faxina social” cumprindo o papel de catalisadora dos interesses econômicos desses grupos que visam enriquecer com as internações compulsórias e as ações de recolhimento e de remoção dos sujeitos em situação de rua.

Em meio às tensões do campo político, econômico e científico, o CnR emergiu enquanto um dos serviços capazes de enfrentar os *Blade Runners* contemporâneos, sedentos pela caça e captura dos novos anormais. O serviço foi criado, pensado e tem sido defendido por gestores, trabalhadores e usuários mais próximos do movimento antimanicomial brasileiro

A partir do convívio com os trabalhadores de um CnR e com pessoas em situação de rua na cidade de Porto Alegre, das leituras, dos ativismos e das aulas do

mestrado, surgiram as crônicas, os questionamentos, as dúvidas e as problematizações.

A primeira delas foi sobre a produção dos anormais contemporâneos em tempos cada vez mais biopolíticos (mas não menos disciplinares, ou ainda, soberanos). Os artigos científicos, as matérias de jornais, os posicionamentos políticos, as falas e os olhares repressores de comerciantes, transeuntes e demais pessoas que encontrei nas abordagens com o consultório fizeram com que eu me remetesse aos anormais descritos por Foucault em um de seus cursos no *College de France*.

Ao produzirem a figura do anormal contemporâneo, gestores, empresários, jornalistas, comentadores, comerciantes e parte do setor saúde criam novas formas de racismo contra os usuários de drogas que vivem nas chamadas cracolândias, de maneira a construir uma imagem negativa desses sujeitos perante a população, fazendo com que as práticas de recolhimento e internação compulsória sejam aceitas como formas necessárias de tratamento. Aí surgem os *Blade Runners* modernos, as instituições de “cura”, de forma a lembrar a situação dos anormais do século XVII e XVIII, descritos e analisados por Foucault.

O surgimento da biopolítica é contemporâneo da produção dos anormais. Assim, é de interesse das estratégias biopolíticas fazer com que os sujeitos considerados anormais sejam cadastrados, registrados e capturados para que possam aproximar-se da norma momentânea e, assim, ingressar no fluxo produtivo da maquinaria capitalista. Ao resistirem a isso, os sujeitos serão in/excluídos através de diferentes dispositivos.

De fato a internação compulsória é uma prática de exclusão, que visa ao recolhimento da pessoa e a sua expulsão momentânea da cidade. Entretanto, é preciso estar atento também às práticas de inclusão, como o CnR, pois elas também podem atingir fins similares àqueles das práticas de exclusão. Nesse caso, acredito que o CnR, em nível institucional, enquanto política pública, estratégia de governo, constitui uma tática biopolítica contemporânea, pois visa manter relações de regulação da condutas nas ruas por meio da aproximação com sujeitos até então considerados de baixa adesão a tratamentos de saúde (muito embora a baixa adesão possa ocorrer por precariedade da rede pública de serviços também).

Apesar do fato de considerar o CnR um serviço institucionalmente ligado às biopolíticas atuais, pude ver, na prática dos trabalhadores do consultório que

acompanhei, formas de resistência a essa biopolítica e de afirmação de diferentes modos de vida. Chamei essas práticas dos trabalhadores de clínica *menor*.

A clínica menor emerge do contato com a literatura de Kafka, a filosofia de Deleuze e Guattari e as clínicas da saúde coletiva. Ela surge enquanto uma possibilidade de trabalho de encontro com o sujeito em situação de rua de forma a não capturar seu modo de viver a vida, a sua resistência e resiliência, mas sim de maneira a potencializar essa vida, escutar, acompanhar e não se submeter ao preenchimento de protocolos padrões e de práticas engessadas, fragmentárias, verticalizadas.

A clínica menor como nomeei tem sido, para os trabalhadores do CnR Joquim, uma das possibilidades de desterritorialização, de produção e de construção de novos agenciamentos coletivos, novos territórios existenciais. Na clínica menor, as ações são praticadas com o outro e não no/pelo outro. O outro não é um objeto, mas um parceiro de caminhada que, em algum momento, pode demandar um auxílio, uma ajuda, um pedido de escuta, um documento de identidade, um curativo, um encaminhamento, um copo d'água, etc.

Ao conviver, trabalhar e participar das abordagens de rua junto aos trabalhadores do consultório e a moradores de rua pude experimentar outros territórios existenciais, habitar diferentes cenários, realizar encontros intercessores e forçar o ato de pensar e de escrever. Diante disso, penso que o consultório pode ser um espaço potente de promoção de uma vida não (ou menos) fascista, um espaço em que se tenha como lema que a vida de qualquer um vale a pena.

Em tempos em que assistimos (e resistimos de alguma forma) às remoções forçadas de famílias em zonas de periferia, à criminalização de movimentos sociais, de usuários de drogas, de moradores de rua, à privatização e à elitização do espaço público, aos novos (e velhos) fascismos, precisamos seguir construindo novas máquinas de guerra para enfrentar e resistir a tudo isso. Espero que, dentro do universo micropolítico, o CnR Joquim e os demais CnR sejam espaços de afirmação de diferentes modos de habitar o mundo, de denúncia de práticas repressoras, de construção de clínicas menores, de trabalhos vivos em ato, enfim, espaços do campo da saúde de resistência à maquinaria capitalista e fascista.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, A. Crack, desinformação e sensacionalismo. **Revista Poli: saúde, educação e trabalho**, Rio de Janeiro-RJ, ano V, n. 27, mar./abr. 2013.

ARAÚJO, R. B. et al. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 57-63, 2008.

ASSMANN, S. J. et al. Do poder sobre a vida e do poder da vida: lugares do corpo, biopolítica. **Temas & Matizes**, v. 11, p. 19-27, 2009.

AZEVEDO, R. C. S.; BOTEGA, N. J.; GUIMARÃES, L. A. M. Usuários de crack, comportamento sexual e risco de infecção pelo HIV. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 1, mar. 2007.

BARROS, L. M. R. de; BARROS, M. E. B. de. O problema da análise em pesquisa cartográfica. **Fractal, Revista de Psicologia.**, v. 25, n. 2, p. 373-390, maio/ago. 2013.

BASTOS, F. I. et al. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.casacivil.gov.br/noticias/perfil-brasil.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua**. Brasília-DF, 2008.

_____. **Mapeamento das instituições governamentais e não governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007**: Relatório. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.

_____. **Plano emergencial de ampliação do acesso ao tratamento e prevenção em álcool e outras drogas no sistema único de saúde – SUS (PEAD 2009-2010)**. Brasília: Ministério da Saúde. Portaria nº 1190, de 04 de junho de 2009.

_____. **Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas**: Decreto 7.179 de 20 de maio de 2010.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

_____. **Nota Técnica Conjunta da Coordenação de Área Técnica de Saúde Mental e do Departamento de Atenção Básica**, 2012.

BILIBIO, L. F. **Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal: implicações micropolíticas à formação em saúde**. Porto Alegre: UFRGS, 2009. Tese

(Doutorado em Educação), Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

CALVINO, I. **As cidades invisíveis**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

CAMPOS, G. S. W. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p.393-403, 1999.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis**, v. 19, n. 2, 2009.

CARVALHO, D. F. Nietzsche e a lanterna de Diógenes. **Artefilosofia**, n.13, p. 3-16, dez, 2012.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

_____. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação, áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, p. 253-277, 2012.

_____;FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** (UERJ. Impresso), v. 14, p. 41-65, 2004.

CLEMENTE, A. Et al. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. **Revista Polis e Psique**. V. 3, n. 1, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. 4ª INSPEÇÃO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS: locais de internação para usuários de drogas. Brasília, 2011.

CONTE, M.et al. Redução de Danos e Saúde Mental na Perspectiva da Atenção Básica. **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, 2004.

CUNDA, M. F. **Tramas empedradas de uma psicopatologia juvenil**. Porto Alegre: UFRGS, 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional). Faculdade de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

CUNHA, M. C. P. **Cidadelas da ordem: a doença mental na República**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.

CUNHA, P. J. et al. Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo-SP, n. 26, v, 2, p. 103-106, 2004.

_____; et al. Déficit neuropsicológicos ecocaína: um estudo-piloto. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, n.1, v. 1, p. 31-37, 2001.

DAMICO, J. G. S. **Juventudes governadas: dispositivos de segurança e participação no Guajuviras (Canoas/RS) e em Grigny Centre (França)**. Porto Alegre: UFRGS, 2011. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011a.

_____. Rasuras disciplinares e amputação de fazeres. **Revista Movimento**, v. 17, n. 3, 2011b.

DA SILVA, C. A. F. et al. Expectativas da mídia sobre o legado das Olimpíadas de 2016: racionalidade instrumental e substantiva. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis-SC, v. 33, n. 4, p. 939-957, out./dez. 2011.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Proust e os signos**. Rio de Janeiro: Forense, 1987.

_____. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: _____. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

_____; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia** (vol. 1). Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.

_____; _____. **Kafka - por uma literatura menor**. Rio de Janeiro: Imago, 1977.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: _____. **O Planejamento da pesquisa qualitativa**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS, A. C.; ARAUJO, M. R.; LARANJEIRA, R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 938-948, 2011.

DUALIB, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, suplemento 4, p. 45-57, 2008.

ESCOREL, S. Equidade em saúde. In.: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

_____. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FLORES, R. Z. A biologia na violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 197-202, 2002.

FONSECA, R. A arte de andar pelas ruas do Rio de Janeiro. In: _____. **Contos reunidos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

_____. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Segurança, Território, População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2002.

_____. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **Ditos & Escritos VII: Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

_____. Então, é importante pensar? In.: Michel Foucault, por uma vida não fascista, Coletânea de textos de Michel Foucault. Coletivo Sabotagem, 2004. Disponível em <<http://thmota.files.wordpress.com/2012/02/foucault-michel-por-uma-vida-nc3a3o-fascista.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **O Reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado**. Disponível em: <<http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/reconhecimento-producao-subjetiva-cuidado.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2012.

FRANGELLA, S. M. **Corpos urbanos errantes**: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. Campinas: Unesp, 2004. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2004.

GALLO, S. Em torno de uma educação menor. **Educação e realidade**, v. 27, n. 2, p. 169-178, jul/dez, 2002.

HORTA, R. L. et al. Perfil dos usuários de *crack* que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2263-2270, nov, 2011.

JORGE, J. S.; WEBSTER, C. M. C. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.3, n.1, p.39-48, 2012.

JUNIOR, N. C. et al. A Estratégia Saúde da Família para a Equidade de Acesso Dirigida à População em Situação de Rua em Grandes Centros Urbanos. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 709-716, 2010.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de psiquiatria RS**, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008.

LANCETTI, A. Desmistificação da existência de epidemia de álcool e outras drogas e medidas higienistas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org). **Drogas e Cidadania em debate**. Brasília-DF: CFP, 2012.

_____. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LOCKMANN, K. **Inclusão Escolar**: saberes que operam para governar a população. Porto Alegre: UFRGS, 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LIMA, H. S. de. **Consultório na Rua em Goiânia**: atenção a pessoas em situação de rua e em uso de substâncias psicoativas. Brasília: UNB, 2013. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde). Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2013.

LIMA, R. de C. C.; TAVARES, P. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo. **Argumentum**, Vitória-ES, v. 4, n.2, p. 6-23, jul./dez. 2012.

LIMA, F. A. F. de. **Justiça Terapêutica: em busca de um novo paradigma**. São Paulo: USP, 2009. Tese (Doutorado em Direito). Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 2009.

MAGNI, C. T. **Nomadismo urbano**: uma etnografia sobre moradores de rua em Porto Alegre. Santa Cruz do Sul: Editora UNISC, 2006.

MATTA, G. C. Universalidade. In.: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MDS. Primeiro censo e pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. **Caderno de Estudos – Desenvolvimento Social em Debate**, jun. 2012.

MERHY, E. E. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In.:CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (ORG). **Drogas e Cidadania em debate**. Brasília-DF: CFP, 2012a.

_____. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo-SP, v. 21, p. 267-279, 2012b.

_____. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In E. E. MERHY; H. AMARAL (Orgs.). **Reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MNPR. **Conhecer para lutar**: cartilha do Movimento Nacional da População de Rua. MDS/UNESCO/Instituto Pólis, outubro de 2010.

NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A. Há uma epidemia de *crack* entre estudantes no Brasil? Comentários sobre aspectos da mídia e da saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1643-1649, set., 2012.

NU-SOL. Tecnologia do governo das ruas. **Hypomnemata**, n. 135, jul. 2011. Disponível: <<http://www.nusol.org/hypomnemata/boletim.php?idhypom=163>>. Acesso em: 18 nov. 2013.

OLIVEIRA, L. M. B. de. **Corpos Indisciplinados**: ação cultural em tempos de biopolítica. São Paulo: Via Lettera, 2007.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008.

OLIVEIRA, M. G. P. N. de. **Consultório de Rua**: relato de uma experiência. Salvador: UFBA, 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

PAGOT, A. M. **O louco, a rua, a comunidade**: as relações da cidade com a loucura em situação de rua. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

PALOMBINI, A. de L. **Acompanhamento Terapêutico na Rede Pública**: a clínica em movimento. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

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

PELBART, P. P. **Vida capital**: ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PETUCO, D. da S. A produção social do usuário de crack: desconstruindo o monstro. In.: Conselho Federal de Psicologia (Org). **Drogas e Cidadania em debate**. Brasília-DF: CFP, 2012.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Abrasco, 2001.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde. In.: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINTO, A. T. M., FERREIRA, A. A. L. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010.

PORTOCARRERO, V. Os limites da vida: da biopolítica ao cuidado de si. In.: ALBUQUERQUE JUNIOR, D. M. de; VEIGA-NETO, A.; SOUZA FILHO, A. (Orgs.). **Cartografias de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

RAGO, M. **Do Cabaré ao Lar: A Utopia da Cidade Disciplinar**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

RIBEIRO, M. et al. Causa mortis em usuários de crack. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 3, p. 196-202, 2006.

RODRIGUES, T. Política de drogas e a coragem da luta. **Argumentum**, Vitória-ES, v. 4, n. 2, p. 24-33, jul./dez. 2012.

ROLNIK, R. Onde vai parar a política higienista de Kassab? Disponível em: <<http://raquelrolnik.wordpress.com/2012/07/10/onde-vai-parar-a-politica-higienista-de-kassab/>>. Acesso em: 25 set. 2012.

_____. As leis estão sendo desrespeitadas. **O Globo**, Rio de Janeiro-RJ, 6/08/2011.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

SANTOS, V. E. dos; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A produção científica internacional sobre redução de danos: Uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. **Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas**, v. 8, n. 1, p. 41-47, jan/abr, 2012.

SILVA, M. B. B. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **PHYSIS: revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 127-150, 2005.

SILVEIRA, D. X. da. **Debate sobre o sistema nacional de políticas públicas sobre drogas e as condições de atenção aos usuários de drogas**. Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania do Senado. Brasília-DF, 10 de setembro de 2013. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=8_zUTGgLOvY>. Acesso em: 07 nov. 2013.

SILVEIRA, D. X. da. **Entrevista ao Portal Carta Maior**. Disponível em: <<http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Politica/Crack-e-usado-por-miseraveis-porque-e-barato%0d%0a/4/18370>>. Acesso em: 11 nov. 2013.

STEVENS, A. The ethics and effectiveness of coerced treatment of people who use drugs. **Human Rights and Drugs**, v. 2, n. 1, 2012.

STOFFELS, M. G. **Os mendigos na cidade de São Paulo** – ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

STREPPPEL, F. F.; PALOMBINI, A. L. **Devir-loucura no rádio: uma experiência em saúde mental**. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 23, p. 501-522, 2011.

TERRA, O. G. Relação entre o comportamento agressivo e/ou violento e alterações na neuroimagem: revisão sistemática. Porto Alegre: PUCRS, 2009. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica e Ciências da Saúde), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

TUZINO, Y. M. M. **Crônica: uma Intersecção entre o Jornalismo e Literatura**. BOCC. Biblioteca On-line de Ciências da Comunicação, v. 2009, p. 01-17, 2009.

TÓFOLI, L. F. Evidências soterradas pelo projeto de lei sobre drogas. Carta Capital, 17 de abril de 2013. Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/saude/evidencias-soterradas-pelo-projeto-de-lei-sobre-drogas>>. Acesso em: 25 out. 2013.

VASCONCELOS, J. A filosofia e seus intercessores: Deleuze e a não-filosofia. **Educação Sociedade**. Campinas, v. 26, n. 93, p. 1217-1227, set/dez, 2005.

VARANDA, W.; ADORNO, R. de C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p. 56-69, jan/abr, 2004.

VENTURA, R. Os paradoxos do conceito de resistência: do mesmo à diferença. **Estudos de Psicanálise**, n. 32, p.153-162, nov, 2009.

ZANELLA, A. V. **Perguntar, registrar, escrever**. Porto Alegre: editora da UFRGS, 2013.

ZUBARAN, C. et al. Anxiety symptoms in crack cocaine and inhalant users admitted to a psychiatric hospital in southern Brazil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 4, p. 360-367, 2013.