

# CARTOGRAFIA SANITARISTA NA SAÚDE MENTAL<sup>1</sup>

*Health cartography in mental health*

Allan Gomes de Lorena<sup>2</sup>

---

Artigo encaminhado: 31/04/2017

Aceito para publicação: 08/12/2017

**RESUMO:** A organização do artigo “cartografia sanitaria na saúde mental” é uma aposta de desconstrução para produzir conhecimento científico, são peças de uma engrenagem micropolítica móvel conectada uma com a outra, mas, que também pode ser desconectada, desligada e desagregada. Contudo, depende das impressões iniciais que o texto pode evocar ao leitor. Trata-se de uma cartografia sanitaria sobre o cotidiano da saúde mental e da construção do material de pesquisa. “O corpo vítreo e as plasticidades da saúde mental em movimento” são roteiros, paisagens, passagens, cenas e cenários de introdução para contextualizar a pesquisa enquanto ponto de partida. “Porque começar a escrever pelo meio” é o método anti-método que produziu a pesquisa. As “paisagens peripatéticas” são experiências no cotidiano de uma interlocução de saúde mental, consultório na rua e caps ad para socializar saberes e fazeres de um sanitaria na saúde mental, discutindo, também, sobre processos de trabalho (gramatologia da saúde mental e microterritório), população de rua (impressões e expressões do consultório na rua) e pessoas que usam drogas (abstinência, caps ad e redução de danos). Por fim, “a definição de não concluir” é a síntese reflexiva do artigo sobre saúde mental infantil na produção de mundos e existências.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Serviços de saúde mental. Usuários de drogas. População de rua. Pesquisa qualitativa.

**ABSTRACT:** The organization of the article "health cartography in mental health" is a development bet to produce scientific knowledge as parts of a mobile micropolitical gear connected with one to another, but that can also be disconnected, turn off and disaggregated. However, it depends on the initial impressions that the text may evolve the reader. This is a health cartography on the daily of mental health and the construction of research material. “The vitreous body and the plasticities of mental health in movement” are route, landscapes, passages, scenes and introduction scenarios to context the research while starting point. “Why starting to write by the medium” is the method anti-method that produced the research. “Peripathic landscapes” are experiences in the daily of a mental health interlocation, street’s clinic and caps ad to socialize knowledge of a professional public health in mental health, also discussing on work processes (mental health and

---

<sup>1</sup> Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) na qualidade de iniciação científica entre os anos de 2016 – 2014 sob o título “em busca da identidade profissional da graduação em saúde pública/saúde coletiva: narrativas e reflexões de sujeitos implicados” sob a orientação do Professor Titular Marco Akerman da Faculdade de Saúde Pública da USP.

<sup>2</sup> Sanitaria (Faculdade de Saúde Pública/USP) especializando em Gestão das Redes de Atenção à Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz. Pesquisador bolsista (treinamento técnico nível III) no Depto de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina/Unifesp.

microterrorial), homeless population (impressions and expressions of the street's clinic) and people who use drugs (abstinence, caps ad and harm reduction). Therefore, "the definition of not concluding" is the reflective synthesis of the article talking about child mental health in the production of worlds and existences.

**Keywords:** Mental health. Mental health services. Drug users. Homeless population. Qualitative research.

## 1 CORPO VÍTREO E AS PLASTICIDADES DA SAÚDE MENTAL EM MOVIMENTO

De um tempo para cá venho desenvolvendo uma mania de contextualizar... Contextualizar tudo aquilo que faz sentido para mim, e como isso afeta a minha produção de sentidos e significados na pesquisa científica junto com a experiência de ir experimentando a saúde pública como o meu campo de prática profissional. Para, além disso, como o mundo-científico vai se relacionando com o mundo-cotidiano. Assim, vou habitando muitos mundos e colecionando experiências no meu corpo.

Então, a todo o momento, atravessado por estes mundos que me inspiram a escrever e refletir sobre eles, na tentativa de sempre exercer um pensamento crítico sobre a atuação do sanitarista nos sistemas e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS); crio muitas perguntas. Às vezes consigo responder. Outras vezes não. Mas, sempre instigado a elaborar um material de pensamento capaz de captar a miríade de forças em jogo e fazer do próprio pensamento uma força do Cosmos (PELBART, 2015).

E é a partir daí que resolvi dedicar uma parte da minha pesquisa e formação nos serviços de saúde mental, circulando e permanecendo em diversos cenários que compõem uma rede de saúde interessante e interessada nas conexões que podem ser realizadas com a produção social da saúde.

A rede de atenção psicossocial (RAPS), como rede de atenção à saúde tem o compromisso de defender a vida – individual ou coletiva – e tem como desafio apostar na promoção da saúde mental como uma prática inventiva e inovadora que esteja preocupada com as relações humanas e sociais; que possa fabricar itinerários de cuidado compartilhados e ampliados na construção de projetos terapêuticos singulares. Assim, a promoção da saúde mental pode se tornar uma tecnologia leve de cuidado no SUS.

Pensei, agora, redigindo estas palavras, que contextualizar tem a ver com o conceito de cartografia que Deleuze e Guattari nos ensinaram na obra Mil Platôs.

Aproveito para esclarecer que uma cartografia não tem nada a ver com o modo que interpretamos o conceito e aplicamos na pesquisa, mas, como experimentamos e criamos, no corpo, cartografias para si na produção de ciência e na produção de vida. Por isso, corpo vítreo e saúde mental em movimento.

Um corpo vítreo é um corpo móvel, elástico, gelatinoso, extensivo que diz respeito à plasticidade psíquica desenvolvida em movimento. Sair de um território e partir para outro são novas corporeidades, podem ser aventuras trágicas, patéticas ou peripatéticas para construir um território fixo e estável, mas, depois, desabitar o território criado.

Na saúde mental o que importa é o desterritório. Trata-se das possibilidades de não estarmos fixos a um território específico, mas, partindo-se para outros possíveis, produzindo conexões e vivências no território (lugar que se vive), desterritório (quando eu saio do lugar que se vive) e reterritório (quando eu entro no lugar que se viveu).

O contato com a rua, usuários de drogas, “loucos muitos loucos” como diz Emerson Merhy, a amizade cultivada com o povo da rua, os almoços nos centros de acolhida, quando sou confundido com algum usuário do CAPS, quando estou andando na rua e sou reconhecido por algum deles e começamos a conversar. Considero que esse modo de se encontrar, e de estar como os “loucos”, é uma filosofia para enxergar aquilo que não se vê.

São plasticidades da saúde mental em movimento como forma de ver a constitutividade do viver, de sentir e encontrar a multiplicidade do fazer redes de conexões de existências (MOEBUS, 2014).

É uma cartografia afetiva que:

Podemos apenas ser afetados pelas coisas que nos rodeiam, nos encontros que temos ao sabor do acaso, podemos ficar à mercê deles, passivamente, e, portanto, ter apenas paixões. [...] as paixões não são um problema, elas existem e são inevitáveis, não são boas nem ruins, são necessárias no encontro dos corpos e nos encontros das idéias (PELBART, 2008).

As plasticidades da saúde mental estão expressas no modo de ver a vida porque pode despertar paixões alegres ou paixões tristes (e outros afetos [bio]políticos) com os tipos de fazer gestão e cuidado na saúde mental. As clínicas psiquiátrica, psicanalítica e psicossocial, por exemplo, estabelecidas no mundo do

trabalho da saúde pública, na saúde mental, podem movimentar encontros que são paixões alegres e/ou tristes para as pessoas que buscam os serviços de saúde mental.

Se uma pessoa que está “locona” busca um atendimento especializado de álcool e drogas no ápice da sua “brisa” e a orientação que se tem é chegar ao serviço “sóbrio”, a potência de agir – reduzir as consequências do uso abusivo de uma substância – será diminuída pela situação que se passou – humilhação, preconceito – no encontro usuário/trabalhador.

Se tratarmos as populações vulneráveis com paixão triste, a potência de existir dos usuários e trabalhadores será diminuída no sentido de serem alimentadas por uma turbinação burocrática (LANCETTI, 2016) de regras, normas, protocolos que impedem o cuidado e que não se aplicam para o louco, o morador de rua e “drogado”.

## **2 PORQUE COMEÇAR A ESCREVER PELO MEIO?**

Deleuze defende a ideia que escrever pode ser um tipo de devir quando algo da vida passa por nós e nos tornamos essa coisa. Ele argumenta que quando a gente escreve alguma coisa, estamos escrevendo para dar vida ao acontecimento, dizer aquilo que não foi dito. O devir-escrever é um modo de viagem cartográfica que dá sentido para todas as passagens que compõem as nossas paisagens pelo mundo afora. Isto é, a escrita é um processo que está intimamente ligado com a linguagem e os dispositivos da pesquisa acadêmico-científica.

A Saúde Pública Coletiva<sup>2</sup>, por exemplo, é um campo de investigação científica interdisciplinar do processo “saúde doença cuidado”, o que permite utilizar os mais variados processos de investigações; estes, vinculados a sistemas teóricos que fundamentam e caracterizam, influências, concepções, materiais e métodos para orientar o trabalho científico com abordagens das Ciências da Vida, Ciências Humanas e Sociais, Ciências Ambientais e Ciências Exatas.

---

<sup>2</sup> No livro, “Uma ou várias? IdentidadeS para o sanitarista!” (Editora HUCITEC, 2016) dediquei um capítulo para falar das diferenças entre Saúde Pública e Saúde Coletiva, trata-se de uma abordagem exploratória e até mesmo “crua” sobre essas “saúdes”. Contudo, aqui, a saúde pública e saúde coletiva fazem parte de um mesmo barco, ou seja, estou “entendendo” que é a mesma coisa e chamando de “Saúde Pública Coletiva”. No “identidades”, o pensamento é oposto!

A multiplicidade de disciplinas pode ser vista como um conjunto de conhecimentos e validações de técnicas de pesquisa na Saúde Pública Coletiva, tendo em vista que:

A realidade empírica surge como resultante de um processo invisível de produção em que se articulam e determinam reciprocamente dinâmicas da “natureza” (biológicas, químicas, físicas) e da “sociedade” (culturais, políticas, econômicas). Os objetos de conhecimento das ciências emergem, portanto, e, necessariamente, do real (IANNI, 2004).

Então, a perspectiva metodológica que será construída é abrir possibilidades, conceitos, disciplinas, tendências para analisar os problemas de saúde, de forma crítica e criativa. Se existe uma “receita de bolo” para pesquisar na Saúde Pública Coletiva, a receita é não ter receita, um método, uma concepção pronta e fabricada. Mas, construir um desvio metodológico para começar a escrever pelo meio um campo que abre espaço para tal.

O interesse aqui não é definir um objeto de pesquisa a ser estudado. É, diferentemente disso, acompanhar um processo, deter-se em acontecimentos que se tornam visíveis, ponderá-los, ir além, atrás de novos encontros, pensar sobre eles, sentir as suas afecções e ir caminhando e produzindo pensamento (BERTUSSI, 2010).

A minha investigação, portanto, é identificar limites e possibilidades do sanitarista formado na graduação atuar na RAPS, além de descrever, discutir, coletivizar e refletir sobre a experiência com população de rua e pessoas que usam drogas, um dos desafios para a gestão do cuidado intersetorial e redes de atenção (na saúde ou fora delas).

O desvio metodológico é o método anti-método da cartografia, utilizada em pesquisas de campo no estudo da subjetividade e que se afasta do objetivo de definir regras a serem aplicadas (KASTRUP, 2007). Não é possível definir seu método (nem no sentido de referência teórica, nem no de procedimento técnico), mas apenas sua sensibilidade (ROLNIK, 2007).

Assim, o diário de campo é a ferramenta para registrar observações, inquietações, incômodos, percepções e perspectivas no campo de pesquisa habitado. A análise do cotidiano micropolítico da saúde mental é o lugar desta cartografia sanitarista refletindo sobre a minha identidade, as questões da rua e das drogas, consiste na análise do sistema de lugares, o assinalamento do lugar que

ocupa o pesquisador, daquele que ele busca ocupar e do que lhe é designado ocupar, com os riscos que isto implica (BARROS e PASSOS, 1998).

### 3 PAISAGENS PERIPATÉTICAS

Um livro imita o mundo, como a arte, a natureza: por procedimentos que lhes são próprios e que realizam o que a natureza não pode ou não pode mais fazer. A lei do livro é a da reflexão (DELEUZE e GUATTARI, 1995).

As paisagens peripatéticas fazem parte dos processos de subjetivação que o livro *Clínica Peripatética* (LANCETTI, 2014) reverberou durante a leitura: memórias vividas no cotidiano do SUS, uma vontade de potência e uma paixão alegre pela saúde mental. E a sensação de ler o Lancetti foi de questionar se as experiências contidas na *Clínica Peripatética* com pessoas que usam drogas, meninos e meninas de rua, pessoas com sofrimento mental funcionam ou não.

Questionar o funcionamento das coisas é função essencial de um livro. É um agenciamento entre autor e leitor que pode fabricar conexões, pensar sobre as cenas, reviver cenários que compõem paisagens peripatéticas. Para mim, a primeira paisagem foi acompanhar o acolhimento de um garoto de vinte anos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de São Bernardo do Campo, localizado na região do ABC paulista.

Ele chegou encaminhado pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) depressivo, cabisbaixo, dizia que ouvia vozes, ficou “biruta” – nas palavras dele – depois de assistir um filme (e pesquisar) sobre saúde mental. Naquele tempo, pude acompanhar o trabalho dos apoiadores da Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo, profissionais que faziam a gestão do território e articulação de redes. Talvez tenha sido sorte, coincidência, destino ou demanda dos serviços de saúde, mas, a maioria dos casos que pude observar na atenção básica junto com a minha apoiadora-guia eram de saúde mental, configurando, então, uma primeira experiência peripatética.

A segunda paisagem foi ter sido monitor da disciplina de Teoria e Prática em Saúde Mental Coletiva, da Graduação em Saúde Pública, ministrado pelo Prof. Dr. Alberto Olavo Advíncula Reis. Na disciplina, fomos ao CAPS Itapeva (São Paulo, SP) e circulamos na RAPS de Campinas (CAPS ad, CAPSi, Geração de Renda,

Residências Terapêuticas). Tanto o CAPS quanto a RAPS desses lugares possuem uma história importante na saúde mental de seus territórios, mas, estavam sendo atravessados pela experiência da precarização e terceirização do trabalho por Organizações Sociais da Saúde (OSS).

A terceira paisagem peripatética foi à possibilidade de vivenciar o cotidiano de uma República Terapêutica Infanto-Juvenil de Mauá através do projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS<sup>3</sup>). A república é uma modalidade de “serviço” integrante da RAPS e ligado a um CAPS ad, a referência técnica e trabalhadores/as operavam o trabalho sob a ótica da redução de danos, construindo itinerários terapêuticos de sensibilização e conscientização sobre o uso seguro de drogas aos moradores da república composto por menores em situação de vulnerabilidade (questões com a rua, conflito com a lei, uso de drogas, entre outras).

Depois, pude participar do I Curso de Formação em Controle Social e HIV/Aids, iniciativa do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde e da ONU. Essa proposta de formação, visava qualificar a juventude militante e ativista comprometidos com a política de saúde para populações específicas, no qual o tema da infecção ao HIV/Aids era tema central.

Do curso em diante, envolvido com saúde mental, população de rua e pessoas que usam drogas. Retornei para a III edição da formação na condição de facilitador, apoiando as discussões sobre participação social e saúde e outras como redução de danos e promoção da saúde.

Então, é desse contexto que resolvi desenvolver uma experiência de pesquisa com paisagens peripatéticas. A pesquisa e os processos formativos que foram ocorrendo na minha produção de vida, despertou uma paixão alegre (e paixões tristes) pela saúde mental e tudo aquilo que pude viver no território da Interlocação da Saúde Mental.

As reflexões a seguir coletivizam e discutem todas as entradas e saídas nos territórios, exercendo um pensamento crítico, reflexivo, político e construtivo para a saúde mental.

---

<sup>3</sup> Entre os anos de 2016 - 2017 fiz parte da comissão mobilizadora do VER-SUS/São Paulo, em Mauá, fui facilitador e mobilizador desta vivência.

#### 4 GRAMATOLOGIA DA SAÚDE MENTAL<sup>4</sup>

A ideia de interlocução pressupõe um processo de articulação entre os diferentes saberes e as diferentes vozes para produzir um diálogo comum na saúde mental. Só se faz interlocução no diálogo com o outro e comunicação entre os sujeitos.

Este tem sido o esforço da reforma sanitária, reforma psiquiátrica e o movimento da luta antimanicomial no sentido da construção popular, democrática, cidadã sobre quais modelos de atenção à saúde e de gestão do cuidado podem ser adotados para construir uma rede viva de serviços no território. E é aqui que a gramatologia entra em cena para produzir e disputar mais sentidos na saúde mental.

Para Derrida:

Escrever é retirar-se. Não para a sua tenda para escrever, mas da sua própria escritura. Cair longe da linguagem, emancipá-la ou desampará-la, deixá-la caminhar sozinha e desmunida. Abandonar a palavra [...] É ela que permite a articulação dos signos entre si no interior de uma mesma ordem abstrata de um texto fônico ou gráfico, por exemplo, ou entre duas ordens de expressão. Ela permite a articulação da fala e da escritura no sentido corrente assim como ela funda a oposição metafísica entre o sensível e o inteligível, em seguida entre significante e significado, expressão e conteúdo (DERRIDA, 1973).

O que isso quer dizer? As práticas que se tem na saúde mental para fazer gestão! Algumas com mais possibilidades de invenção, outras com mais subordinação. Podemos tomar como exemplo a prática da Supervisão Clínico-Institucional como dispositivo de mudança para a gestão da atenção psicossocial no cotidiano dos serviços de saúde mental.

O termo (super)visão remete a uma construção de cima para baixo, de um saber-fazer que impede os trabalhadores de inventar o seu trabalho. Como se a (super)visão é alguém que sabe e o “supervisando” é alguém que não sabe, logo, sujeito a assujeitamentos. As relações de saber-poder no cotidiano do trabalho são ideias-força constituídas para capturar modos de sujeição e subjetivação de uma identidade sobre outra para separar o desejo do corpo e diminuir a potência de agir.

---

<sup>4</sup> Utilizo nesta passagem os termos Interlocução da Saúde Mental e Supervisão de Saúde Mental indistintamente para indicar um vasto campo de práticas exercido entre os serviços de saúde mental. Entendo que interlocução e supervisão se tratam de diferentes configurações, cenários e prática, ou seja, campo aberto à disputa de projetos políticos de cuidado para a saúde mental.

Como se sabe, tudo o que falamos e dizemos não são construções neutras, palavras neutras que não possui sentido algum, tudo o que falamos está articulado a conceitos, teorias e práticas. A gramatologia se propõe a questionar a estrutura interna da escrita, da linguagem e das práticas para fabricar possibilidades de fazer ciência e fazer práxis universalmente espalhadas e reconhecidas.

A gramatologia não serve a um objeto que legitima posições de poder, mas, interessa-se por conexões com o fora operando necessariamente do interior, emprestando da estrutura antiga todos os recursos estratégicos e econômicos da subversão, emprestando-os estruturalmente, isto é, sem poder isolar seus elementos e seus átomos, o empreendimento de desconstrução é sempre, de certo modo, arrebatado pelo seu próprio trabalho (DERRIDA, 1973).

Uma interlocução de saúde mental é um movimento aberto interessado na produção de vida e existência de trabalhadores, gestores e pessoas que usam os serviços de saúde mental. Não se pode definir como algo fechado, mas, como espaço de produções rizomáticas e desterritorializadas. Pensar uma definição de Interlocução de Saúde Mental é refletir sobre identidades que são produzidas em movimento para dar sentido às conversações e pensamentos que acontecem em corredores e em salas de café, nos vários ambientes para além das salas de reuniões formais; para enfatizar que a gestão está em todos os lugares, porque o apoio às equipes de saúde é produzido nesse processo relacional (BADUY, 2010).

Uma Interlocução de Saúde Mental é apoio à gestão do trabalho na saúde mental nos territórios existenciais de trabalhadores, gestores, usuários buscando novas tecnologias leves de cuidado. Pelo menos todos os serviços de saúde deveriam fabricar possibilidades de tecnologias leves de cuidado (LORENA, 2016).

## **5 MICROTERRITÓRIO: DISCUSSÃO DE CASO COMPLEXO!**

Um dos dispositivos de produção do cuidado da Interlocução de Saúde Mental é o microterritório, espaço coletivo de discussão de casos complexos para articulação de redes. Rede no sentido amplo da palavra, não só da saúde, mas outras redes que reconhecem a potência dialógica do encontro de profissionais de saúde, assistência social, educação, justiça pensando estratégias de cuidado compartilhado.

Os encontros acontecem com representantes técnicos de vários serviços e programas da Atenção Básica e Especializada de saúde do território, como os

Centros de Atenção Psicossocial Adulto, Álcool e Drogas e Infantil, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, o Centro de Convivência e Cooperativa, o Programa de Acompanhamento da Pessoa com Deficiência, o Programa de Acompanhamento dos Idosos, as equipes de Consultório na Rua e da Estratégia Saúde da Família, profissionais das Unidades Básicas de Saúde, representantes da assessoria técnica da Supervisão, além da participação de representantes do Centro de Referência Especializado em Assistência Social, equipe técnica dos centros de Acolhida e Convivência do território, Núcleos de Proteção e Assistência Jurídica, Serviço Especializado em Abordagem Social, Defensoria Pública do Estado, entre outros (AMIRATI et al, 2016).

O microterritório é um espaço de co-gestão multiprofissional (e produção de novidade!) na discussão de casos complexos de pessoas que necessitam de olhar mais cuidadoso sobre sua saúde. Os espaços de produção de novidade e inovação são importantes para desterritorializar às práticas de governamentalidade e tecnologias (leves) de poder instituídas nos modos de conceber os encontros dos profissionais de saúde mental – incluindo aqui todos os participantes do microterritório.

O microterritório (microT) é um tipo de governamentalidade micropolítica porque se refere às realidades construídas dos sujeitos no interior dos serviços de saúde. Se um profissional da defensoria pública considerar que a discussão de seu caso é mais importante que as outras discussões do microterritório e desqualificar o trabalho dos profissionais, temos um conflito! É fazer falar que o sistema judiciário, bem como, os mecanismos legais e jurídicos têm um poder maior para controlar a vida dos indivíduos e das coletividades em um determinado espaço. É trazer a tona práticas que a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica vêm desconstruindo de um tempo pra cá.

A discussão pode se tornar mais grave quando uma profissional de saúde mental que também compõe o caso – na elaboração da estratégia de cuidado – junto com o profissional de justiça entender que o caso CAPS-DEFENSORIA (atualização dos mecanismos disciplinares?) deve ser feito em outro lugar, em paralelo, para não se misturar com os casos do microterritório.

A função que dá existência ao microT é o compartilhamento das redes de proteção e promoção da saúde. Não deve ser vista como um espaço a parte dos casos “muito difíceis”. Deve ser um espaço que o caso complexo possa ser pensado

por diversos saberes, experiências e contextos. O microT não é lugar de técnicas de segregação dos saberes profissionais, tentativa de captura de uma identidade profissional por outra, mas, produção compartilhada de sujeitos implicados com o cuidado.

A experiência do microterritório permite apontar potencialidades e fragilidades do trabalho em rede, identificando que existem profissionais de saúde comprometidos com a defesa da saúde e da vida, mas, também, outros que ainda não tem tanta clareza sobre qual seu papel numa rede ampliada de produção do cuidado. É uma aposta interessante para fabricar sujeitos coletivos, embaralhando as práticas profissionais, para mostrar que o desafio de fazer rede perpassa pelas as relações de poder que podem ser construídas entre si e para si.

## **6 IMPRESSÕES E EXPRESSÕES DO CONSULTÓRIO NA RUA**

As políticas para a população em situação de rua e os Consultórios na/de Rua carregam o desafio de fabricar uma política pública transversal, de promoção da cidadania, integrando não só a saúde, mas, outros lugares e campos de produção da políticas e práticas públicas que possam se conectar com a defesa dos direitos desta população.

Antes do decreto 7053/09 que institui a Política Nacional para as Pessoas em Situação de Rua e o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política, há de se reconhecer experiências desenvolvidas com a população de rua na década de 80 e 90 em São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre e Salvador.

Salvador e Porto Alegre são cidades que inovaram no cuidado com homens, mulheres, crianças e adolescentes de rua, além de acrescentar na sua caixa de ferramentas o trabalho com pessoas que usam drogas, utilizando da redução de danos como uma estratégia mais sensível e segura para o consumo de substâncias psicoativas.

É importante destacar, também, que nem sempre uma pessoa que está em situação de rua usa droga. A redução de danos é uma:

Política e prática de saúde pública definida como uma série de procedimentos destinados a atenuar as consequências adversas do consumo de drogas. Como política, é frontalmente divergente da política predominante de combate as drogas, fundamentada na criminalização, com o objetivo de eliminá-las. Como prática de saúde pública, está em franca sintonia com

todas as experiências que buscam a defesa da vida. Tal prática teve início nos anos 1990 com distribuição de seringas entre usuários de drogas injetáveis, preferencialmente cocaína e heroína (LANCETTI, 2014).

O trabalho com a população em situação de rua nas cidades de São Paulo e Belo Horizonte tem muito a ver com o surgimento das equipes de saúde da família, fortalecida como Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica centrada nas necessidades das pessoas e coletivos, assim, o atendimento a esta população deve partir necessariamente desse modelo (BRASIL, 2012).

A Equipe de Consultório na Rua (ECR) habitada, composta por agente social, assistente social, enfermeiro, médica, psicólogo e agente comunitário de saúde serão chamados de trabalhadores e trabalhadoras em situação de rua, ao invés de trabalhadores/as da saúde, entendendo que o trabalho na rua é diferente do trabalho dentro de uma UBS. O trabalho em saúde na rua destes profissionais é diferente no sentido dos desafios que a rua oferece como trabalhar na chuva, no frio, nos territórios marcados por intensa violência, consumo e tráfico de drogas, prostituição, embaixo de viadutos e lugares abandonados.

Um trabalho que as vezes pode estar associado à marginalidade ou a margem do trabalho em saúde “tradicional” que a atenção básica está acostumada a operar com mulheres, crianças, idosos, hipertensos e diabéticos. As abordagens de rua que a equipe realiza é um exercício pleno das possibilidades de manter e criar vínculo com as pessoas na rua em territórios de difícil acesso. Os territórios de difícil acesso podem ser classificados como favelas, cenas de uso, fluxo de pessoas na rua. Lugares com pouca intervenção do Estado e da política pública, ou, quando as intervenções são de repressão policial-higienista.

O vínculo não é uma construção fácil, é um “procedimento” de difícil construção, porque diz respeito à identidade que o trabalhador em situação de rua constrói com a pessoa em situação de rua. O vínculo é um agenciamento de construção para o Consultório na Rua, isto é, as pessoas que estão na rua precisam ser convencidas e conquistadas que os profissionais de saúde na rua estão ali para oferecer cuidado no que for preciso com as questões de saúde e fora dela. E, aí, ele pode ser formado. Não de uma hora para outra, mas, três dias, três semanas, três meses, três anos. O vínculo é um dispositivo de cuidado na rua que pode funcionar ou não.

Outra estratégia de cuidado é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Para a população em situação de rua, o PTS-rua deve incluir como rede de apoio outros serviços da atenção básica e da saúde mental através de seus gestores e profissionais de saúde. Deve favorecer a autonomia dos usuários do serviço, abrindo assim a possibilidade de escuta, sempre se questionando sobre as necessidades de saúde apresentadas pelos usuários, suas condições de vida e quais as reais garantias de acesso ele possui no que se refere a determinadas tecnologias e a partir disso fazer um contraponto com a concepção e necessidade de saúde internalizada pela equipe de um determinado serviço (CAMPOS, 1994).

Muitas vezes a montagem das linhas de cuidado é operada exclusivamente levando em conta o saber técnico-científico e as estações de cuidado disponíveis num dado sistema de saúde. Trabalhamos com a perspectiva de que para cuidar sem subordinar, a participação dos usuários é tão fundamental na construção de uma linha de cuidado, quanto é na construção de projetos terapêuticos singulares. Então, além da pactuação entre gestores e trabalhadores, é fundamental considerar nesse processo o que realmente os usuários querem para sua saúde ou como querem ser cuidadas/os (LORENA e FEUERWERKER, 2018).

Então, construir um projeto terapêutico na rua supõe colocar na roda os anseios, vontades, desejos das pessoas que vivem na rua. O PTS não necessariamente deve ser construído nas reuniões de equipe, discussões de rede, espaços formais da produção do cuidado, mas, continuamente. Um projeto terapêutico é singular quando o encontro com o outro acontece numa abordagem de rua, numa caminhada no parque, na construção do vínculo, nas relações que se constroem com o fora.

A rua é antes de qualquer coisa um emaranhado, um conjunto multilinear. Ele é composto de linhas de natureza diferente. E estas linhas do dispositivo não cercam ou não delimitam sistemas homogêneos, o objeto, o sujeito, a língua, etc., mas seguem direções, traçam processos sempre em desequilíbrio, às vezes se aproximam, às vezes se afastam umas das outras (DELEUZE, 1989) o que configura a natureza complexa do trabalho em saúde na rua.

## **7 CAPSAD, ABSTINÊNCIA E REDUÇÃO DE DANOS: LUGAR QUE SE HABITA NO MEIO**

A abstinência e a redução de danos nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) tem ganhado força nas discussões da saúde mental e interrogado os profissionais sobre quais estratégias adotar para o cuidado em saúde com pessoas que usam drogas.

Sabe-se que por muito tempo as ofertas disponíveis para a dependência de álcool e outras drogas (tabaco, maconha, cocaína, crack) eram de abordagem médica, psiquiátrica ou não, mas, como qualquer situação de saúde deve estar articulada com as esferas da vida econômica, política, social e subjetiva dos indivíduos. Sem generalizar o trabalho do CAPS ad e dos trabalhadores de saúde mental, mas, é comum ofertar a abstinência como espaço de produção do cuidado para estas pessoas. O problema não está na abstinência em si, mas, no trabalho em saúde que pode produzir dentro do serviço.

A Política Nacional de Álcool e Drogas do Ministério da Saúde reconhece que a abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Precisam acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003).

O que está posto no trabalho em saúde mental com álcool e outras drogas é como produzimos a dimensão da abstinência e da redução de danos, Assim, o cuidado pode ser ofertado sob três perspectivas:

- para quem deseja parar de usar droga (incluindo aqui a abstinência como uma estratégia de redução de danos para casos extremos desde que seja pactuado entre profissional de saúde e pessoa que busca o serviço).
- para quem deseja reduzir o consumo de droga (incluindo a redução de danos como estratégia de cuidado).
- para quem substituiu o uso de uma droga por outra (fortalecendo a redução de danos como estratégia de cuidado).

No CAPSad habitado, a redução de danos e a abstinência são práticas que se praticam no meio. Às vezes redução de danos. Outras vezes abstinência. Uma prática combinada entre as duas, mas, sempre estimulando a autonomia. Uma característica interessante deste CAPSad é que a grande parte das pessoas que fazem acompanhamento no CAPS são pessoas em situação de rua. Tal singularidade expressa outras materialidades para o trabalho em saúde com álcool e outras drogas.

Nesses termos, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que já avançou muito em sua agenda de desinstitucionalização, de abertura de novos serviços e de um novo modo de pensar a loucura e, conseqüentemente, seu tratamento, não pode ser dada como definitiva. É importante sublinhar que enquanto processo, está sempre em diálogo e construção de formas de atuação. Sendo assim, ou avança ou retrocede, sem possibilidade de estagnar-se, uma vez que a ideia de estabilização dentro desse campo é, em si, uma contingência (FRARE, 2014)

A saúde mental na rua constitui um novo espaço de atuação e de práticas para os trabalhadores e gestores da saúde que é a triangulação loucura-rua-drogas, diferentes experiências da loucura e suas interfaces com a cidade e o espaço urbano.

## **8 A DEFINIÇÃO DE NÃO CONCLUIR**

Na contramão dos trabalhos científicos que fazem da conclusão o espaço para afirmar descobertas sobre a pesquisa. Este aqui, não tem a função de ser uma conclusão tradicional. Fazer algo por aquilo que não se pode definir constitui uma grande experiência de desenraizar o verbo concluir, abrindo-se para outras conjugações possíveis.

Há uma implicação ética na definição de não concluir para evocar no campo da multiplicidade, conceitos fundamentais da filosofia da diferença e pensar as relações que constitui o pensamento a partir das formas que se tem, do sujeito que se é, dos órgãos que se possui ou das funções que se preenche (DELEUZE E GUATTARI, 1997). Não concluir é um caminho que acontece na expansão do corpo das ideias para tornar possível, trilhas nômades, autônomas, livres e em fluxo com os acontecimentos do cotidiano.

É o sair de casa, sair do tema e, a partir disso, experimentar as possíveis linhas de fuga em cima do território criado. É sair pela porta, dizer “já volto”, dar uma

volta no quintal, ver o quarteirão ao lado, continuar andando e voltar a si somente a quilômetros de casa. É criar frases que vão cada vez mais longe, não como o filho pródigo, mas como os animais que migram e retornam exatamente ao mesmo local (TRINDADE, 2016).

Assim, o filme Onde Vivem Os Monstros<sup>5</sup> será o eixo norteador para elaborar uma aventura cartográfica infantil (mas, também, científica!!) que registra as paisagens e passagens de Max, um garoto de oito anos que tenta superar as dificuldades da vida real por meio da imaginação. Um ponto importante da trajetória psíquica de Max é que ele é um menino que está descobrindo o mundo, fazendo conexões com o que acha interessante.

Para uma criança de oito anos, todo sinal de vida é uma nova concepção de mundo:

Era uma vez uns prédios. Eles eram muito altos e eles podiam andar. Então havia vampiros. Um dos vampiros mordeu o maior dos prédios e as suas presas quebraram. Então o resto dos dentes caiu. E ele começou a chorar. Todos os outros vampiros disseram: “porque você está chorando? Não eram só dentes de leite?” E ele disse: “não, eram meus dentes verdadeiros”. E os vampiros perceberam que ele não poderia ser mais um vampiro. Então, eles o abandonaram. Max. Onde vivem os monstros.

A história que Max conta para a mãe segue uma narrativa de vivenciar o mundo das intensidades, das possibilidades de experimentar o cotidiano, sem pensar na consequência. Max, de alguma forma, é o vampiro que se sente abandonado após perder os dentes porque o acontecimento entre Max e a mãe é decisivo para ele fugir de casa e habitar outros territórios.

Tudo surge quando ele fica com ciúmes do namorado de sua mãe e resolve vestir uma roupa de lobo para chamar a atenção. Uma tentativa que não dá certo. E em uma atitude desesperada morde a mãe. Ela fica brava e briga com ele. Assustado, foge de casa para não encarar a situação, partindo assim, para um lugar onde vivem sete monstros.

Carol, Douglas, Alexander, Judith, Ira, Touro e KW são identidades que ganham vida na imaginação de Max, estes, possuem características muito parecidas

---

<sup>5</sup> Where the wild things are (2009). Dirigido por Spike Jonze, inspirado no best seller infantil de Maurice Sendak (1963).

que ele tem na vida real. Carol é um personagem intenso, talvez, dramático, por se sentir abandonado e incompreendido. Douglas é o melhor amigo de Carol e sua característica principal é a amizade, fiel a amizade de Carol e amigável.

Alexander é carente, tem uma grande preocupação em ser aceito do jeito que é. Sente a necessidade de ser querido pelos outros monstros, mas, não sabe muito bem como fazer isso acontecer. Judith é agressiva, fala o que der na telha, não se importa com as suas opiniões egoístas. Ira é o marido de Judith, ao contrário da companheira, é amável e compreende todo mundo. Touro é um personagem sem expressão, não fala nada e parece não sentir nada. No final, revela-se melancólico e triste. KW é a figura materna do grupo, gentil e acolhedora.

O encontro de Max com essas sete criaturas acontece quando Carol em um ataque de raiva começa a destruir as casas do vilarejo onde moram. Não entendendo a situação, o garoto de oito anos vestido de lobo aparece no meio das casas destruídas. Todos os monstros ficam espantados com o menino intruso em “pele de lobo” e para acabar com ele resolvem devorar o garoto. Para sair dessa situação, Max grita, dizendo que ele é um rei e que não poderiam devorá-lo.

Todos ficam impressionados com um rei tão pequeno e perguntam pra ele qual poder possui. Max respondeu que o poder dele é acabar com a tristeza, surpresos com esse tipo de poder e resposta - inclusive Max - Douglas, Alexander, Judith, Ira e Touro parecem se animar com um novo governante e Carol afirmava com alegria (e que sabia) que Max era o novo rei.

Max tem muito a ver com a definição de não concluir no sentido de devir-criança:

Entrar em contato com esta potência que faz caminhos, percorre trilhas, explora. Tudo para a criança é novo, tudo é como se fosse pela primeira vez. Ela acorda todo o dia e se espanta: como o mundo funciona? O que isso faz? [...] Esta potência do devir-criança está em criar cenários, espaços, singularidades, momentos. A criança é uma mestra das novidades, das histórias, ela tira da cartola tudo que não víamos há um segundo atrás (TRINDADE, 2016).

E se eu pudesse invocar o Deleuze (o que já estou fazendo), ele poderia dizer que o que Max reivindica é sair do apartamento familiar para passar a noite na vizinha e regressar na manhã seguinte: o imóvel como meio. Ou então: sair do

imóvel para ir ao restaurante encontrar a menininha rica, passando pelo entreposto de cavalos: a rua como meio (DELEUZE, 1997).

Com o devir-criança é possível girar a metodologia da pesquisa científica, fabricando conexões jamais vistas, deslocando o pesquisador de um papel neutro na produção da ciência (o que é um engano afirmar a ciência como algo imparcial) para uma produção dos acontecimentos.

Escrever é um modo de atuar na realidade sem interpretar os fatos, mas, explorar sensações, construir relações, dar vida ao fluxo da escrita. Esta cartografia sanitária na saúde mental, antes de tudo, é devir-criança para percorrer espaços, brincar com os sentidos, perguntar se tal coisa funciona ou não, questionar os modos tradicionais de fazer ciência, inventar categorias e métodos de análise. Desenhar redes e construir cartografias.

## REFERÊNCIAS

AMIRATI, Katia Muniz et al. *Microterritórios – uma aposta de cuidado compartilhado! Anais do 12º congresso internacional da rede unida. Suplemento revista saúde em redes issn 2446-4813 v.2 n.1, suplemento, 2016.*

BADUY, Rossana Staevie. *Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento. 2010. Tese (doutorado em clínica médica) - Faculdade de medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.*

BARROS, Regina Benevides. Passos, Eduardo. *Transdisciplinaridade e clínica.* Polígrafo. Niterói/RJ, 1998.

BERTUSSI, Débora Cristina. *O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. 2010. Tese (doutorado em clínica médica) - Faculdade de medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.*

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.* Brasília, DF, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner. *A saúde pública e a defesa da vida.* São Paulo: hucitec. 1994.

DELEUZE, Gilles. Guattari, Félix. *Mil platôs, vol. 1.* Rio de Janeiro: editora 34, 1995. Traduzido por Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa.

DELEUZE, Gilles. Guattari, Félix. *Mil platôs, vol. 4*. Rio de Janeiro: editora 34, 1997. Traduzido por suely rolnik.

DELEUZE, Gilles. "o que as crianças dizem". In: *critica e clínica*, pp. 73-79, São Paulo: editora 34, 1997.

DELEUZE, Gilles. *Qu'est-ce qu'un dispositif?*. In: *Michel Foucault philosophe*. Rencontre internationale. Paris 9, 10, 11 janvier 1988. Paris, seuil. 1989. Traduzido por Ruy de Souza Dias (com agradecimentos a Fernando Cazarini) e Helio Rebello (revisão técnica), finalizada em março de 2001.

DERRIDA, Jacques. *Gramatologia*. São Paulo: perspectiva, 1973.

FRARE, Ana Paola. Pagot AM. *O louco, a rua, a comunidade. As relações da cidade com a loucura em situação e rua*. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz; 2012. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2297-2298, July 2014.

IANNI, Aurea Maria Zöllner. *Fronteiras do biológico e do social na saúde. Um estudo sobre a epidemiologia no Brasil - 1990 – 2002. Tese (doutorado em ciência ambiental) - Faculdade de filosofia letras e ciências humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.*

KASTRUP, Virginia. *O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. Psicologia e sociedade*. Porto Alegre, v. 19, n. 1, jan./abr. 2007.

LANCETTI, Antonio. *Clínica peripatética*. São Paulo. Hucitec, 2014, 9ª edição.

LANCETTI, Antonio. *Contrafissura e plasticidade psíquica*. São Paulo. Hucitec, 2016.

LORENA, Allan Gomes. Akerman, Marco. *Saúde pública coletiva: redundância propositada ou não? In: Uma ou várias? Identidades para o sanitário!* Editora Hucitec. São Paulo, 2016.

LORENA, Allan Gomes. *Os desafios de ser sanitário (na saúde mental) e atuar na saúde pública*. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/94622-os-desafios-de-ser-sanitarista-na-saude-mental-e-atuar-na-saude-publica-hoje>. Acesso em: 09 de dezembro. 2016.

LORENA, Allan Gomes. Feuerwerker, Laura Camargo Macruz. *Verbete linha de cuidado. Enciclopédia das residências em saúde*. Editora rede unida. Porto Alegre, 2018 (no prelo).

MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso. *O trágico na saúde mental: uma estética da saúde mental*. Editora rede unida. Porto Alegre. 2014.

PELBART, Peter Pal. *Deleuze e a pós modernidade*. Disponível em: <https://territoriosdefilosofia.wordpress.com/2015/06/13/deleuze-e-a-pos-modernidade-peter-pal-pelbart/>. Acesso em: 30 de jan. 2016.

PELBART, Peter Pal. *Elementos para uma cartografia da grupalidade*. In: saadi, f.; garcia, s. (org.). *Próximo ato: questões da teatralidade contemporânea*. São paulo: itaú cultural, 2008.

ROLNIK, Suely. *Cartografia sentimental*. Porto Alegre: UFRGS, 2007.

TRINDADE, Rafael. *Deleuze – ritornelo (e o jazz)*. Disponível em: <https://razaoinadequada.com/2014/04/12/deleuze-ritornelo-e-o-jazz/>. Acesso em: 05 de dezembro. 2016.

TRINDADE, Rafael. *Devir-criança*. Disponível em: <https://razaoinadequada.com/2016/03/16/devir-crianca/>. Acesso em: 05 de dezembro. 2016.