

**DIRETRIZES DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: A CONSTRUÇÃO DE PISTAS
METODOLÓGICAS PARA O TRABALHO NO CONSULTÓRIO NA RUA NUMA
PERSPECTIVA PARTICIPATIVA**



JOSÉ GUILHERME NEVES SOARES

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E FILOSOFIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU EM PSICOLOGIA:
ESTUDOS DA SUBJETIVIDADE

JOSÉ GUILHERME NEVES SOARES

**DIRETRIZES DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: A CONSTRUÇÃO DE PISTAS
METODOLÓGICAS PARA O TRABALHO NO CONSULTÓRIO NA RUA NUMA
PERSPECTIVA PARTICIPATIVA**

Niterói, RJ

2015

JOSÉ GUILHERME NEVES SOARES

**DIRETRIZES DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: A CONSTRUÇÃO DE PISTAS
METODOLÓGICAS PARA O TRABALHO NO CONSULTÓRIO NA RUA NUMA
PERSPECTIVA PARTICIPATIVA**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito para o título de mestre em Psicologia.

Orientador:

Prof. Dr. EDUARDO HENRIQUE PASSOS PEREIRA

Niterói, RJ

2015

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

- S676 Soares, José Guilherme Neves.
Diretrizes do cuidado na atenção básica: a construção de pistas metodológicas para o trabalho no consultório na rua numa perspectiva participativa / José Guilherme Neves Soares. – 2015.
124 f.
Orientador: Eduardo Henrique Passos Pereira .
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, 2015.
Bibliografia: f. 82-86.
1. Pesquisa-intervenção participativa. 2. Apoio institucional.
3. Cartografia. 4. Consultório na rua. I. Pereira, Eduardo Henrique Passos. II. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. III. Título.

JOSÉ GUILHERME NEVES SOARES

**DIRETRIZES DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: A CONSTRUÇÃO DE PISTAS
METODOLÓGICAS PARA O TRABALHO NO CONSULTÓRIO NA RUA NUMA
PERSPECTIVA PARTICIPATIVA**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito para o título de mestre em Psicologia.

Aprovada em 14 de outubro de 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira - UFF

Orientador

Profa. Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros - UFES

Prof. Dr. Túlio Batista Franco - UFF

Prof. Dr. Arthur Arruda Leal Ferreira - UFRJ

Suplente

Niterói, RJ

2015

Dedicado a companheira Tatiana Ramminger pela atenção dada ao trabalho e pelos cuidadosos apontamentos em minha qualificação e ao amigo Francisco, mais conhecido como Tico, um grande companheiro que estará sempre presente.

AGRADECIMENTOS

Ao grupo de pesquisa “Enativos: Conhecimento e Cuidado”, Eduardo Passos, André do Eirado, Christian Sade, Thaís Melo, Lorena Guerini, Beatriz Prata, Jorge Mello, Sandro Rodrigues, Paula Milward, Letícia Renault, Júlia Ramos, Roberto Preu, Rafael Dias, Marcio Loyola, Williana Louzada, Daniel Silva, Alana Machado, Kézia Bastos e Flávia, pela generosa consistência dada aos trabalhos que por lá passam. Gratidão especial aos companheiros de campo Iacã Macerata e André Miranda;

Ao POP RUA, Ana Maria Galdeano, Kelly Victor, Rosália Silva, Fabio “Mosca” Campos, Cléo Moraes, Lúcia Dantas, Gervásio D. Araújo, Luciana Marins, Sebastião Carlos, Gizzely Ilha, Aline Guedes, Clarice Boechat, Daniel Elia, Julio Nicodemos, Cláudia de Paula, Laila Louzada, Polyana Esteves, pelo importante trabalho coletivo que realizamos;

À PNH, pelo apoio e por tornar concreto o documento final do trabalho de campo desta dissertação e sua ampla divulgação.

Ao Grupo de Orientação Coletiva, Márcia Cabral, Jorge Mello, Sandro Rodrigues, Marcio Loyola, Williana Louzada, Letícia Renault, Lorena Guerini, Vânia Mello, Ruth Torralba, Victor Régis, Alexander Motta, André Rossi, Tarso Trindade, Flávia Fernando, Étore Mazini, Iacã Macerata, Joana Camelier, Pablo Gonzalez e Mariana Borges, pelo generoso acompanhamento e pela sustentação dada a este trabalho.

À toda a minha família, pois sem ela nada disso seria possível;

Aos amigos de Itaipu, Caio, Marcos Fábio, Yuri, Ygor, Pablo, Pietro, Victor, Jorge, Thiago, Fernando, Gustavo, Luis Antônio, por todo o tempo que passamos juntos.

Ao Philipe, pela amizade e boas corridas. Em quatorze anos sempre dispostos à todas as aventuras. De professor de escalada a grande amigo e parceiro de trabalho;

Ao Limiar, por toda a sua potência em produzir conhecimento em coletivo;

À Jô, por todas as belezas, incluindo o mestrado, que criamos juntos. Que percurso! T’amo juntos!

À Paula Saules, pela sua disponibilidade e pela generosa tradução;

Ao Henrique Fernandes, por me inspirar, com sua prática, a escolher o curso psicologia como graduação, uma boa guinada de vida;

À Lúcia Mariano, pelo acompanhamento por anos a fio. Esse trabalho também é nosso. Sua escuta atenta e cuidadosa foram alicerces para esse empreendimento;

Ao Edu, por seu comprometimento com tudo que faz, pela aposta e confiança no trabalho. A você, toda a minha gratidão;

Muito obrigado!

RESUMO

O trabalho apresentado foi resultado de uma pesquisa realizada na parceria entre o grupo de pesquisa Enativos: Conhecimento e Cuidado da Universidade Federal Fluminense e a equipe de Consultório na Rua - um equipamento da Atenção Básica direcionado à pessoas em situação de rua - da cidade do Rio de Janeiro/Centro, também conhecida como POP RUA. Esta pesquisa teve dois focos orientadores: (i) constituir-se como uma pesquisa acerca do cuidado realizado pela equipe do POP RUA e; (ii) constituir-se como uma intervenção de apoio institucional ao serviço Consultório na Rua POP RUA. A abordagem metodológica utilizada para este trabalho foi a de pesquisa-intervenção participativa de perspectiva cartográfica, que tem como base a intervenção e produção de conhecimento a partir do acesso compartilhado da experiência. Essa abordagem realiza a pesquisa com o campo pesquisado (participantes da pesquisa) e com a experiência no campo (pesquisa). Os dados são cultivados e colhidos com a participação dos diferentes grupos de interesse, de tal maneira que não se supõe a separação entre quem pesquisa e o que é pesquisado: ambos se constituem no próprio processo de pesquisa. A pesquisa intervém na realidade investigada uma vez que promove o reposicionamento dos sujeitos participantes da pesquisa. Esta metodologia torna os participantes da pesquisa atores do processo de produção de conhecimento. A perspectiva cartográfica é uma abordagem metodológica útil para descrever processos de acompanhamento que promovem análise evidenciando o plano de composição da realidade.

Essa pesquisa produziu um documento técnico com trabalho do Grupo de Intervenção, que teve por direção acessar a experiência de trabalho clínico realizada pelos trabalhadores do POP RUA, buscando subsídios para a construção, sistematização e enunciação de diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado do POP RUA.

Palavras-Chaves: Pesquisa-intervenção participativa, Apoio institucional, Cartografia, Consultório na Rua

ABSTRACT

The present work was performed in association with the research group “Enativos: Conhecimento e Cuidado” from the Universidade Federal Fluminense and the group from “Consultório na Rua” from the city of Rio de Janeiro/Downtown, also known as “POP RUA” – one equipment of primary care aimed to homeless people. This research had two guiding focuses: (i) to establish itself as a research about the care provided by the “POP RUA” team; and (ii) to establish itself as an intervention of institutional support to the service “Consultório na Rua POP RUA”. The methodological approach used in this study was the participative interventional-research with cartographic perspective, which is based on the intervention and knowledge production from the experience shared access. This approach realizes the research with the researched field (research participants) and with experience in the field (researchers). The data is grown and harvested with the participation of different interested groups, in a way that there is not supposed separation between those who research and what is researched: both constitute the research process itself. The research intervenes in the investigated reality once it promotes the repositioning of the subjects participating in the research. This methodology turns the participants in actors of the knowledge production process. The cartographic perspective is a methodological approach useful to describe following processes that promote analysis evidencing the composition plane of reality.

This research generated a technical document from the work with the Interventional Group and had as direction to access the experience of clinical work performed by the members of “POP RUA”, searching for subsidies for construction, systematization, and statement of guidelines, methodologies and “POP RUA” care devices.

Keywords: Participative intervention-research, Institutional support, Cartography, Consultation office in the street

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA

AB	Atenção Básica
ASS	Agente Social de Saúde
AT	Área de Transição
CAPs	Centro de Atenção Psicossocial
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF POP RUA	Estratégia Saúde da Família para População de Rua
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
GAM-BR	Gestão Autônoma da Medicação Brasil
GI	Grupo de Intervenção
GIT	Grupo de Intervenção com Trabalhadores
GT9	Grupo de Trabalho dos 9
GN	Grupo Narrativo
PC	Ponto de Controle
PNH	Política Nacional de Humanização
SM	Saúde Mental
SUS	Sistema Único de Saúde
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

INSCRIÇÃO - APRESENTAÇÃO

Gostaria de me apresentar fazendo um recorte do meu envolvimento com os temas do cuidado, da saúde, da produção de conhecimento e, conseqüentemente, com o campo de pesquisa que proporcionou essa dissertação. Seguirei dois eixos, sendo o primeiro deles a minha ligação com os esportes.

Desde muito cedo pratico esportes. O começo foi na água com a natação aos quatro anos de idade. Com os anos de prática, a natação se mostrou um esporte de pouca interatividade e muito voltado para técnica. Eu me sentia como se estivesse em uma experiência científica clássica onde se isola um objeto de todas as variáveis possíveis para medir sua acuracidade. No momento em que, ao entrar na piscina para treinar, cobria meus ouvidos com a água e sentia aquele silêncio antes de iniciar o movimento, sentia-me, também, isolado de todo o mundo. Era como se só existisse eu, a água e o movimento de tentar me locomover naquele ambiente da maneira mais perfeita possível.

Sou o mais novo de quatro filhos, sendo a primeira uma mulher seguida de três homens e minha diferença de idade para eles são de, respectivamente, dez, oito e seis anos. Todos fizemos natação e nadávamos em um clube bem conceituado nas competições desse esporte. Por esses imperativos, eu continuei a nadar até os dez anos e para que isso fosse possível, me esforçava para tentar sair da lógica competitiva que a todo instante os professores impunham. Transformei esta busca por perfeição em tentativas de criar e sentir sincronias entre o movimento de nadar e todas as outras variáveis que eu percebia enquanto nadava, como por exemplo a temperatura da água, o vento, o grito do professor para corrigir o movimento, se tinha gente nadando na mesma raia da piscina, entre outras coisas. Embora eu goste de nadar, a natação não foi à frente, e como foi bom experimentar outros esportes.

Em 1994, minha família começou o processo de mudança do bairro agitado da Tijuca no Rio de Janeiro para um bairro de ruas calmas chamado Itaipu, em Niterói. Nunca fui fã de futebol por achá-lo muito competitivo e limitado. Até então, jogava-o apenas para ter nota na educação física da escola, onde era tido como franzino e estudioso. Me entediava ter que ficar disputando a bola dentro de um campo com a finalidade de fazer gol, mas dou um crédito especial a esse esporte por ter me proporcionado liberdade e por ter sido nele que entrei em contato com meu gosto por correr, coisas que só entendi posteriormente.

Estando em Itaipu pude viver outra relação com esse e outros esportes; uma experiência de liberdade ao passar dias inteiros jogando-os nas ruas calmas de chão batido, com os pés descalços e acompanhado de muitos amigos. Era uma alegria experimentar o futebol como um jogo dinâmico e coletivo, embora as vezes ainda me entediasse a competição. Havia uma coisa que, rapidamente, me tirava desse tédio: presenciar lindas jogadas. Vou descrevê-las a partir do futebol, mas pude presenciar esses momentos em cada esporte que experimentei, principalmente com esses amigos de infância, do basquete ao andar de skate juntos. Farei essa escolha porque, de fato, jogar futebol era o que mais fazíamos.

Eu sempre achei incrível o que era possível acontecer quando todo um conjunto de coisas entrava em sincronia. Era assim que eu descrevia as lindas jogadas, porque quanto mais eu tentava repetir uma bela jogada, mais claro ficava que ela só aconteceu por uma conjunção de muitos fatores. Este conjunto de fatores incluía desde o terreno onde se jogava, passando pelo vento, a bola, o encaixe do pé que a conduzia naquele exato momento, o juiz, meu time e o dos adversários, indo até aos que assistiam ou não a partida. Eu achava incrível. Era como aquele momento emocionante em que se sente um arrepio ao se escutar uma orquestra afinada tocando uma bela música. Era incrível ver uma experiência que eu buscava solitariamente na natação, poder ser compartilhada entre muitos. As belas jogadas eram geralmente creditadas a lances que terminavam em gol, mas eu gostava de enxergá-las também nos pequenos detalhes, como por exemplo, no olhar de alguém que conseguiu fazer um passe quase impossível para um companheiro de time. Envolvido nessa escrita me dou conta de que eu gostava de prestar atenção nas coisas que estavam fora do foco.

Voltando ao futebol, assumo que eu não era um jogador habilidoso e por esse motivo eu gostava de ficar perto da base. Geralmente eu jogava como zagueiro e frequentemente corria bastante, me esforçando para ajudar o time e comprometido em presenciar as belas jogadas. A minha experiência de jogar na zaga era semelhante a estar em um mar bravo onde as ondas vêm de todas as direções e que, por essa razão, nada-se com mais intensidade para dar conta das situações que aparecem. A intensidade das corridas durante o jogo na base, me despertaram o gosto por correr.

Ao compreender o gosto por correr, passei a praticar esse esporte sozinho aos quinze anos de idade. Nesse período, foi difícil achar algum conhecido que também gostasse de dar uma corrida. Correndo veio a incrível certeza de que onde houvesse terreno poderia-se chegar.

Sem os limites predeterminados de um campo de futebol, os limites da corrida podem ficar mais próximos aos limites do próprio terreno onde se corre. Uma forma de se locomover muito consistente. Fiquei apaixonado por essa sensação, o que fez os metros de corridas rapidamente virarem quilômetros, muitos quilômetros. Chegou ao ponto de me machucar sério de tanto correr. Existe, também, o limite do corpo que corre e com essa experiência entendi que havia em mim a lógica competitiva, que eu não gostava em alguns esportes, de ir contra um oponente. Como corria sozinho ia contra mim mesmo. Essa experiência me deixou atento para como me relacionava com a corrida e com tudo o que nela estava envolvido para que esse esporte pudesse produzir, além de um bom preparo físico, saúde. Com essa experiência adquirida, me interessei por entender melhor o que é cuidado e saúde e voltei a correr depois de achar alguns bons companheiros, um deles canino. Essa foi a forma que encontrei para cuidar da minha relação com a corrida, correr com amigos.

Com essas novas amizades e com meu preparo físico, não demorou para me convidarem para experimentar outros esportes. Agora, esportes mais intensos e radicais. Muitos deles vieram: travessias, ciclismo, mountain bike, canoagem, mergulho, triatlon, escalada, montanhismo, para-queda. Vou me dando conta nessa escrita da experiência que tive com os esportes e minha disposição em experimentá-los. Ao que me convidassem eu estava disposto a experimentar e passei um tempo me dedicando a um esporte de cada vez, em temporadas de experimentação. Não entendo bem o que me fazia mudar de esporte, mas sei que experimentar um esporte me fazia ter vontade de experimentar mais esportes e em cada passagem de esporte, levava comigo a experiência que tive com os anteriores. Era como um ciclo parecido com um espiral que, ao estar prestes a fechar, construía uma ponte para um outro patamar.

Então, dois anos antes de entrar para a faculdade de psicologia, conheci o esporte chamado Corrida de Aventura. A faculdade de psicologia se constituiu como o segundo eixo do meu envolvimento com os temas do cuidado, conhecimento e saúde e irei desenvolvê-lo mais a diante. Gostaria antes, de me deter um pouco mais na descrição deste esporte pouco conhecido, pois será muito importante para o estudo que se segue. Até então isso havia sido uma questão para mim, pois nunca me foi simples viver entre o esporte e o estudo como produção de conhecimento. Eu os vivia como campos distintos, separados e concorrentes. Havia até algo de curioso: quando contava para alguém do esporte que eu cursava psicologia

me chamavam de maluco, apesar de acharem a psicologia interessante e, ao contar para alguém do curso de psicologia que eu praticava Corrida de Aventura, também me chamavam de maluco, apesar de acharem interessante o esporte. Claro, que depois de eu explicar o que é a Corrida de Aventura.

Importante frisar que descreverei esse esporte como foi concebido e como o experimento, pois com o passar do tempo ele foi agregando valor comercial e, com isso, flexibilizando regras para se adaptar a essa perspectiva. Essas mudanças me causaram desinteresse como atleta. Atualmente, faço parte de uma equipe chamada Terra de Gigantes e montamos desafios desse esporte no Estado do Rio de Janeiro em que nos esforçamos para preservá-lo em sua potência.

Em sua concepção, a Corrida de Aventura é um desafio para testar os limites humanos, reunindo diversas modalidades esportivas e realizado em ambientes naturais e remotos. Qualquer um que queira testar seus limites pode participar de uma Corrida de Aventura. Praticado em equipes, estas devem ter quatro atletas e de ambos os sexos. As equipes deverão se orientar e navegar usando seus conhecimentos e, principalmente, a bússola e a carta topográfica de um determinado território. Não é permitido o uso de nenhum meio de navegação eletrônico. O objetivo é fazer um caminho entre uma série de pontos designados por coordenadas cartográficas no menor tempo possível. Estes pontos são estabelecidos e ordenados previamente e entre eles deve ser utilizando a modalidade esportiva designada para cada trecho. Esses pontos previamente estabelecidos são chamados de Pontos de Controle (PC) e são onde os atletas registram sua passagem para confirmar que estão no desafio e para a organização ter controle sobre onde estão as equipes no percurso total. Alguns PCs específicos são chamados de Área de Transição (AT) por serem locais próprios onde as equipes trocam a modalidade esportiva e por serem locais onde, geralmente, as equipes encontram o apoio.

Orientação, mountain bike, corrida, canoagem e técnicas verticais (escalada, ascensão em corda, rapel e tirolesa) são as modalidades básicas que compõe esse esporte, podendo haver muitas outras como vela, natação e cavalgada. Outras variáveis deste esporte são a distância e duração, o que classifica os desafios em curto, médio e longo. Existem, no Brasil, desafios entre quarenta e setecentos quilômetros, podendo durar entre cinco horas até seis dias. Fora do Brasil existem desafios que duram até quinze dias.

Geralmente em desafios médios e longos, as equipes de atletas contam com uma equipe de apoio. Os desafios que não tem apoio, são chamados de Expedição e os atletas largam com todo o material que vão precisar durante o percurso e a organização do evento se encarrega de fazer as trocas de modalidades esportivas.

É chamado de apoio o carro que acompanha sua equipe durante o desafio, podendo interagir com ela apenas em determinados PCs. O trabalho do apoio é tão desgastante quanto o da equipe de atletas e por esse motivo, frequentemente, é dirigido por mais de uma pessoa, se configurando em uma equipe de apoio. Sua função é cuidar do básico para os atletas, o que acarreta em muitas noites em claro passadas dirigindo, montando acampamento e na espera angustiante para recebê-los. Esses cuidados básicos se distinguem em duas frentes. A primeira é garantir a troca de modalidades esportivas determinada para aquele trecho do desafio. Isso se faz recolhendo os materiais desnecessários que a equipe de atletas está carregando, se faz consertando ou trocando os itens danificados e entregando para os atletas o material necessário para os trechos que se seguem até o próximo AT, onde se encontrarão novamente. Entre o que estamos chamando de material estão itens de segurança, quites de primeiros socorros, alimentos e líquidos para hidratação, e o material referente a modalidade esportiva específica que será usada até o próximo AT. A segunda frente de cuidados básicos tem a intensão de, no AT, assegurar para os atletas a alimentação, a hidratação, o descanso, as necessidades fisiológicas, os devidos curativos, além de ajudá-los a se manterem funcionando em equipe e motivados em continuar o desafio. Uma equipe de apoio bem entrosada entre si e entre a equipe de atletas, faz muita diferença em um desafio. Por isso é imprescindível que a equipe de apoio também se cuide para estar bem disposta a cuidar da equipe de atletas.

Os pontos fortes da Corrida de Aventura são o preparo físico, a habilidade em navegação e o funcionamento em equipe. Os dois primeiros pontos dizem mais respeito ao preparo pessoal, no entanto, o funcionamento em equipe é algo que merece destaque. Para completar um desafio, todos os atletas da equipe precisam cruzar a linha de chegada juntos, sem se separarem por mais de cem metros durante todo o percurso, mas essa regra não é o que garante o funcionamento dos atletas como equipe. Um momento que, para mim, fica claro que um grupo de atletas conseguiu formar uma equipe é no final do desafio. Minha experiência é que nesse momento é claro para a equipe que cada atleta contribuiu com sua experiência, com

sua perspectiva, com suas habilidades específicas, com sua opinião e se posicionando no grupo.

Ser um desafio extremamente exigente devido ao seu grau de dificuldade, fato que leva as equipes a um estado muito próximo da exaustão, produz efeitos interessantes. Para muitas equipes, completar um desafio de Corrida de Aventura tem o mesmo valor que ganhá-lo. Isso faz com que o caráter competitivo nesse esporte seja baixo, o que não compromete a intensidade de um desafio, pois as chegadas das equipes são momentos emocionantes. É muito comum ver uma equipe ajudando e apoiando outra equipe, algumas vezes chegam a se acompanhar por vários PCs e até a cruzarem a linha de chegada de mãos dadas.

Dentro das equipes isso também acontece. Os atletas de uma mesma equipe de Corrida de Aventura evitam se posicionar competitivamente entre eles. Esse posicionamento geralmente leva a desentendimentos, dissolução da equipe e conseqüentemente ao abandono do desafio por desistência. Sendo assim, é importante que todos cuidem de todos. É interessante destacar que toda equipe tem definido um capitão, este é quem fica responsável pela equipe durante o desafio. Se houver alguma questão difícil de resolver, é ele quem encaminha a resolução. Geralmente, quem assume esse lugar é a pessoa que vai navegar durante o percurso, acumulando as duas funções. Porém, o interessante deste ponto é que, quando um grupo de atletas forma uma equipe, naturalmente a posição de capitão não aparece, ficando basicamente o navegador como mais uma habilidade específica de um atleta pertencente à equipe.

Dentro da equipe deve ser possível compartilhar como está se sentindo e isso deve ser acolhido para que ninguém se machuque ou queira desistir por exaustão ou desentendimento. O atleta mais fraco, e essa posição varia durante o percurso, é quem deve ritmar o grupo, pois se um não chegar ao final, a equipe é desclassificada. Poder falar o que está sentindo e ser escutado gera na equipe um confiança entre seus atletas e, tendo isso em vista, a estratégia da equipe em se deslocar pelo território ganha um caráter participativo para que todos estejam de acordo com a estratégia decidida, já que é o deslocamento e os agenciamentos feitos durante a corrida que farão uma equipe chegar até o final.

Outro ponto importante para a Corrida de Aventura é a preservação do meio ambiente. Todos os envolvidos nesse esporte são comprometidos em cuidar do território por onde irão passar para que este esteja sempre disponível para a prática esportiva. Neste ponto, algo me

chama a atenção: a relação do território com o cuidado. O ato de cuidar do território que passávamos nos garantia que ele estaria disponível para que nós continuássemos a praticar esporte, em última instância, nessa relação, cuidar do território era cuidar de nós e cuidar de nós era cuidar do território. Se o território é que está disponível para que as equipes se cuidem, em um radicalidade desse pensamento é o território que cuida, se ofertando como condição de possibilidade, como a base do cuidado. Essa experiência com o território era correspondente a experiência de cuidado que tínhamos em equipe, onde cuidar de mim era cuidar da equipe e vice versa e, também tinha correspondência com minha questão de como cuidar das relações para se produzir saúde nas corridas. Outro ponto que me chamou a atenção para o território foi o ação de navegar, mas essa eu contarei mais adiante.

Nesse esporte que se volta para o território e para o caráter participativo de um coletivo, estão alguns elementos similares ao da abordagem metodológica de pesquisa que trabalharemos nessa dissertação. Essa aproximação me possibilitou usar elementos desse esporte para me auxiliar na construção deste trabalho acadêmico. Como um percurso de Corrida de Aventura que faremos como equipe, desde a inscrição, o recebimento das coordenadas cartográficas para localizar os PCs e ATs no mapa, o aquecimento antes de começar o percurso, a largada, o percurso, a chegada, a celebração com a equipe de apoio, até a premiação. Para isso, usarei um recurso do dispositivo montado na abordagem metodológica desta pesquisa, um discurso narrativo embebido de experiências afetivas que explicaremos no percorrer desse caminho.

Gostaria de passar agora para o segundo eixo do meu interesse pelo cuidado, saúde e pelo conhecimento, fazendo um percurso até chegar ao campo onde se realizou a pesquisa.

Desde criança sempre fui muito curioso em saber como se produzia e se transmitia o conhecimento. Sempre fui muito interessado por saber como, a partir do conhecimento de uso de materiais rudimentares como pedras, madeira e fogo, tudo o que temos hoje foi possível. Essa curiosidade me levou a estudar os povos primitivos e suas técnicas de sobrevivência em uma relação íntima com o meio ambiente. Com esse estudo passei a me interessar muito pelo meio ambiente. Todas as revistas e coleções que falavam sobre esse assunto eu lia e guardava no meu acervo. Nessa mesma época, década de 1980, um chocolate chamado Surpresa, lançou uma coleção de figuras de animais que vinham em sua embalagem. Essas figuras formavam um álbum com todas as informações sobre nomes populares, científico, família, habitat,

reprodução, alimentação e particularidades desses animais e a cada ano mudava o ecossistema e, conseqüentemente, o álbum a ser colecionado. Eu completei todos os álbuns até 1991, e não só isso, eu tinha decorado todas as informações de todas as figuras. Meus familiares sempre se surpreendiam com a minha memória e adoravam pegar uma dessas figuras aleatoriamente e me perguntar algum dado desses animais.

Esses interesses de estudo sempre estiveram presentes na minha vida e quando chegou o momento, foi difícil escolher qual faculdade seguir: a psicologia para entender o conhecimento humano, ou a biologia para continuar estudando ecossistemas. Aos dezoito anos, tentei o primeiro vestibular para biologia, mas não passei. Na segunda tentativa no ano 2000, eu passei para a Universidade Estadual do Rio de Janeiro para o segundo semestre, mas não consegui efetuar a matrícula, pois deixei passar o dia da inscrição. Essa experiência de perder a matrícula da faculdade me deixou muito angustiado, levantando muitas outras questões. O que me ajudou a cuidar desse momento difícil foi o bom encontro que tive com um psicólogo que me acompanhou durante quatro anos. Essa experiência com a psicologia me fez escolher qual curso eu faria na faculdade e no segundo ano tentando psicologia entrei na Universidade Federal Fluminense (UFF), em 2003.

Durante a faculdade, direcionei meu estudo para a clínica, onde o cuidado, a produção de saúde e de conhecimento se faziam pertinentes para mim. Cursei os dois anos referentes a disciplina de estágio curricular obrigatório clinicando e estudando a abordagem transdisciplinar da clínica. Essa disciplina era supervisionada pelo professor Eduardo Passos e se chamava Intervenção Clínica como Espaço de Saberes e Práticas, e foi onde aprendemos a usar o dispositivo que chamávamos de Roda. Neste dispositivo, fazíamos mutuamente o trabalho de supervisão dos nossos casos clínicos e estudávamos para melhor compreender o nosso trabalho. Me interessei tanto por essa abordagem clínica que fiz mais um ano de projeto de extensão neste grupo. Me formei como psicólogo em setembro de 2008 e para lidar com esse momento angustiante de início da carreira profissional e de falta de estabilidade financeira, estudei para prestar concursos para a área de psicologia por três anos. Pelo conteúdo bibliográfico das provas serem muito diferente do que me interessava em psicologia, desisti desse empreendimento.

Em setembro de 2009, passei a trabalhar como psicólogo clínico atendendo em consultório particular. Esse movimento se deu a partir do pedido de uma paciente que atendi

durante o estágio na UFF, para retomarmos o acompanhamento clínico. Para supervisionar este caso, formei com três companheiros do estágio curricular da UFF, que também procuravam por supervisão, um grupo chamado Bons Encontros. Neste grupo, usávamos o mesmo dispositivo de Roda que havíamos experimentado no estágio. Bons Encontros funcionou até o final de 2009 quando dois dos participantes precisaram sair do grupo por questões de trabalho.

Em 2010 entrei em um outro grupo de supervisão composto por outros sete psicólogos e que também funcionava com o dispositivo de Roda. Esse grupo se chamava Grupo de Trabalho dos 9 ou GT9. Tinha esse nome por ter sido iniciado com nove integrantes. Quando eu entrei, esse grupo já tinha oito anos de existência e permanecemos trabalhando juntos por dois anos, quando o grupo entendeu que o dispositivo havia chegado ao seu limite e que, por isso, era preciso finalizá-lo.

O exercício da clínica e o trabalho com o GT9 nesse tempo me fez retomar os estudos intencionando melhorar a qualidade dos atendimentos aos meus pacientes e também para manter a minha saúde. Sentia a necessidade de continuar aprendendo. Retornei para um grupo de estudos da qual fiz parte durante a graduação na UFF chamado Limiar. Ali a direção era de estudarmos os temas, em uma abordagem transdisciplinar da clínica, a partir do que se fazia como questão a cada encontro do grupo.

Neste grupo de estudos, a discussão de alguns temas, como por exemplo o que é cuidar na clínica e o conceito de território existencial proposto por Félix Guattari, junto com o meu interesse com o tema do território na perspectiva do esporte, me fizeram tentar o mestrado no ano de 2010/11 para aprofundar essas questões que me instigavam. Tentei por dois anos seguidos sem êxito. Neste período de tentativas, o Prof. Eduardo Passos, que tive como supervisor no estágio clínico da graduação e quem eu visava como orientador, me convidou para fazer parte de um grupo de pesquisa que estava em andamento na UFF e que trabalhava com uma abordagem metodológica que me chamou atenção, a da pesquisa-intervenção participativa com perspectiva cartográfica. Essa abordagem metodológica era usada para o trabalho de campo que tratava do tema da gestão autônoma da medicação (GAM) para usuários de saúde mental. Essa pesquisa problematizava com os trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares a baixa autonomia que os usuários tinham em seu próprio tratamento, visando promover uma maior participação destes, principalmente nas prescrições

medicamentosas. Essa pesquisa se dava em uma parceria com o Canadá e outras três universidades federais do Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

No ano de 2012, nos encontros desse grupo de pesquisa chamado *Enativos: Conhecimento e Cuidado*, chega um projeto de pesquisa de doutorado, que pretendia ter como campo o trabalho bem sucedido de uma equipe da Estratégia Saúde da Família específica para população de rua. Os trabalhadores dessa equipe queriam aprender a como serem autores do conhecimento advindo de suas práticas diárias no cuidado com a população em situação de rua. Essa pesquisa de doutorado pretendia usar a mesma abordagem metodológica utilizada para a GAM em o seu trabalho de campo. Então, apoiado pelo grupo de pesquisa, entro neste campo junto com o doutorando Iacã Macerata e o graduando André Miranda. Deste trabalho surgiu um novo projeto de mestrado e no ano seguinte, em 2013, com este novo projeto entro para o mestrado para produzir o trabalho a seguir.

COORDENADAS CARTOGRÁFICAS - SUMÁRIO

AQUECIMENTO - INTRODUÇÃO	23
PC 0 - LARGADA	31
PC 1 - ENATIVOS: CONHECIMENTO E CUIDADO	32
CORTE ESTRATÉGICO: EXPERIÊNCIA, REPRESENTAÇÃO E ENAÇÃO	36
PC 2 - DISSOLUÇÃO DO PONTO DE VISTA DO OBSERVADOR	48
AT 1/PC 3 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO	49
PC 4 - CONTRATAÇÃO COM O POP RUA / APOIO	52
PC 5 - APOIO / CONTRATAÇÃO COM O POP RUA	56
PC 6 - GRUPO DE INTERVENÇÃO COM TRABALHADORES	60
AT 2/PC 7 - MEMÓRIA	64
PC 8 - GRUPO NARRATIVO	70
PC 9 - DOCUMENTO FINAL	74
CHEGADA - CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
EQUIPE DE APOIO - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
PREMIAÇÃO - APÊNDICE	87
1 - DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO NO POP RUA	88

AQUECIMENTO - INTRODUÇÃO

É porque os instintos se encontram, se batem e chegam, finalmente, ao término de suas batalhas, a um compromisso, que algo se produz. Este algo é o conhecimento.

(Foucault, A Verdade e as Formas Jurídicas)

Gostaria de construir essa introdução como um misto entre treinos e o aquecimento antes de começar um percurso. Esses exercícios produzem um conhecimento e um manejo do corpo trabalhando, em movimento, do corpo no encontro com o mundo, se relacionando, de um corpo vivendo e convivendo. As minhas experiências com os esportes narradas na inscrição ajudam a elucidar esse ponto. A intensão com esse treino/aquecimento é formar uma equipe com o leitor para seguirmos juntos as questões dessa dissertação, nos colocando a par da relevância do problema e da abordagem metodológica utilizada.

Por ser importante expressar como vamos nos sentindo durante o percurso, desejando nos conhecermos e criar um laço de confiança, tomarei essa iniciativa.

Enquanto as experiências de campo, de produzir uma pesquisa e uma dissertação aportavam no meu corpo, em um ritmo próprio do encontro com este processo, muitas angústias foram sentidas. Muitas noites foram passadas em claro e por vários motivos, conscientes ou não. Em uma dessas noites não dormidas achei esse poema de Álvaro de Campos:

Insônia

Não durmo, nem espero dormir.
Nem na morte espero dormir.

Espera-me uma insônia da largura dos astros,
E um bocejo inútil do comprimento do mundo.

Não durmo; não posso ler quando acordo de noite,
Não posso escrever quando acordo de noite,
Não posso pensar quando acordo de noite —
Meu Deus, nem posso sonhar quando acordo de noite!

Ah, o ópio de ser outra pessoa qualquer!

Não durmo, jazo, cadáver acordado, sentindo,
E o meu sentimento é um pensamento vazio.

Passam por mim, transtornadas, coisas que me sucederam
 — Todas aquelas de que me arrependo e me culpo —;
 Passam por mim, transtornadas, coisas que me não sucederam
 — Todas aquelas de que me arrependo e me culpo —;
 Passam por mim, transtornadas, coisas que não são nada,
 E até dessas me arrependo, me culpo, e não durmo.

Não tenho força para ter energia para acender um cigarro.
 Fito a parede fronteira do quarto como se fosse o universo.
 Lá fora há o silêncio dessa coisa toda.
 Um grande silêncio apavorante noutra ocasião qualquer,
 Noutra ocasião qualquer em que eu pudesse sentir.

Estou escrevendo versos realmente simpáticos —
 Versos a dizer que não tenho nada que dizer,
 Versos a teimar em dizer isso,
 Versos, versos, versos, versos, versos...
 Tantos versos...
 E a verdade toda, e a vida toda fora deles e de mim!

Tenho sono, não durmo, sinto e não sei em que sentir.
 Sou uma sensação sem pessoa correspondente,
 Uma abstração de autoconsciência sem de quê,
 Salvo o necessário para sentir consciência,
 Salvo — sei lá salvo o quê...

Não durmo. Não durmo. Não durmo.
 Que grande sono em toda a cabeça e em cima dos olhos e na alma!

Que grande sono em tudo exceto no poder dormir!

Ó madrugada, tardas tanto... Vem...
 Vem, inutilmente,
 Trazer-me outro dia igual a este, a ser seguido por outra noite igual a esta...

Vem trazer-me a alegria dessa esperança triste,
 Porque sempre és alegre, e sempre trazes esperança,
 Segundo a velha literatura das sensações.
 Vem, traz a esperança, vem, traz a esperança.
 O meu cansaço entra pelo colchão dentro.
 Doem-me as costas de não estar deitado de lado.
 Se estivesse deitado de lado doíam-me as costas de estar deitado de lado.

Vem, madrugada, chega!

Que horas são? Não sei.
 Não tenho energia para estender uma mão para o relógio,
 Não tenho energia para nada, para mais nada...
 Só para estes versos, escritos no dia seguinte.
 Sim, escritos no dia seguinte.
 Todos os versos são sempre escritos no dia seguinte.

Noite absoluta, sossego absoluto, lá fora.
 Paz em toda a Natureza.
 A Humanidade repousa e esquece as suas amarguras.
 Exatamente.
 A Humanidade esquece as suas alegrias e amarguras.
 Costuma dizer-se isto.
 A Humanidade esquece, sim, a Humanidade esquece,
 Mas mesmo acordada a Humanidade esquece.
 Exatamente. Mas não durmo.
 (PESSOA, 2007, p. 324-326)

Esta poesia trouxe sentidos para a minha angústia que reverberam até hoje. Um deles foi perceber que o acontecimento “pesquisa” e “experiência de campo” são extremamente difíceis de se traduzir em palavras. Foi essa dificuldade que, intuitiva e compulsoriamente, fez aliar a experiência dos esportes, principalmente a Corrida de Aventura, com o desejo de produzir esse trabalho. Criar corpo, corpo propício a este trabalho, corpos outros no mesmo. Nesse processo muitas vezes me peguei em uma redundância do dizer, para tentar expressar o que ficou de fora da tentativa anterior de traduzir a experiência. Um processo de cuidado com as palavras que expressam o que precisa ser dito, uma certa experiência de que não existe sinônimo. Uma redundância para explicitar o que se atualiza diferente a cada leitura. Uma certa experiência de poesia e insônia.

A insônia também teve como efeito me deixar exausto e algumas vezes perto do precário. Esse é um tipo de experiência que vivi bastante com a Corrida de Aventura. Nesse estado, sinto-me mais sensível, mais afetivo e suscetível ao que chega como atravessamento. Outro efeito de estar neste estado precário, bem próximo do básico do organismo, é que algumas lembranças chegam involuntariamente e com muita intensidade, como um sonhar acordado. Um lembrar geralmente disparado por simples sensações de toques, cheiros, visões, sabores ou sons. Portanto, ao estar exausto e envolvido no processo de produção deste trabalho, memórias se fizeram presentes. Esse fato favoreceu a construção de um texto mais narrativo e afetivo do que o academicamente habitual; uma sintonia com a direção proposta para a construção conceitual deste trabalho: os efeitos do acesso à experiência e o acompanhar de um processo.

Outro sentido para a angústia disparado pela poesia foi o de entendê-la neste processo de deslocamento subjetivo próprio da produção de conhecimento e do cuidado que queremos desenvolver neste trabalho. Momentos críticos de desestabilização. Foi muito trabalho em pouco tempo e frente a essa dificuldade houve uma aposta em fazê-lo, um maior engajamento com este trabalho e, conseqüentemente, com o que me conecta com a vida.

Na correspondência do mestrado com uma Corrida de Aventura, o classificaria como uma corrida curta. Esses percursos curtos, geralmente, são percorridos sem parada para dormir e com um ritmo bem mais forte do que os médios ou longos. Desafios de ritmo rápido são mais estratégicos e um desses artifícios de uso é investir mais onde se é mais habilidoso. Por exemplo, se a equipe é forte em corrida, na parte do percurso com esta modalidade a

equipe se esforça mais para tirar vantagem desta habilidade. Outra estratégia usada é seguir as pistas deixadas pelos que já percorreram o caminho à frente. No terreno onde outros já passaram se vai mais rápido usando essas pistas. Claro que sem deixar de lado a atenção ao caminho, as pistas do próprio terreno e ao mapa. Afinal, nunca se sabe o que se pode encontrar ao estar caminhando e, principalmente, porque seguir pistas nunca garante que se chegue ao mesmo lugar.

Por falar em seguir pistas, gostaria de trazer, sucintamente, um pouco sobre a experiência de navegar. A orientação¹ e a navegação² são grandes exercícios de leitura de mapa e de instrumentos de orientação, de atenção ao território e ao mapa e o acompanhamento de pistas. Navegar dentro de uma vegetação fechada, com terrenos sinuosos e sem muita referências visuais, requer muita habilidade. Nesse tipo de navegação, traçar uma grande reta entre o ponto em que se está e o ponto em que se quer chegar e segui-la é impossível. Provavelmente nos depararemos com penhascos, subidas extremamente íngremes, braços de rios perigosos, resumindo, algum obstáculo intransponível. Para que o deslocamento seja possível é preciso desvios propostos pelo caminho. Esses desvios produzem uma outra direção e, conseqüentemente, outro sentido de orientação. Na navegação o caminhar é o acompanhar desses desvios e esse acompanhamento faz o caminho.

Numa boa leitura do mapa é possível identificar muitas características do terreno, como por exemplo: tipo de vegetação, inclinação do terreno, o tipo de terreno (pedregoso, alagadiço, arenoso, entre outros), rios, trilhas, estradas, pontes, entre outros. Com essas informações é possível supor que tal caminho vai ser mais plano e longo, mais curto e íngreme, se vai ter vias mais abertas que facilitam o deslocamento ou mata fechada que reduzem o deslocamento e dificulta a navegação. Essas leituras que o navegador faz e que compartilha com a equipe ajudam muito ao grupo traçar estratégias de percurso segundo suas habilidades específicas e seu estado físico e emocional. Nessa perspectiva, navegar é sempre uma negociação com o território em que a equipe se desloca.

No entanto, o mapa é uma representação em duas dimensões de um mundo em três dimensões, logo ele não comporta toda a realidade. Há uma defasagem entre o conceitual de ler um mapa e o território, isso sem falar que o mapa em uso pode estar desatualizado. A

¹ Orientação é o ato de se localizar.

² Navegar é o ato de se deslocar orientado.

própria bússola se sintoniza com o variante norte magnético da Terra e não com o norte geográfico. Quando se navega, se determina chegar em um ponto, mas isso não é uma certeza. O esperado é chegar em uma pequena região onde este ponto está contido. O navegador conta, principalmente, com sua experiência em seguir as pistas que o território oferece e acompanhá-las no mapa, em um exercício constante de atenção e questionamento, onde este atualiza o mapa a todo instante do percurso e conseqüentemente se atualiza no percurso. Um exercício de precisão que se baseia em questionar constantemente a acuracidade tanto do que o navegador está tendo como certeza, como das informações contidas no mapa, sempre tendo como base as pistas que o território está fornecendo. Uma forma de percorrer onde o caminhar produz o próprio caminho, pois estamos lidando o tempo todo com uma grande gama de imprevisibilidades. Devido a quantidade de defasagem que pode existir na navegação, ela tende a ser um exercício de precisão, pois é necessário rigor e atenção no acompanhamento do percurso. Muitas vezes é necessário contar os passos para estimar a distancia que está sendo percorrida. O ponto alto do navegador é quando ele acha um atalho no mapa que não é óbvio e faz com que a equipe ganhe tempo e poupe esforço; esse é o chamado corte estratégico ou pulo do gato. O navegador usa sua habilidade no percurso inteiro e isso exaure muito, por esse motivo ele recebe uma atenção especial do apoio e de sua equipe.

O que se faz em uma Corrida de Aventura é um constante exercício de cuidar de si, da equipe, do território e do caminho simultaneamente, em um esforço constante de manter a comunicação entre esses aspectos. A atenção da equipe para com a experiência que se está vivendo, atualizando-se constantemente, é um ato de cuidado. Identificar e compartilhar a experiência é uma forma de acompanhamento que possibilita construir e reconstruir as estratégias. Portanto, o ato de navegar e o ato de cuidar da equipe, do território e de si, são exercícios de atenção, acompanhamento e atualização da experiência. Uma experiência que ajuda a cuidar e produz conhecimento do que se está vivendo. Os aspectos citados desse esporte são possibilidades de cuidado, são metodologias de cuidado e essa é uma experiência cotidiana a todos nós. Na Corrida de Aventura dizemos que tudo o que experimentamos nesse esporte serve para a vida. Esse é o ponto que conecta os sentidos dessa dissertação. Pensar o modo de abordar e fazer pesquisa pertinente com a experiência do vivo. Um ponto importante de possibilidades de contribuição efetiva da academia com a vida cotidiana. Como acessar, analisar e entender os dados de nossas pesquisas, ou de nossas vidas?

Ao entender essa conexão, os sentidos da angústia vão modulando, vou entendendo que estou em um ato de cuidado e nesse processo vou lembrando de muitas coisas e pessoas que com ele sintonizam. Entendo que nessa angustia também tem um não quer findar o trabalho, querer continuar perseguindo as questões pelo qual sempre me interessei e que esse processo de estudo faz expandir. Esse ponto me lembra uma questão que me acompanha faz tempo e que gostaria de dividir: o que leva um esporte a ser chamado de radical? Sua dificuldade? Pode ser. Sua periculosidade? Talvez sim. Quando se pratica um esporte implicado em experimentá-lo, não de qualquer jeito, mas querendo compreender o esporte e você neste esporte, essas respostas não dão conta da questão. Ao praticar escalada nesta perspectiva, por exemplo, vê-se que é um esporte com muitos recursos de segurança e que ao usá-los, o nível de periculosidade é o que despenca. A dificuldade ela guarda uma avaliação pessoal da experiência, o que foi difícil para mim pode ser fácil para outra pessoa. A Corrida de Aventura surge com a intenção de levar qualquer ser humano e o esporte a ultrapassar seus limites. Essa pode ser uma possibilidade para pensar a radicalidade. Um desejo de alcançar o que seria a potência do homem. Bom, acho que esse é um entendimento suficiente por enquanto e podemos retomá-lo ao final deste percurso que vamos começar.

Me chaga uma música que gostaria de cantar no caminho para a largada:

Ecrire pour ne pas mourir

Que je sois née d'hier ou d'avant le déluge,
 (Que eu tenha nascido ontem ou antes do dilúvio,)³
 j'ai souvent l'impression de tout recommencer.
 (frequentemente tenho a impressão de tudo recomeçar.)
 Quand j'ai pris ma revanche ou bien trouvé refuge,
 (Quando eu tomei minha contrapartida ou melhor, quando encontrei meu refúgio,)
 dans mes chansons, toujours, j'ai voulu exister.
 (nas minhas canções, sempre, eu quis existir.)

Que vous sachiez de moi ce que j'en veux bien dire,
 (Que você saiba de mim isso que eu quero mesmo dizer,)
 que vous soyez fidèles ou bien simples passants
 (que você seja fiel ou senão simples transeuntes)
 et que nous en soyons justes au premier sourire,
 (e que sejamos simplesmente em um primeiro sorriso,)
 sachez ce qui, pour moi, est le plus important,
 (saiba que, para mim, isso é o mais importante,)
 est le plus important.
 (é o mais importante.)

Ecrire pour ne pas mourir,
 (Escrever para não morrer,)

³ Tradução livre feita por Paula Saules.

écrire, sagesse ou délire,
 (escrever, sabedoria ou delírio,)

écrire pour tenter de dire,
 (escrever para tentar dizer,)

dire tout ce qui m'a blessée,
 (dizer tudo isso que me feriu,)

dire tout ce qui m'a sauvée,
 (dizer tudo isso que me salvou,)

écrire et me débarrasser.
 (escrever e me liberar.)

Ecrire pour ne pas sombrer,
 (Escrever para não se tornar sombrio,)

écrire, au lieu de tourner,
 (escrever, em vez de dar voltas,)

écrire et ne jamais pleurer,
 (escrever e nunca mais chorar,)

rien que des larmes de stylo
 (somente lágrimas de caneta)

qui viennent se changer en mots
 (que vem me transformar em palavras)

pour me tenir le coeur au chaud.
 (para manter meu coração aquecido.)

Que je vive cent ans ou bien quelques décades,
 (Que eu viva cem anos ou então algumas décadas,)

je ne supporte pas de voir le temps passer.
 (não suporto ver o tempo passar.)

On arpente sa vie au pas de promenade
 (A gente leva a vida ao passo de um passeio)

et puis on s'aperçoit qu'il faudra se presser.
 (depois a gente se dá conta que será preciso se apressar.)

Que vous soyez tranquilles ou bien plein d'inquiétude,
 (Que você seja tranquilo ou então cheio de preocupação,)

ce que je vais vous dire, vous le comprendrez:
 (isso que quero lhe dizer, você o compreenderá:)

En mettant bout à bout toutes nos solitudes,
 (Reunindo todas nossas solidões,)

on pourrait se sentir un peu moins effrayés,
 (se poderá se sentir um pouco menos assustados,)

un peu moins effrayés.
 (um pouco menos assustados.)

Ecrire pour ne pas mourir,
 (Escrever para não morrer,)

écrire, tendresse ou plaisir,
 (escrever, ternura ou prazer,)

écrire pour tenter de dire,
 (escrever para tentar dizer,)

dire tout ce que j'ai compris,
 (dizer tudo isso que eu entendi,)

dire l'amour et le mépris,
 (falar de amor e de desprezo,)

écrire, me sauver de l'oubli.
 (escrever, me salvar do esquecimento.)

Ecrire pour tout raconter,
 (Escrever para tudo contar,)

écrire au lieu de regretter,
 (escrever em vez de lamentar,)

écrire et ne rien oublier,
 (escrever e nada esquecer,)

et même inventer quelques rêves
 (e mesmo inventar alguns sonhos)

de ceux qui empêchent qu'on crève
 (daqueles que impedem que a gente se desfaça)
 lorsque l'écriture, un jour, s'achève...
 (quando a escrita, um dia, se finaliza...)

En m'écoutant, passant, d'une oreille distraite,
 (Ao me escutar, de passagem, de uma orelha distraída,) qu'on ait l'impression de trop me ressembler,
 (que a gente tenha a impressão de muito me assemelhar,) je voudrais que ces mots qui me sont une fête,
 (eu gostaria que essas palavras as quais me são uma festa,) on ne se dépêche pas d'aller les oublier.
 (não nos apressaremos em esquecer-las.)

Et que vous soyez critiques ou plein de bienveillance,
 (E que você seja crítico ou cheio de boa vontade,) je ne recherche pas toujours ce qui vous plait.
 (eu nem sempre procuro aquilo que vos agrada.)
 Quand je soigne mes mots, c'est à moi que je pense.
 (Quando eu cuido de minhas palavras, é a mim que eu penso.)
 Je me regardais sans honte et sans regrets,
 (Eu me olhava sem vergonha e sem pesar,) sans honte et sans regrets.
 (sem vergonha e sem pesar.)

Ecrire pour ne pas mourir,
 (Escrever para não morrer,) écrire, grimacer, sourire,
 (escrever, fazer caretas, sorrir,) écrire et ne pas me dédire,
 (escrever e não me desdizer,) écrire ce que je n'ai su faire,
 (escrever o que eu não soube fazer,) dire pour ne pas me défaire,
 (dizer para não me desfazer,) écrire, habiller ma colère.
 (escrever, vestir minha raiva.)
 Ecrire pour être égoïste,
 (Escrever para ser egoísta,) écrire ce qui me résiste,
 (escrever isso que resiste em mim,) écrire et ne pas vivre triste
 (escrever e não viver triste) et me dissoudre dans les mots
 (e me dissolver nas palavras) qui soient ma joie et mon repos.
 (que são minha alegria e meu repouso.)
 Ecrire et ne pas me foutre à l'eau.
 (Escrever e não me largar.)

Et me dissoudre dans les mots
 (E me dissolver nas palavras) qui soient ma joie et mon repos.
 (que são minha alegria e meu repouso.)
 Ecrire et pas me foutre à l'eau.
 (Escrever e não me largar.)

Ecrire pour ne pas mourir,
 (Escrever para não morrer,) pour ne pas mourir.
 (para não morrer.)
 (SYLVESTRE, 2015)

PC 0 - LARGADA

Neste momento comum do percurso, onde todos estão juntos, gostaria de compartilhar uma experiência adquirida na prática esportiva. É uma implicância com a nomenclatura, pois Largada é um nome curioso para esse momento de início de percurso. Um momento em que a sensação produzida é, também, de pegada. Em uma Corrida de Aventura, não se deve largar correndo como se não houvesse amanhã. Já é posto que a jornada será longa e árdua e iniciar o percurso usando toda a energia terá sua consequência mais à frente. Embora o coração esteja batendo forte, em um estado eufórico, usar essa emoção para situar e ficar atento ao percurso sempre se mostrou a melhor estratégia. Essa postura estratégica instaura uma nova pegada, um novo relacionar-se com o espaço e com o tempo. Sinto isso como uma pegada, como um ato de pegar e ao mesmo tempo marcar um ritmo, uma disposição.

A sensação de largada também é presente e diz respeito às muitas coisas que estão ficando para trás neste momento, principalmente a segurança de um cotidiano bem definido, de espaços bem delimitados e tempo bem marcado. Deste ponto em diante tudo são apenas pistas, quase nada de certezas. O que se aproxima de uma certeza nesse momento são os desejos e as vontades. Um comprometimento com a equipe e com todo um percurso que verte no momento de iniciar o desafio e o transborda.

O curioso de nomear esse momento apenas de largada, é não aparecer a relevância do que está sendo pego neste momento, pois é com essas duas direções - pegada e largada - que manejamos nesse momento. Viver o início de percurso como apenas largada, me propicia aliar a euforia do momento com o medo de não saber o que vai acontecer a partir do início do percurso. A largada ganha um tom de abandono e já me fez tomar atitudes pouco contextualizadas com a Corrida de Aventura, como por exemplo, largar dando toda a energia nesse momento.

Viver o início do percurso apenas como pegada me propicia aliar a euforia do momento com os meus desejos e vontades. Nessa perspectiva, a pegada ganha um tom de apego e dessa forma muitos equívocos já aconteceram no que diz respeito ao funcionamento em equipe. Viver o início do desafio como largada ou pegada, com essa separação, me deixa descompassado, desafinado, me sentindo separado da equipe. Nessas situações, estar em uma equipe entrosada e experiente ajuda muito a compassar.

Acessar esse espaço entre pegada e largada, permite distinguir essas duas direções sem separá-las. Essa continuidade entre os termos possibilita um perspectiva de manejo ao invés de um processo de escolha entre as direções. Manejar o início do percurso entre essas duas direções propicia uma atenção para a experiência de sintonia com a equipe, com o caminhar e com o caminho. Essa conexão permite variar entre essas margens produzindo sentidos, estratégias para fazer funcionar o que é mais potente para a equipe no percurso. E, por falar em equipe, chegamos no primeiro PC.

PC 1 - ENATIVOS: CONHECIMENTO E CUIDADO

Chegamos neste lugar, o grupo de pesquisa Enativos: Conhecimento e Cuidado. Aqui encontramos uma equipe de pesquisadores que, neste momento⁴, estava comprometida com a gestão autônoma da medicação (GAM), desenvolvendo-a como prática humanizada em saúde mental. Mas, do ponto em que estamos, olharemos a trajetória que o Enativos fez desde sua formação em 2005, construindo a abordagem metodológica da pesquisa-intervenção participativa com perspectiva cartográfica, que servirá de base metodológica para a GAM. A ideia é acompanhar os estudos deste grupo de pesquisa na formulação desta perspectiva metodológica, pois esta será também usada na pesquisa desta dissertação que teve como campo um serviço da Atenção Básica (AB) chamado Consultório na Rua. Será intenso o percurso até o próximo AT, pois aqui construiremos o alicerce de todo o trabalho, com desdobramentos em todo o percurso dessa dissertação.

Os estudos começaram no laboratório de psicologia humana da UFF em uma parceria dos professores Eduardo Passos e André do Eirado. Os anos de 2005 a 2009 foram dedicados a desenvolver estratégias de investigação da experiência numa abordagem participativa em contraponto as abordagens objetivistas. Para isso o grupo tomou a memória como fenômeno cognitivo a ser estudado, mais especificamente, o fenômeno das “falsas lembranças”. A construção da abordagem metodológica de pesquisa-intervenção participativa, que se mostrou

⁴ Entro no Enativos: Conhecimento e Cuidado no mês de setembro de 2010.

tão pertinente ao campo da saúde pública, derivou do campo dos estudos da cognição⁵ (PASSOS, 2015). Os estudos da psicologia sobre o caso das falsas lembranças colocou para o grupo de pesquisa Enativos a questão metodológica do reconhecimento dos participantes da pesquisa, pois a psicologia como campo e atividade produtora de pesquisa e conhecimento, parecia não incluir nestes processos a questão da qualidade do que é outro, diferente, a questão da alteridade, “pois, supostamente, quando conhecemos (‘cientificamente’) não conhecemos um outrem, mas sim um objeto.” (EIRADO, et al., 2006, p. 75).

Essa afirmação fica exemplificada no estudo que faremos do fenômeno das “falsas lembranças” (*false memories*). Esse fenômeno diz respeito a relatos de sujeitos cuja a experiência de lembrar não corresponde a fatos que coletivamente se reconhece como tendo ocorrido (LOFTUS; KETCHAN, 1994). Esse fenômeno ficou associado à psicóloga Elizabeth Loftus e foi amplamente estudado pela psicologia nas décadas de 1980 e 1990, no que ficou conhecido como paradigma reconstrutivista da memória (EIRADO et al., 2006).

O interesse da psicologia por esse estudo da memória se deu a partir do momento em que esta foi chamada aos tribunais norte americanos para avaliar se lembranças, principalmente de abuso sexual e geralmente advindas de processos terapêuticos, correspondiam a fatos que representavam um passado socialmente reconhecido como ocorrido, em um suposto consenso a respeito da realidade deste fato. Em outras palavras, os juízes queriam saber se essas lembranças eram verdadeiras ou falsas (EIRADO et al., 2006; PASSOS, EIRADO, 2009).

O paradigma reconstrutivista de memória descreve o fenômeno mnêmico como uma série de construções e reconstruções que se dão em três fases: aquisição, retenção e recuperação do dado da memória (NEATH, 1998). Ao fazer essa descrição, coloca-se a questão da objetividade na experiência de lembrar, considerando a lembrança como representação do passado e, portanto, podendo ser avaliada como verdadeira ou falsa. No entanto, no início de sua formulação, o fenômeno das falsas lembranças foi denominado de “novas lembranças”, dando evidência ao caráter criativo da memória (EIRADO et al., 2006).

⁵ A psicologia cognitiva tem seu estudo voltado para a compreensão dos fenômenos e processos que permitem ao indivíduo interagir com o ambiente e estuda as bases da cognição. A atenção, a consciência, a percepção, a memória, linguagem são exemplo de funções cognitivas necessárias para conhecer, se orientar e atuar no ambiente (VENTURA, 2006). No grupo de pesquisa Enativos e nesta dissertação, o estudo será voltado para o fenômeno da memória.

No início desses estudos sobre a memória, verificou-se que do ponto de vista da experiência subjetiva, a nova lembrança teria a mesma velocidade de acesso e o mesmo grau de confiança de lembranças tidas como verdadeiras. Então, segundo Loftus e Hoffman (1989), uma nova lembrança seria experimentada como verdadeira, porém sem corresponder a um evento passado reconhecido socialmente. Portanto o testemunho é verdadeiro na medida em que quem relata diz a verdade acerca de sua experiência mnêmica.

Seguindo seus estudos sobre o fenômeno, Loftus e Hoffman (1989) passam a pesquisar o efeito da desinformação. Esta é entendida como uma questão de prejuízo da memória de um evento primário. Para exemplificar esse tipo de pesquisa acerca do efeito da desinformação descreveremos a realizada por Belli (1989), onde era apresentado aos participantes uma sequência de slides fotográficos que contavam uma cena de roubo em um escritório. Após a apresentação dos slides os participantes liam uma narrativa, sobre a mesma cena de roubo, que continha informações enganosas (desinformação) sobre determinados itens mostrados nos slides (itens críticos). Na sequência do protocolo, os participantes faziam testes para analisar suas lembrança em relação a esses itens críticos que foram desinformados. Os procedimentos dessa pesquisa eram controlados com a intenção de estudar a produção da desinformação, esta que produziria como efeito uma falsa lembrança (EIRADO, et al., 2010).

O resultado do estudo da desinformação não é conclusivo pois se entendeu que havia duas formas de chegar ao mesmo resultado. A desinformação poderia produzir prejuízo da memória original ou ser capaz de interferir no acesso à memória original. Portanto, esse estudo não foi suficiente para explicar o fenômeno das “falsas lembranças” e durante as conclusões dessa pesquisa, Loftus e Hoffman (1989) chegam a questionar a existência de uma memória original e por isso fazem a mudança do termo de “novas lembranças” para falar de “falsas lembranças”; em uma sintonia com a posição judicativa do tribunal, onde a lembrança é avaliada por sua acurácia a um passado socialmente reconhecido, posto que o referencial a ser comparado não pode ser a experiência mnêmica do sujeito em questão.

Pensar em uma memória original ou verdadeira é entender a experiência de lembrar de forma representativa, vinculada a uma realidade passada. Quando os autores questionam a existência da memória original, indicam que não haveria um referencial para ser lembrado pelo sujeito em questão, restando da memória apenas a experiência. Sendo assim, a memória teria sua base nas condições atuais de relações do sujeito que lembra (EIRADO, et al., 2010).

Middleton e Brown (2006), corroboram essa ideia ao entender a memória como “locus crucial onde questões de identidade pessoal e de ordem social são negociadas” (p. 73). Logo, colocou-se para a psicologia uma disputa de sentido sobre a experiência de lembrar, podendo afirmar um outro estatuto para essa experiência que não cabia ser entendida em sua complexidade apenas pela perspectiva objetiva representacional.

Essa disputa de sentido colocava em questão combinações sociais importantes, como o testemunho em um julgamento, tanto em um tribunal como fora dele, assim como convenções da vida cotidiana. Ao mudar o termo para falsa lembrança a psicologia opta por manter o acordo social que concebe a memória como um processo não criativo de acesso a uma informação retida pela memória que representa um passado em sua acurácia. Ao fazer essa inflexão, a psicologia cognitiva se posiciona claramente afirmando que, o que está sendo julgado é uma realidade da experiência, suprimindo o caráter de criação de uma hipótese (EIRADO, et al., 2010). Fazendo uma analogia ao processo de navegar é como se fosse possível fazê-lo apenas olhando o mapa e a bússola, sem precisar acompanhar o território, não considerando que o mapa é uma construção, uma hipótese.

Ao propor a ideia de lembranças falsas ou verdadeiras, referida à ideia de erro, a psicologia aponta para uma falha objetiva na experiência de um sujeito que lembra. Esta lembrança deverá ser antes avaliada quanto a sua veracidade por um consenso social. O efeito desse tipo de abordagem é a exclusão da experiência de quem lembra do processo de julgamento, seja por pressupor que essa lembrança deverá ser comparada com a de um coletivo que a validará, seja pelo entendimento de que a manifestação da memória é um processo automático, de direito inconsciente (EIRADO, et al., 2010).

Da afirmação que a memória se manifesta em um processo automático e inconsciente podemos entendê-la como um processo livre de regras e que, portanto, fora do controle do sujeito que experimenta a lembrança. Por não respeitar acordos sociais ou mesmo científicos, esta lembrança será julgada por um tribunal, um coletivo social que estipula um consenso da realidade do fato ocorrido e, por um exercício de constrangimento, submete a experiência mnêmica julgada à esta realidade consensuada.

Fica a cargo, então, de um coletivo social estipular o que é um passado verdadeiro. Submete-se a experiência mnêmica ao julgamento desse coletivo que avalia a experiência objetivamente, em uma garantia da exterioridade do ponto de vista de quem observa. O

sujeito que viveu a experiência de lembrar de um abuso é tornado um objeto sobre o qual se realizará um julgamento. Este procedimento é próprio das ciências naturais e é por definição, uma abordagem em terceira pessoa (EIRADO et al., 2006), numa política cognitiva indicativa do método científico positivista que se tornou ideal de inteligibilidade desde o Renascimento (KASTRUP, TEDESCO, PASSOS, 2008).

Até este ponto do nosso percurso, queremos destacar que nos estudos da memória, afirmar a objetividade do passado garante as condições para o julgamento da experiência mnêmica como verdadeira ou falsa em relação a um referencial. Nessa abordagem da experiência, o caráter de alteridade é desconsiderado, tornando-a um objeto passível de ser julgado por um ponto de vista externo à experiência. Assim, faz-se como questão para o grupo de pesquisa Enativos, a necessidade de um estudo para criar uma abordagem metodológica que permita a dissolução de tal ponto de vista externo à experiência (EIRADO, et al., 2006). Como primeiro passo em direção a esse estudo, mostrou-se necessário entender os sentidos que a experiência pode ter, assim como entender os efeitos que o uso desses sentidos produzem.

Para tal, faremos uma deriva nesse percurso de estudo do fenômenos das falsas lembranças para analisar o mapa, pois queremos seguir essa pista que está se mostrando relevante para o Enativos e para esta dissertação desde antes da inscrição. Estamos no meio do primeiro trecho do nosso caminhar e observamos a necessidade de dar consistência ao que estamos chamando de experiência. Vamos segui-la como uma espécie de atalho consistente e ver onde retomamos o percurso do Grupo Enativos: Conhecimento e Cuidado em sua proposição de abordagem metodológica. Sugiro tomar um pouco d'água, comer uma barrinha de proteína para dar consistência ao corpo também, pois estamos propondo um corte estratégico para o percurso e fazê-lo é sempre um ato arriscado de navegação.

CORTE ESTRATÉGICO: EXPERIÊNCIA, REPRESENTAÇÃO E ENAÇÃO

Câmara de Ecos

Cresci sob um teto sossegado

*Meu sonho era um pequenino sonho meu
 Na ciência dos cuidados fui treinado
 Agora entre meu ser e o ser alheio
 a linha de fronteira se rompeu*

(Waly Salomão)

Por ser complexo, muitos autores atualmente têm se dedicado ao tema da experiência, principalmente no campo dos estudos da cognição. A questão da experiência, implícita ou explicitamente, foi relevante em muitas pesquisas realizadas pela psicologia cognitiva. Como exemplo, podemos citar os trabalhos de BADDELEY, 1998; BEST, 1995; LOFTUS; HOFFMAN, 1989; VERMERSCH, 1994; DESPRET, 2004; VARELA, 1988, 1995. Nesses estudos, a palavra experiência pode conter muitos significados, destes particularmente nos interessam dois.

O primeiro significado se refere aos processos motivacionais, as emoções, assim como a dimensão experiencial dos processos cognitivos que derivam da reflexão sobre as vivências do sujeito. Este primeiro significado de experiência é a base para estudos sobre as representações vividas, sua estrutura e funcionalidade. O segundo significado de experiência, refere-se à dimensão prerrepletida e ontológica da experiência como coemergência de si e do mundo e tem seu interesse de estudo na gênese ou dinâmica de realização dessa experiência, investigando o surgimento de sujeito e mundo na experiência tomada em sua dimensão prerrepletida. (EIRADO, et al., 2010).

Os dois significados de experiência são distintos e a partir dessa distinção podemos identificar duas perspectivas para estratégias de estudo dos fenômenos cognitivos. A primeira perspectiva chamada de representacional não reconhece a dimensão prerrepletida e ontológica da experiência, mantendo em sua perspectiva apenas o primeiro significado de experiência. A segunda perspectiva chamada de enativa⁶ distingue os dois significados mas não os separam, entendendo-os como complementares, coextensivos, pois há o entendimento de que as

⁶ O nome do grupo de pesquisa de Enativos: Conhecimento e Cuidado derivou dessa perspectiva acerca da experiência a qual utilizamos em nossos trabalhos. Nos estudos acerca do fenômeno cognitivo entendemos que essa perspectiva de abordagem da experiência é pertinente a pesquisa nas ciências humanas e sociais.

reflexões sobre as vivências são inseparáveis da coemergência de si e de mundo. Essa perspectiva concebe um momento anterior à dimensão reflexiva e representacional.

Para essas duas perspectivas, estamos fazendo uma distinção no significado representacional de acesso à experiência. Um primeiro onde ela seria a perspectiva de acesso à experiência. E um segundo onde ele seria complementar a dimensão prerrepletida de acesso à experiência. Varela (1988; VARELA, THOMPSON, ROSCH, 2003) distingue essas duas direções do termo representação como forte e fraca: A direção forte seria referente ao modelo de ciência que considera a representação como fundamento do conhecimento e, portanto, da cognição. Nesta direção, a representação surge na base da cognição como a possibilidade de recuperar internamente um mundo predeterminado que existiria “lá fora” (VARELA, THOMPSON, ROSCH, 2003, p. 158), modelo próprio da perspectiva que estamos chamando de representacional. A direção do termo representação que Varela (1988; VARELA, THOMPSON, ROSCH, 2003) descreve como fraca diz respeito ao aspecto fenomênico da representação, isto é, a construção de um mapa, uma fotografia ou mesmo a elaboração de conceitos, por exemplo.

Tendo como base o estudo que fizemos com o caso das falsas lembranças, é preciso distinguir que cada uma dessas perspectivas acerca da experiência - a representacional e a enativa - se utilizadas como acesso à experiência do fenômeno cognitivo, produzem uma abordagem metodológica que performatiza sua concepção sobre a cognição. A perspectiva representacional, distintamente da perspectiva enativa, se tomadas como estratégia de acesso à experiência, produz formas de entender sujeito, mundo e pesquisa, ética e politicamente diferentes.

A questão é o significado representacional⁷, que para a perspectiva enativa entendemos como a direção fraca proposta por Varela (1988; VARELA, THOMPSON, ROSCH, 2003) e complementar do ato de experimentar, ser tomado em sua direção forte como base do acesso à experiência, como única dimensão do acesso à experiência, pois essa dimensão do acesso à experiência já porta sujeito e mundo como efeito do ato de experimentar. Ao encontrar sujeito e mundo já produzidos e não se interessar pela gênese desses termos, a perspectiva representacional constrói sua metodologia de acesso à experiência concebendo um mundo predeterminado e um sujeito a priori à atividade cognitiva, distintos e separados de forma

⁷ Entramos em um trecho de natalidade. Nossa intenção é mais pensar abordagens metodológicas pertinentes ao humano do que criticar o positivismo.

dicotômica. A perspectiva representacional de ciência pressupõe que o objeto a ser conhecido já está dado. Que é uma realidade dada e que cabe à ciência ir lá e coletar dados como um extrativismo, assim como se extrai um recurso da natureza. A pesquisa então, garantiria uma certa posição de objetividade e neutralidade nessa perspectiva de apenas coletar dados. Eficaz ou não, certo ou errado, avaliar sob esses aspectos, é sempre avaliação da acurácia da experiência. A noção de acurácia com que o conhecimento se faz nessa perspectiva supõe a existência de uma realidade predeterminada ou de representações que ressignificam ou podem mudar essa realidade.

A psicologia, ao se apoiar na perspectiva representacional, formou uma concepção representacional da subjetividade: pensamos, sentimos, agimos para nos adequar a ou transformar um mundo que supostamente subsiste independentemente do sujeito que o experimenta (EIRADO, et al., 2010). Neste ponto estamos verificando que a perspectiva de acesso à experiência tem um caráter performativo. Ao acessar a experiência com o pressuposto que sujeito e objeto são distintos e separados, se produz uma dicotomia, uma distância do ponto de vista de quem julga a experiência.

Para a perspectiva representacional, o que se mantém fora da investigação é o processo de produção dessas estruturas mentais que caracterizariam o sujeito e o mundo singular surgido para ele. Para que isso seja possível, o domínio da experiência de onde advêm sujeito e mundo, a experiência prerrepletida, não é considerada. O problema da experiência subjetiva em toda sua amplitude foi evitado pela perspectiva representacional e reaparece quando a perspectiva enativa concebe a cognição não estando submetida a fundamentos a priori, sendo considerada em sua dimensão de transformação ou de performatividade (EIRADO, et al., 2010).

A psicologia como campo e atividade produtora de pesquisa e conhecimento, ao tomar a perspectiva representacional como base da experiência, não incluía nestes processos a questão da qualidade do que é outro, diferente, a questão da alteridade. Em referência ao caso das falsas lembranças, ao se acessar a experiência do lembrar, colocou-se como problema metodológico o reconhecimento dos participantes da pesquisa como sujeitos, “pois, supostamente, quando conhecemos (‘cientificamente’) não conhecemos um outrem, mas sim um objeto.” (EIRADO, et al., 2006, p. 75). Essa relação dicotômica entre sujeito e objeto é característica da perspectiva representacional difundida nas ciências naturais, onde toma-se a

realidade como dada, separada do sujeito. Entendendo sujeito e objeto como estados de coisa, homogeneiza-se a experiência cognitiva, não acolhendo assim a alteridade e dessa forma, legitima-se o estabelecimento de um objeto de estudo. Nesta perspectiva representacional, conhecer é julgar a experiência, o que só se faz a partir de uma distancia à experiência dos sujeitos/objetos investigados, uma posição judicativa que afasta, nessa perspectiva, o conhecimento da experiência.

Retomando a proposição do fenômeno das falsas lembranças entendida como erro da experiência de lembrar, mesmo a lembrança não se confirmando socialmente como tendo existido não deixa de ser uma experiência vivida pelo sujeito que lembra. Aquele que experimenta a lembrança de um abuso, cria uma experiência subjetiva na qual se vê como abusado ao mesmo tempo em que cria a designação para um outro como abusador. A experiência mnêmica confere a quem se lembra uma espessura existencial. “Portanto, é necessária uma representação do fato que garanta que um inocente não seja condenado, como é igualmente preciso que se levem em conta os efeitos éticos-políticos (de produção de si e de mundo) relativos à experiência de lembrar” (EIRADO, et al., 2010, p.92).

A perspectiva enativa, ao propor uma abordagem da experiência que reconheça a dimensão ontológica de coemergência de si e do mundo, entende sujeito e mundo não como uma dicotomia, mas como uma coextensividade. O caráter criativo da experiência mnêmica não está apenas em sua constituição, mas principalmente em seu efeitos, no sujeito que lembra e no mundo em que ele existe. Sujeito e mundo são efeitos da experiência, logo a experiência de lembrar tem caráter performativo. Em última instância, todas as lembranças são “novas”, porque todas elas são criadas. Assim, a memória é justamente criação de experiências que validam ou transformam o par sujeito-mundo. O caráter performativo do acesso à experiência tem transparência e destaque na perspectiva enativa.

A perspectiva enativa tem como base do ato de experimentar uma dimensão prerrefletida do acesso à experiência. Para essa abordagem, ao acessar a experiência produz-se como dado fenomenológico, sujeito e mundo dando-se um ao outro a um só tempo. Portanto, para essa perspectiva o acesso à experiência é sempre compartilhado, é sempre em uma relação entre sujeito e mundo, é sempre coletivo. A performatividade da perspectiva enativa evidencia o caráter coletivo do acesso à experiência, então, para esta perspectiva falaremos de acesso compartilhado da experiência.

A dimensão representacional em sua direção fraca comparece complementarmente, como efeito do ato de experimentar, na construção de conceitos e sentidos para a experiência. A dimensão representacional já consta com o sujeito e mundo coemergidos e se debruça em um processo de análise e modulação dessa experiência de produção de sujeito e mundo em sua coemergência. Para o grupo de pesquisa Enativos: Conhecimento e Cuidado, o interesse é em incluir o efeito do ato de experimentar - sujeito e mundo - nesse processo analítico. Levar o que foi produzido pelo ato de experimentar para o processo de análise do ato experimentado. Em se tratando de pesquisa, é considerar que o sujeito e o objeto coemergem implicados no processo de produção de conhecimento.

O desafio metodológico então, é de criar uma pesquisa participativa de perspectiva cartográfica. É fazer com que o objeto participe. Que ele seja protagonista do processo, ou seja, a pesquisa não vai falar sobre o objeto, a pesquisa vai falar com ele. Isso provoca uma alteração da compreensão do que seja produção de conhecimento. Se é assim, a ida ao campo de pesquisa não é para coletar e sim para cultivar, cultivar uma realidade. Eu vou estar junto ao objeto cultivando uma realidade e se eu cultivo eu não coleto, eu faço colheita.

O interesse do grupo Enativos: Conhecimento e Cuidado na produção desta abordagem metodológica está sustentado, como o próprio nome do grupo demonstra, na produção de conhecimento e cuidado entendidos em sua inseparabilidade. Estamos propondo um conhecimento e um cuidado de interesse (inter-esse) (PASSOS, EIRADO, 2009). Cuidar aqui tem esse sentido de acompanhamento dos processos de criação da realidade de si e do mundo entendidos em sua inseparabilidade e coemergência. Entendemos que produção de subjetividade, de conhecimento e de cuidado são inseparáveis. Esse ponto evidencia a pertinência, para o campo da saúde pública, da construção desta abordagem metodológica que acessa o plano de produção da experiência.

Ao entendermos a produção de cuidado e de conhecimento como acompanhamento de processos de coemergência de sujeito e mundo (inter-esse), trazemos para a abordagem metodológica em construção a perspectiva cartográfica. Uma perspectiva metodológica interessada em descrever processos, como o da perspectiva enativa, de acesso compartilhado da experiência, mais interessada em descrever processos sem desconsiderar os estados de coisa condizentes à direção representacional fraca (PASSOS, EIRADO, 2009). Fazer uma cartografia é acessar compartilhadamente a experiência para produzir conhecimento. A

cartografia opera pela desestabilização dos estados de coisa, opera pela abertura (análise) das formas. Um procedimento de análise a partir do qual a realidade a ser estudada aparece em sua composição de linhas (DELEUZE, GUATTARI, 1995; GUATTARI, ROLNIK, 1986; FONSECA e KIRST, 2003). Para esses autores, “analisar é abrir as formas da realidade, sintonizando seu plano genético, colocando lado a lado, em uma relação de contiguidade, a forma do fenômeno e as linhas de sua composição, fazendo ver que as linhas penetram as formas e que as formas são apenas arranjos”(PASSOS, EIRADO, 2009, p.111). É a partir dessa operação de análise que um plano de composição da realidade pode ser acessado e acompanhado. Trata-se de um plano produção que a cartografia traça ao mesmo tempo em que cria, conferindo ao trabalho da pesquisa seu caráter de intervenção. Para pesquisa-intervenção participativa de perspectiva cartográfica, é na transformação que se conhece.

“Considerando que objeto, sujeito e conhecimento são efeitos coemergentes do processo de pesquisar, não se pode orientar a pesquisa pelo que se suporia saber de antemão acerca da realidade: o know what da pesquisa. Mergulhados na experiência do pesquisar, não havendo nenhuma garantia ou ponto de referência exterior a esse plano, apoiamos a investigação no seu modo de fazer: o know how da pesquisa. O ponto de apoio é a experiência entendida como um saber-fazer, isto é, um saber que vem, que emerge do fazer. Tal primado da experiência direciona o trabalho da pesquisa do saber-fazer ao fazer-saber, do saber na experiência à experiência do saber. Eis aí o "caminho" metodológico.” (PASSOS, BENEVIDES, 2009, p.18)

Como mostramos, foi com a perspectiva enativa⁸ de experiência, que entende a cognição como a enação de uma mente e um mundo embasados numa história de ações diversas do ser no mundo, que se construiu a abordagem metodológica que estamos trabalhando. Varela (1988), a partir dos estudos em biologia, explica o conceito de enação que utilizamos na construção desta abordagem metodológica. Sobre o conceito de enação:

Varela pretendia com ele preservar a identidade entre ação e ator, ou seja, a ação está inevitavelmente ligada a um sujeito, mas este não existe independentemente dela (ser = fazer). Ao mesmo tempo, a enação afirma que o conhecimento não depende unicamente de qualidades intrínsecas do mundo que se conhece, pois este último é en-agido, nós fazemo-lo emergir (ser = fazer = conhecer). (EIRADO, et al., 2010, p. 87-88)

⁸ O conceito de enação deriva do inglês *to enact*,: “atuar”, “pôr em ato”, “efetuar” (Varela, 1988).

Para Varela (1988) a atividade de um organismo não se determina pela informação supostamente captada por ele no ambiente, pois a atividade desse organismo condiciona aquilo que ele mesmo é capaz de perceber. Nessa perspectiva, a ideia de “informação” não pode ser mantida como causa da experiência, já que não há atributos dados no ambiente que independam daquele que percebe. As variações nas sensações estão ligadas às ações e vice-versa. Cada um constitui o ponto de referência do outro: os movimentos do organismo são condicionados pelos seus vínculos sensórios e, por sua vez, as perturbações que ele recebe são ensejadas pelos seus movimentos. Trata-se de um sistema de autorreferência, em contraposição a sistemas heterorreferidos (isto é, sistemas cujas condições são especificadas por algo que lhes é externo). Os seres vivos se caracterizam por serem sistemas autônomos, autopoieticos, enativos. Comentando o trabalho de Varela, Eirado e Passos (2004) afirmaram que a autonomia se opõe à exterioridade legislativa. a autonomia implica que não há instância legisladora externa: o ato de dar a lei e o ato de se conformar a ela formam um único e verdadeiro ato de criação de si mesmo.

A especificação de suas condições de existência implica a especificação simultânea dos próprios limites do sistema. Ou seja, a autoespecificação é, ao mesmo tempo, a especificação do que é “externo”. Por isso, a noção de autonomia é inseparável da noção de coemergência: interno e externo se definem mutuamente, na instauração da organização autônoma. Por isso também é que a autonomia do sistema não é equivalente à independência ou isolamento desse sistema, ou à definição arbitrária de sua organização. Ao contrário, afirmar a autonomia é observar o surgimento concomitante do sistema e do que lhe é externo: a coemergência entre sujeito e mundo. (EIRADO, et al., 2010, p. 88)

Varela (1992) pensa a experiência a partir do que é vivo. Portanto, para o autor a experiência de mundo tem sua gênese na atividade do organismo que, ao agir, constitui aquilo mesmo que ele experimenta, o organismo e o mundo. Estamos retornando à Varela para, neste momento, enfatizar o plano ontológico do acesso compartilhado da experiência, para isso gostaria de compartilhar uma lembrança que me chegou acerca de uma experiência que tive com uma de minhas cadelas.

Como havia dito, minha família comprou uma casa em um bairro de ruas tranquilas e pouco movimentadas. Procurando proporcionar segurança para essa residência,

uns amigos nos deram uma cadela. Jade era uma pastora alemã muito pastora, linda, com um manto de pelos negros cobrindo suas costas. Como toda pastora, tinha muita energia e uma personalidade impar, algo que me remetia ao primitivo. Infelizmente, a forma com que se lidou com essa qualidade foi prendendo-a em um canil sempre que algo não agradasse. Essa total falta de habilidade nossa para cuidar da relação com a Jade, produziu nela uma ferocidade, que por sua vez foi produzindo medo em nós, que por sua vez foi produzindo mais aprisionamento e ferocidade. Um ciclo vicioso que ao final fez ela sucumbir a um processo de epilepsia e demência canina. Passar o que passei com a Jade, vê-la ser submetida a um regime repressivo por uma total falta de habilidade nossa em se relacionar com ela, foi uma experiência muito dura.

Na sequência, ganhamos a Teca, uma labradora igualmente linda, cor de chocolate. Ela, com sua personalidade dominante e sua energia sem fim, revirava o mundo em brincadeiras e disputas. Não demorou muito para entrar no mesmo regime de cerceamento. Só que Teca foi acometida por um grave problema de pele que veterinário algum descobria a causa. Fui procurar livros e artigos sobre cães primitivos e alcatéias para tentar ajudar Teca. Dessas leituras o que entendi foi que cachorro, tem que ser tratado como cachorro e não como humanos; entendi que não me relacionava com a Teca levando em conta a parte dela. Passei a caminhar com ela frequentemente, para que ela pudesse ser cachorra, pois cachorros passeiam em bando pelo território, e nesse ponto chegamos em um embarço. Ao sair com Teca pela rua ela queria brincar e competir com o mundo. Teca tem uma personalidade de muita dominância, queria sempre estar na frente, ganhar, me puxar; ir aonde queria. Isso tornava a caminhada uma missão. Era muita energia e eu não tinha a intenção de parar isso, mas ao mesmo tempo eu não sabia como compor.

Lembrei de um dos artigos que li e que falava que era importante estar a altura de seu cão no que ele tem como exigência, no caso da Teca era claramente a energia. Eu, que sempre pratiquei esportes e estava acabando de me recuperar de uma lesão grave, resolvi levá-la comigo nesse processo de retorno às atividades físicas. As caminhadas se tornam corridas leves e nesse momento me dei conta que as caminhadas eram mesmo monótonas e que em um certo passo mais acelerado a Teca parava de puxar, brincar e competir e passava a acompanhar. Me dei conta de algo básico e simples, cachorro tem quatro patas, o ritmo dela é naturalmente mais rápido que o dos humanos e que para ela, nossas antigas caminhadas tinham mais a ver com ela me levando para passear. Compomos. Teca e eu treinávamos juntos. Foi possível ensiná-la alguns comandos e além dela ter ficado forte, o problema de pele desapareceu.

Nesse tempo teve uma noite especial. Uma noite em que haveria eclipse da lua às duas horas da manhã. Eu queria vê-lo do alto de uma montanha chamada Costão, que fica na praia de Itaquiara, Niterói. Era um lugar onde eu me sentia muito bem. Não encontrei ninguém que quisesse me acompanhar nessa experiência, foi quando pensei na Teca. Resolvi levá-la. Senti um pouco de receio, mas ela estaria na coleira e eu me garantia com isso. Fomos. Quando a Teca pisou na trilha, senti algo diferente. Como se ela tivesse se conectado com alguma coisa. Naquele momento senti que a coleira não fazia o menor sentido e no impulso do que senti, soltei-a. Até hoje eu não sei bem o que aconteceu, mas nada foi dito ou apreendido naquela noite. Nos acompanhamos soltos.

Meses à frente me machuquei novamente e não pude mais acompanhar a Teca no mundo. Ninguém de minha família se dispunha a ir com ela, pois caminhando ela voltava a puxar, brincar e desafiar o mundo. Então, contratamos um adestrador. Nas primeiras aulas ele se mostrou interessante. Me esclareceu que, no caso da dominância da Teca, seria importante alguém ser dominante ao invés dela. Ter uma vocalização firme, rápida e forte ajudaria muito a tirar ela desse estado mais ansioso em que ela entrava quando caminhava. Isso traria a dominância para quem a conduzia. Outra ferramenta seria uma breve puxada para o lado, para deslocar ela lateralmente e, se bem feito, não era puxão e sim um deslocamento de atenção. Essa interação com o adestrador parecia estar funcionando bem.

Me senti a vontade em deixá-los caminhando sozinhos enquanto eu me recuperava. Semanas depois percebo que Teca estava com um machucado no pescoço. Ao perceber isso, chamei o adestrador para conversar e perguntei como estavam as caminhadas. Ele disse que Teca tinha respondido bem ao treinamento e parado com as brincadeiras e desafios ao andar devagar, mas que ela não parava de tentar puxar. Decidi, naquele dia, acompanhá-los na caminhada e presenciei, na segunda vez que

ela tentou puxá-lo, ele responder com um puxão agressivo. Eu estava em uma posição que me coagiu a ver a expressão dela ao receber a agressão; o que me incomodou muito. Parei o passeio naquele mesmo instante e agradei muito o serviço dele até aquele passeio, mas que não iríamos mais usar o serviço. Ele ainda tentou se desculpar explicando se irritar por não saber mais como fazer ela parar de puxar. Novamente agradei e frisei que havíamos chegado em nosso limite. Não compúnhamos mais. Senti que havia algo que não entendíamos na Teca.

Mesmo machucado decidi voltar a acompanhar Teca pelo mundo e fui usando de forma acertiva as primeiras ferramentas que aprendi com o adestrador, mas de fato ela não parava de tentar puxar e aquilo irritava mesmo. Pelo que eu já tinha vivido com ela, eu sentia que ela expressava algo. Algumas vezes a puxada lateral funcionava, mas ela, quando ao meu lado, ficava frequentemente me olhando. Um olhar muito inquietante pra mim. Eu não entendia. Sabia que ela estava se comunicando. Sentia uma mistura de espera e desentendimento, mas eu não compreendia o que era.

Passei, então, a encará-la quando vinham esses olhares e dizer “não puxa”. Algumas vezes ela virava o rosto e continuava caminhando do meu lado, mas eu não sentia que havia composto com ela. Outras vezes, eu sentia que compúnhamos, mas o que vinha na sequência era ela me puxando. Certa vez, quando nos olhamos, sintonizamos e ela me puxou, minha reação espontânea foi puxar de volta, não lateralmente, mas fazendo resistência ao movimento dela. Nossas forças se encontraram e produziram uma parada. Naturalmente, Teca abaixou a cabeça e se pôs a me puxar. Senti naquele momento **um susto**, como se um fosso se abrisse. Percebi que essa era a onda. Teca se oferecia a me puxar. Foi como um sussurro em um tumulto, como algo que eu não quisesse escutar, mas que já tinha escutado. Algo se fez presente. A onda é puxar. Sacar isso foi muito inquietante. Respirei fundo algumas vezes e então surgiu um pensamento de que talvez ela pudesse me puxar, estando eu em cima do meu skate. Mas aquilo veio com muito medo. Eu não sabia o que poderia acontecer se Teca fosse protagonista em nossos acompanhamentos, estando nós ligados por uma guia. Eu não sabia o que seria de mim e dela. Como compor com essa força estando eu machucado? A partir daquele ponto, os olhares de Teca eram pedidos para me deixar ser puxado. Pedidos que me inquietavam gradualmente até que cedi e resolvi experimentar.

Levei-a de carro na madrugada, até a praia de Itaquiara, que tem uma boa reta em sua orla. Em uma das extremidades da praia paramos o carro. Abri a porta traseira e ela desceu como sempre fazia, cheirando e reconhecendo o lugar que ela adorava. Coloquei a coleira nela. Até ai nada de novo. Nos encaminhamos para a traseira do carro, e ela estranhou. Quando tirei o skate da mala do carro ela não tirava mais os olhos. Respirei fundo. Mais uma vez, agora de olhos fechado. Abri os olhos e nesse momento vi o Costão na minha frente. Lembrei da experiência que tivemos no eclipse da Lua. Estava decidido a fazê-lo. Pus o skate no chão e um pé em cima dele. Teca, ao meu lado, estava muito atenta. Dei o comando para andarmos e repeti o encontro de forças. Teca se pôs a nos puxar e o dispositivo funcionou. Gradualmente me desfiz do medo restante e pude curtir ser puxado. Teca corria como nunca houvera feito antes e eu, depois de poder me deixar levar por ela, que não foi imediatamente, pude surfar em nosso movimento. Ao chegar na outra extremidade da orla, me dei conta que tínhamos que parar. Não foi fácil, talvez até porque não queríamos, mas foi preciso e possível. Tive que pular do skate ainda em movimento rápido para poder pararmos. E quando isso aconteceu, nos olhamos. Teca latia como eu nunca havia escutado antes e eu comemorava como nunca havia comemorado antes. Nos dávamos conta de que tínhamos nascido para aquilo e celebrávamos. Nada precisava ser explicado, tudo era sentido.

Quis compartilhar essa história porque entendi o que eu estudava sobre enação quando, involuntariamente, lembrei dessa experiência. Compreendi o momento ímpar do susto como o acesso compartilhado da experiência, momento prerrepletido que nos compôs. Ao compartilharmos a experiência de puxar, criamos um plano comum. Um momento rápido,

involuntário, quase imperceptível, menor frente a grandeza do que fez coemergir: Teca puxadora de mim em um skate e eu skatista puxado por Teca; a um só tempo. Nesse sentido, o acesso à experiência é sempre compartilhado, sempre é criação de um plano comum, ontológico. Teca sabia puxar e eu sabia andar de skate, mas Teca puxadora de skatista e eu skatista puxado por Teca, foi o conhecimento advindo do acesso compartilhado da experiência de puxar. Uma produção de si e de mundo onde Teca e eu fomos coprodutores dessa criação, ambos participamos, partilhamos, pertencemos a essa produção.

O acesso compartilhado da experiência de “puxar” produziu um novo. Conheci naquele instante, como uma fenda transbordante, como um vulcão que se abria na minha frente, com um susto e com medo: a Teca puxadora e eu puxado. O acesso compartilhado da experiência é produção de um conhecimento local, singular, básico, menor, simples; porém muito desafiador, pois me deslocava de uma posição central de comando do passeio e nos colocava como protagonistas do passeio, estávamos sempre conectados: Teca puxadora e eu puxado, distintos e conectados, diferentes e inseparáveis. Não se trata de um conhecimento prévio que será verificado em sua acurácia, veracidade ou aplicabilidade a outros sujeitos. Não é um conhecimento absoluto ou total, pois diz respeito a relação de cuidado entre Teca e eu. Esse conhecimento pequeno, localizado, menor, é produtor de possibilidade para continuar experimentando com a Teca, mas agora em um outro patamar de experiência, pois nos intervimos mutuamente. Um patamar onde agora é possível sermos protagonistas de nossos passeios. O acesso compartilhado da experiência foi uma intervenção em nós dois e nós dois participamos dessa produção. Pesquisa-intervenção participativa.

A experiência é um encontro com a alteridade, uma sintonia onde o sujeito e o mundo, concomitantemente, produzem o mundo e o sujeito respectivamente. Uma sintonia entre o sujeito e a alteridade dentro de si, ou seja, o sujeito sintoniza a alteridade dentro do sujeito. Em um exercício de duplo deslocamento onde o sujeito aparece no mundo e o mundo no sujeito, cada um emerge em um outro patamar. Ambos se afetam, uma experiência de coemergência involuntária, que lhes dizem respeito por ser ontológica e que lhes conecta. O acesso compartilhado da experiência é o que nos produz outro, portanto o acesso compartilhado da experiência é o cuidado e acessá-lo é cuidar.

Teca puxadora de skate e eu skatista puxado por Teca, não existíamos previamente a experiência de acesso compartilhado da “onda de puxar”. No entanto o acesso compartilhado

se deu em uma ação nossa no mundo, pois passeávamos. Ação podemos entender por intervenção, pois produz mudança. Teca se oferecia a me puxar e eu oferecia passeios com a Teca. Passeios atentos como uma pesquisa do cotidiano, até ser possível o acessado a experiência prerrefletida de puxar. Ao compartilharmos essa experiência emergimos deslocados de nossa postura habitual de passear. Nós, ao acessarmos a “onda de puxar”, ao intervirmos coletivamente no mundo, nos produzimos mutuamente, produzimos e fomos produtos da experiência. No acesso compartilhado da experiência, sujeito e mundo emergem em um movimento de partilha, compartilham da experiência, portanto são distintos mas produtos do mesmo ato de experimentar, distintos e co-extensivos, inseparáveis. Se a experiência é compartilhada, ela é sempre coletiva. Se o acesso à experiência é compartilhado, a intervenção também o é.

O acesso compartilhado da experiência é intervenção e produção de conhecimento, sempre coletivo. Produção de sujeito e produção de conhecimento são inseparáveis. Quanto mais eu intervenho, mais eu conheço e quanto mais eu conheço, mais eu partilho, mais um crio pertencimento, mais tenho possibilidade de intervir. Conhecimento é aquilo que emerge do acesso compartilhado da experiência, da intervenção, assim como emergem sujeito e mundo, logo a intervenção produz o conhecimento e quem o conhece. Há uma implicação direta dos participantes da experiência no processo de conhecer, portanto não há uma separação, uma neutralidade. O mundo, os participantes da experiência, somos todos responsáveis pelo conhecimento. Uma concepção de pesquisa e de sujeito que o torna pesquisador de si, sujeito e objeto de sua própria produção de conhecimento. O sujeito como abordagem metodológica e como objeto/sujeito de pesquisa. Não é fortuito que essa abordagem metodológica tenha derivado dos estudos da cognição. Uma forma performativa e implicada de entender a abordagem metodológica participativa de pesquisa.

Para a perspectiva enativa, o valor da experiência é garantido como intrínseco ao conhecimento, ao tomar a experiência do lembrar como performativa do par sujeito-mundo, não cabe julgar a experiência mnêmica como verdadeira ou falsa (EIRADO, et al., 2010). O valor da experiência é o conhecimento que dela advém.

Apresentamos um trabalho de discussão dos desafios metodológicos para o estudo da experiência em uma perspectiva não judicativa. O que pretendemos ressaltar é que, nos estudos em memória, afirmar a objetividade do passado garante as condições de julgar a

experiência de lembrar como adequada ou inadequada em relação a um referente. O próprio caráter de alteridade desta experiência é desconsiderado, tornando-a um objeto passível de ser julgado. Os métodos de pesquisa ficaram submetidos à ilusão da independência de um ponto de vista a partir do qual se poderia conhecer sem intervir na realidade. Assim, faz-se necessário o estudo de uma metodologia que permita a dissolução de tal ponto de vista externo à experiência, possibilitando uma observação baseada em critérios imanentes ao próprio ato de pesquisar. O próximo passo foi o de considerar a dissolução do ponto de vista do observador como condição metodológica para o acesso ao plano comum da experiência.

PC 2 - DISSOLUÇÃO DO PONTO DE VISTA DO OBSERVADOR

Após o corte estratégico, reencontramos o percurso do grupo de pesquisa Enativos neste PC. O grupo Enativos segue para o desenvolvimento deste tema. No entanto, faremos apenas uma breve explicação sem desdobrá-lo, pois como efeito do corte estratégico, o percurso da dissertação sofreu um desvio. Para esta dissertação, o percurso que fizemos até aqui na construção da abordagem metodológica da pesquisa-intervenção participativa de perspectiva cartográfica é suficiente para nos dirigirmos ao campo de pesquisa.

A dissolução do ponto de vista do observador desnaturaliza a realidade do objeto e permite ao pesquisador abrir-se para os diversos pontos de vista que habitam uma mesma experiência de realidade, sem que ele se deixe dominar por aqueles que parecerem ser verdadeiros em detrimento de outros que parecem falsos. Assim, a dissolução não significa em hipótese nenhuma o abandono da observação, mas sim a adoção de um olhar onde não há separação entre objetivo e subjetivo. Trata-se da contemplação da coemergência sujeito/mundo (PASSOS, EIRADO, 2009).

Estamos, então, nos dirigindo para nosso primeiro AT. Daqui em diante transitaremos entre as modalidades do fazer/saber e do saber/fazer, no encontro da abordagem metodológica da pesquisa-intervenção participativa com o campo de pesquisa do POP RUA. Momento importante e propício para mais um momento de cuidado e consistência. Sugiro cuidar das necessidades fisiológicas; tomar um pouco d'água para reidratar e comer uma barrinha de proteína com carboidratos para dar consistência e energia ao corpo também. Vamos juntos para mais uma parte desse percurso. Quando estiver pronta(o) é só avisar que continuaremos.

AT 1/PC 3 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO

Gostaria de retomar a idéia da navegação pensada em sua precisão, onde se determina chegar a um ponto, mas isso não é uma certeza, o esperado é chegar a uma pequena região onde este ponto está contido. Estou retomando essa idéia para explicar que os próximos PCs estarão demarcando não pontos específicos, mas zonas de interesse. O percurso a diante também será intenso, deste ponto até a chegada estaremos andando por terrenos de grande altitude. Para cuidar dessa intensidade, falaremos menos para garantir a boa continuidade do percurso até o PC4.

Até este ponto do nosso percurso, queremos destacar que afirmar a perspectiva representacional do acesso à experiência cria as condições para o julgamento da experiência como verdadeira ou falsa, o que garantiria certa posição de objetividade e neutralidade nessa perspectiva de apenas coletar dados. Ao acessar a experiência com o pressuposto que sujeito e objeto são distintos e separados, cria-se uma relação dicotômica e uma distância da análise para a experiência. Nessa abordagem da experiência, o caráter de alteridade é desconsiderado, tornando-a um objeto passível de ser julgado por um ponto de vista externo à experiência.

O grupo de pesquisa Enativos direcionou seus estudos para a necessidade de criar uma abordagem metodológica que permita a dissolução de tal ponto de vista externo à experiência, onde sujeito e objeto de pesquisa são protagonistas na produção do conhecimento que advém do acesso compartilhado da experiência.

Relembrando que, quando entrei no Enativos, o grupo estava comprometido com a gestão autônoma da medicação (GAM), desenvolvendo-a como prática humanizada em saúde mental. A abordagem metodológica da pesquisa-intervenção participativa estava em uso e aperfeiçoamento neste trabalho de campo que tratava do tema da gestão autônoma da medicação (GAM) para usuários de saúde mental, problematizando com os trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares a baixa autonomia que os usuários tinham em seu próprio tratamento, visando promover uma maior participação destes, principalmente nas prescrições medicamentosas. Essa pesquisa foi realizada em parceria com o Canadá e outras três universidades públicas do Brasil: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal Fluminense (UFF) e a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

No grupo Enativos, se inicia um projeto de doutorado que pretendia ter como campo o trabalho de uma equipe da Estratégia Saúde da Família para população de rua, cujos trabalhadores queriam se tornar autores do conhecimento advindo de suas práticas cotidianas no cuidado com a população em situação de rua. Essa pesquisa de doutorado pretendia usar a mesma abordagem metodológica utilizada para a GAM em o seu trabalho de campo.

O Enativos, então, encampou pesquisas no campo da saúde nesta interface entre atenção básica (AB) e saúde mental (SM). Com a pesquisa GAM criaram-se dispositivos que conjugam a legitimação e reflexão do que envolve a experiência coletiva do ato de prescrever e usar medicamentos psiquiátricos, junto com a afirmação de cidadania dos direito dos usuários de saúde mental, fomentando o poder contratual entre trabalhadores e usuários para o aumento da qualidade de vida dos usuários. Ao olharmos para essa questão de democracia e de direitos que expressa a concepção de produção de saúde nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), propomos-nos a pesquisar esse tema comum do campo da saúde mental e da atenção básica, com trabalhadores que atuam em uma zona fronteira da população brasileira. O trabalho com população de rua e de vulnerabilidade social coloca desafios importantes para a efetivação da democracia nos serviços de saúde do SUS.

Essa pesquisa se desenvolveu em um equipamento da AB, o Consultório na Rua da cidade do Rio de Janeiro. Equipamento criado para que a População de Rua possa também ser atendida pelo SUS, para que se possa efetivamente cumprir a determinações de uma política democratizante da saúde. Para garantir um dos princípios do Sistema Único de Saúde, a universalidade do acesso, é preciso enfrentar e questionar este desafio que o Consultório na Rua se dispõe: acolher e cuidar de populações vulneráveis e não instituídas numa certa relação limítrofe com o espaço instituído da cidade. Como fazer com que esses espaços instituídos da cidade, no que diz respeito às práticas públicas de saúde, possam estar lidando com essa zona à margem? Essas zonas à margem estão ligadas do ponto de vista sanitário a certos agravos que se intensificam a partir dessa relação de exclusão (PASCHÉ, 2010).

A AB pode ser entendida como o nível de atenção em saúde que está em uma relação mais direta com o cotidiano da vida das pessoas⁹, o que garante maior amplitude de acesso

⁹ Há aqui uma aproximação interessante entre a proposta da AB e a abordagem metodológica de pesquisa onde ambas orientam o cuidado para a base, para o acesso à experiência; no caso da AB, o usuário e o território e no caso da abordagem metodológica, os participantes da pesquisa. Defendemos uma implicação direta da academia com a vida cotidiana. Atenção básica, atenção ao básico, o básico ontológico que é a experiência, portanto estamos querendo pensar a experiência do cuidado, uma experiência que produz sujeito, mundo, conhecimento e saúde.

por se aproximar dos territórios e das questões de saúde locais. Ao garantir acesso, a AB não deve simplesmente ser uma via de encaminhamento, mas deve garantir a resolução das questões de saúde de maior prevalência do território onde se faz presente (MACERATA, SOARES, RAMOS, 2014). Para isso, a AB é concebida para se estruturar de maneira descentralizada e territorial. No entanto, os equipamentos da AB não dão conta da população de rua e é preciso criar um equipamento para esta população, pensado de maneira a acessar justamente esse território cambiante e incerto que não se fixa por endereços e coordenadas estáticas (Brasil, 2006, 2012).

Esse recorte é para pensarmos o desafio que é a relação do SUS com a população de rua. Como pensarmos o paradigma da AB e o SUS a partir dessa ligação básica, primária, nessa ligação direta com o território colocando em questão os modelos clássicos, tradicionais, mais conservadores e firmados na perspectiva representacional de produção subjetiva que são os modelos medicocentrico e hospitalocentrico? Como entender qual é a aposta do SUS quando afirma que a AB é um paradigma para pensarmos os processos de produção de saúde? De que maneira, essa relação com o básico, é a relação com o território? O que significa quando este território, na sua radicalidade, aparece como território da rua?(MACERATA, SOARES, RAMOS, 2014) É com essas questões que lida o Consultório na Rua e é deste serviço que a Universidade Federal Fluminense, através do Enativos, se aproxima. A experiência exitosa dessa equipe nos ajuda a pensar o desafio do SUS.

A pesquisa foi realizada em parceria com o dispositivo da AB criado em 2010, a Estratégia de Saúde da Família para População de Rua (ESF POP RUA), no estado do Rio de Janeiro, conhecido como POP RUA. Tal serviço é a contratação de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família com uma equipe de Saúde Mental que atua na Área Programática 1.0 correspondente ao Centro da cidade do Rio de Janeiro. A equipe resultante desta contratação era constituída¹⁰ por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, residentes, dentistas e auxiliar de consultório dentário, agentes sociais de saúde (ASS), musicoterapeuta, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e técnicos de enfermagem.

Na formação deste dispositivo da ESF POP RUA, duas perspectivas são postas juntas, a de entender e tratar a doença que, de forma geral, constitui as ações da ESF e a de entender e tratar o sujeito que, para além da doença, é o interesse das ações em SM. Estas perspectivas

¹⁰ A configuração da equipe variou com o tempo, inclusive durante o tempo em que estivemos pesquisando.

são postas lado a lado, com a intenção de garantir os princípios do SUS para essa parcela da população, enfrentando desafios como o de garantir e questionar a universalidade do acesso proposto pelo SUS a quem não tem uma adscrição e não se define por uma localização ou endereço e exerce uma relação mais nômade com a cidade; de garantir a integralidade do cuidado para esses que são muito diferentes dos padrões gerais da sociedade brasileira atual; de garantir a equidade quando essas demandas são radicais, muito próximas ao incodificável dos padrões sociais brasileiros estabelecidos. Um dispositivo da AB que enfrenta o desafio de pensar como o equipamento de saúde pode chegar ao usuário que não tem condições de chegar ao equipamento de saúde (MACERATA, 2015). A aproximação desta pesquisa de mestrado com o ESF POP RUA pretende pensar as práticas de saúde, a partir da inseparabilidade entre o acesso compartilhado da experiência e da consequente legitimação da posição de sujeito do usuário para o POP RUA e do trabalhador do POP RUA para a pesquisa.

PC 4 - CONTRATAÇÃO COM O POP RUA / APOIO

Retomando a construção dessa pesquisa, o processo de contratação entre o Enativos e o POP RUA se deu a partir de negociação, a colocação pelas partes de seus interesses e a pactuação de um trabalho comum. Em um primeiro momento, essa negociação era para a constituição do campo da tese de doutorado de Iacã Macerata que trataria da experiência de cuidado do POP RUA, do qual foi gerente durante o primeiro ano de existência deste serviço. Sua tese foi orientada pelo professor Eduardo Passos, que também coordena o grupo de pesquisa Enativos. Para essa pesquisa de doutorado foi sugerida a abordagem metodológica de pesquisa-intervenção participativa de perspectiva cartográfica já usada para o GAM e assim Iacã juntou-se ao grupo de pesquisa Enativos. Na apresentação do projeto de pesquisa de doutorado para o Enativos, André Miranda e eu nos juntamos a Iacã, e formamos o trio de pesquisadores que estariam indo a campo. O Enativos se constituiu como espaço de supervisão dos pesquisadores de campo e do trabalho de organização e análise dos dados.

Com a experiência acumulada pelo Enativos com os trabalhos de campo anteriores, sabíamos que manejar com o campo de pesquisa não é tarefa fácil e que muitas vezes é preciso lançar mão de outros espaços de cuidado para garantir a força operante do trabalho de intervenção. Apostamos que espaços de supervisão em equipe podem ser fundamentais para

colocar questões do grupo em análise, impedindo que o trabalho se fixe em pontos de vista arraigados. A supervisão visa também garantir abertura da experiência grupal para a produção do cuidado e do conhecimento entendidos em sua dimensão coletiva (MELO et al., 2015).

Nesta época Iacã também trabalhava como consultor da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH). A PNH também tinha interesse em se aproximar do Enativos para produção de conhecimento sobre práticas de apoio institucional como tecnologia no campo da saúde. Nesse momento da contratação havia uma demanda, por parte da PNH, de que a pesquisa também fosse um trabalho de apoio institucional para o POP RUA.

O tema do apoio tem relevância no SUS e, por isso, importantes sanitaristas no país têm se dedicado a este tema, dentre eles podemos destacar o grupo coordenado por Gastão Wagner Campos da Unicamp. Esse grupo criou a noção de “apoio Paideia”(CAMPOS, 2005). Este método visa à produção de um coletivo crítico que possa assumir compromissos conjuntos para produzir análises sobre as relações de poder, de saber e afetivas, presentes em todas as instituições. Para o autor, o método Paideia é um modo de intervenção entre as relações sociais que permite aos atores envolvidos ampliarem suas capacidades de compreensão crítica de si mesmos, dos outros e a dinâmica histórica e social que atravessa as instituições nas quais se inserem.

A ideia do apoio Paideia expressa uma tecnologia de gestão que pressupõe a inseparabilidade entre os processos de trabalho e a produção de subjetividade. Desenvolver qualquer tipo de atividade significa tomar parte em um processo, formar compromisso com ele (CAMPOS, 2005). Esse método é pertinente a perspectiva enativa de acesso compartilhado da experiência onde se cria pertencimento, pois entende que a subjetividade se encontra em processo de contínua produção, não havendo uma essência transcendente e imutável que a determine e que o processo de produção de subjetividade é inseparável da produção de cuidado.

A tarefa do apoiador consiste em acompanhar os grupos e auxiliá-los a criar condições para instaurar processos de gestão que permitam transformar as condições de trabalho e os trabalhadores envolvidos. A gestão para o apoio é pensada inseparável do cuidado como produção de interesse, como o posicionamento de lateralidade entre trabalhadores e gestores na construção do trabalho: cogestão. Oliveira (OLIVEIRA, 2011) nos incita a pensar o sentido da função de apoio de forma mais ampla. Para o autor, apoio é uma função e uma

metodologia. O apoio diz respeito à função exercida por um agente (o apoiador) na relação com uma instituição. Essa função tem a finalidade de produzir análises e intervenções que visem à transformação dos processos de trabalho, mudanças nos modos de gestão, qualificação dos modos de produção e produtos dessa instituição.

O apoiador realiza sua função por meio: (1) da ativação de espaços coletivos, da produção de dispositivos que propiciem a interação e a construção conjunta entre os sujeitos; (2) do reconhecimento e manejo com os afetos envolvidos, as relações de poder e a multiplicidade de saberes, que podem contribuir para a construção de um arranjo coletivo de trabalho mediante essas matérias-primas – os afetos, os poderes, os saberes; (3) manejo e mediação para construção de objetivos comuns, pactuações e contratos para realização desses objetivos; (4) promoção da capacidade de análise e crítica dos coletivos (CAMPOS, 2005; OLIVEIRA, 2011).

A metodologia do apoio se faz por meio da construção de mapeamentos que produzam um:

[...] mapa dinâmico de saberes e de práticas mais ou menos articulados que demarcam balizas e contornos para o fomento de processos de democratização institucional e ampliação da capacidade de sujeitos e de coletivos para análise, para intervenção e para a invenção de si e do mundo [...]. (OLIVEIRA, 2011, p. 39)

O mapa não tem um sentido em si. Ele serve para construir uma visão coletiva do processo de trabalho, e ao mesmo tempo ir sendo construído, de forma que busque articular os vários elementos que compõem o mundo de determinado trabalho. O apoio é uma aproximação do âmbito do trabalho com as questões cotidianas da vida. O apoiador não considera que o âmbito do trabalho e a vida são dimensões separadas, mas que comparecem se coproduzindo. Pelo âmbito da vida podemos entender a dimensão extracampo, aquilo que compõe o âmbito do trabalho, mas que não faz parte do que seriam seus elementos e estruturas oficiais, a dimensão do trabalho que não é a formal ou protocolar, mas diz respeito à dimensão processual do trabalho, onde estão em jogo os afetos, poderes e saberes produzidos na interação das pessoas. Diz respeito também à dimensão política, aos jogos de força, às disputas de poder. Toda instituição tem seu dentro e seu fora, seu visível e invisível,

aquilo que está incluído e excluído. E todos esses fatores a compõem, fazem parte de seus processos (MACERATA, SOARES, RAMOS, 2014).

Nesse sentido, apontamos o método de apoio da PNH (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2008): tríplice inclusão. São três dimensões dessa inclusão, ou três dimensões incluídas: (i) os diferentes sujeitos que participam de alguma forma dos processos da instituição; (ii) os analisadores sociais, que são fenômenos do corpo social que evidenciam modos de fazer na sociedade, modos de produzir e construir o mundo, que diz respeito a construção de um olhar crítico; (iii) a inclusão do coletivo, como dimensão do trabalho que é maior do que a soma das partes, que diz respeito à dimensão relacional, aos modos de relação no trabalho, à inclusão da dimensão sensível do trabalho. Essa inclusão e seu manejo se faz por intermédio da constituição de rodas, análise coletiva dos conflitos, fomento e constituição de redes, aumento do grau comunicacional intrainstituição, entre instituições, com os usuários e territórios (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2008).

A execução de tal método se faz, segundo Pasche, Hennington e Passos (2011), por um modo de fazer que congrega ação intensivista e ação por contágio, fazendo uma função de referência. Este na verdade é um ethos metodológico. Ação intensivista é fazer-se presente e se aproximar da experiência concreta dos coletivos de trabalho, para além dos parâmetros extensivos e gerais da política de governo. Isso quer dizer estar atento e tomar como matéria-prima o modo singular como os coletivos vão implementar, apropriar-se dos parâmetros extensivos da política de governo – os que têm a função de dar conta dos parâmetros gerais dos territórios. O que está nas portarias e cartilhas deve ser assimilado não por imposição, mas por contágio, pela apropriação singular que os coletivos fazem delas. Isso diz respeito à postura do apoiador: lateralidade. O apoiador deve então ter uma postura de estar ao lado dos sujeitos que compõem o arranjo de trabalho que ele apoia. Nesse sentido o apoio seria outro método de produção de políticas públicas, pois ajuda a construir, a partir da tensão entre o que já está instituído e aquilo que ainda é processo não formado, o que está em vias de se instituir (MACERATA, SOARES, RAMOS, 2014).

O apoio opera na região limítrofe entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão, onde esses domínios se interferem mutuamente (SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2008). Há aqui mais uma correspondência do conceito de apoio e a abordagem metodológica da pesquisa-intervenção participativa. Ambas assumem a postura de

lateralidade e protagonismo distribuído na relação entre os sujeitos envolvidos na pesquisa, no caso entre apoiador e campo apoiado.

PC 5 - APOIO / CONTRATAÇÃO COM O POP RUA

Retomando a contratação, por parte do POP RUA havia o interesse em se apropriarem do processo de produção de conhecimento, eles queriam se tornar autores de seu próprio conhecimento e assim, poderem enunciar suas práticas de cuidado. Eles não queriam que pesquisadores fossem lá para dizer o que eles faziam. Eles próprios queriam dizer isso, queriam que nós da academia, da UFF, os apoiassem na formulação do que é a prática de trabalho deles, que os ajudassem a serem autores. Um pedido de apoio para a produção de um documento contendo o conhecimento do serviço exercido na prática.

Eles já haviam sido pesquisados por outros pesquisadores e não queriam mais serem objetos de pesquisa e sim sujeitos do conhecimento. Não queriam que chegássemos lá e coletássemos os dados com o posicionamento de que quem conhece é o pesquisador, que extraíssemos o conhecimento das práticas daquela equipe como se dessas práticas a equipe não soubesse e nem que direcionássemos o trabalho deles, como supervisores. Eles queriam ser legitimados como sujeito da experiência de produção de conhecimento. O reconhecimento e legitimação desses sujeitos de direito foi um ponto de convergência entre o pedido da equipe, o trabalho de apoio e a abordagem metodológica da pesquisa-intervenção participativa de perspectiva cartográfica.

Esse trabalho se daria a partir de dezesseis enunciados previamente formulados por dois integrantes do serviço, que eles denominaram de diretrizes. Essas diretrizes diziam respeito às práticas criadas e bem sucedidas de cuidado daquela equipe. O POP RUA queria que nós da academia, que pressupostamente dominamos a produção de conhecimento, os ajudássemos a construir as diretrizes de cuidado do POP RUA, reformulando os enunciados já produzidos.

Analisando no Enativos as diretrizes produzidas pela equipe do POP RUA, entendemos que esses enunciados se apresentavam mais como objetivos das práticas de cuidado do POP RUA do que propriamente diretrizes. Constatamos que os enunciados ofertavam não apenas um conjunto de informações, mas questões direcionadas à experiência

dos trabalhadores do POP RUA, com reflexão acerca do trabalho que exerciam. Para melhor trabalharmos com esses objetivos, agrupamos esses enunciados em três temas, sendo estes: território, clínica e produção de conhecimento. Os enunciados a seguir estão numerados de acordo com o material que recebemos do POP RUA, porém com a organização em temas feita pelo Enativos.

Território

- I. Estabelecer uma cartografia própria referente a pesquisa do perfil de população de rua. E, a partir desta cartografia considerar o território de vida e não o território de moradia físico como referência.
- II. Organizar os três campos de atuação da equipe (assistência, prevenção de agravos, promoção da saúde) levando em consideração a dinâmica encontrada no território. A demanda historicamente reprimida, a gravidade dos casos com morbidades cruzadas, a inexistência de equipamentos especializados (CAPS, UPA) e a dificuldade de acesso à rede determinaram a priorização das ações assistenciais no primeiro momento.
- III. Instrumentalizar a abordagem às queixas de Rua, intencionando transformá-las em demandas.
- IV. Ser Referência em convergência para o território de vida e não o território físico, sustentando o direcionamento das demandas em oposição à fragmentação típica que a Rua produz.
- V. Configurar espaço de tratamento diversos (Rua, sede, rede) que respeitem a especificidade da questão a ser tratada/ a singularidade de cada demanda.

Clinica

- VI. Apostar na construção do vínculo (na autonomia e desejo de cada sujeito tratar-se) e não na tutela social e na tutela de sentidos.
- VII. Implantar lógica de referência na abordagem/ acompanhamento longitudinal dos casos com demanda para saúde mental, visando permitir ao sujeito, apesar da circulação própria e específica do mesmo, ter seu tratamento localizado e assegurado em continuidade.
- VIII. Implementar uma abordagem às questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e drogas, referida pela diretriz da redução de danos que, desconstrua o foco voltado para a substância e progressivamente o redirija para a história de vida do sujeito.
- IX. Estimular a corresponsabilização interdisciplinar e multiprofissional em equipe, visando produzir uma dinâmica de acompanhamento a partir da construção de casos.
- X. Estabelecer ferramentas que permitam classificar os casos graves, a fim de priorizar atendimentos e fluxos de atenção.
- XI. Empenhar-se no cuidado ao sujeito, percebendo-o como o mesmo acompanhado pelos serviços da SMAS, sendo portanto fundamental a integração dos cuidados e atuação corresponsável.
- XII. Considerar a Rua como ferramenta de apostas clínicas.
- XIII. Não vincular o olhar do cuidado à perspectiva da doença, estimulando o enfermeiro a assumir o papel de articulador dos fluxos de atenção.
- XIV. Estimular a superação das lógicas convencionais de atenção à saúde, fragmentadas em ações programáticas.

Produção de conhecimento

- XV. Sistematizar continuamente estratégias oriundas da prática em metodologias de trabalho.
- XVI. Problematizar a prática visando extrair elementos referenciais que subsidiem a educação permanente da equipe e a atuação na micropolítica do território.

Para compor o Grupo de Intervenção com Trabalhadores (GIT), foram convidados todos os profissionais que tivessem interesse em participar, além dos três pesquisadores da UFF. Pactuamos que nos encontraríamos quinzenalmente na sede do POP RUA¹¹, dentro do horário de trabalho da equipe, entendendo que o trabalho de pesquisa dizia respeito àquele espaço de trabalho e para que o processo de pesquisa não gerasse uma sobrecarga nos trabalhadores. Cada encontro teve em média duas horas de duração.

Na abordagem de pesquisa-intervenção participativa, fazemos uma aposta, uma escolha por dispositivos grupais (BARROS, 2007b). Uma aposta de que o dispositivo grupal oferece recursos para não entrar nos embates dicotômicos que o processo de subjetivação representacional nos coloca. Barros (2007b) vai chamar essa perspectiva representacional de modo-indivíduo, pois é um modo de subjetivação que não está restrito ao sujeito, ou seja, pode comparecer no modo de subjetivação de um grupo também. Modo-indivíduo este que produz entidades unitárias, totalitárias, que buscam identidades e que, nesse sentido, propiciam embates dicotômicos na busca por esse fechamento, por essa totalidade identitária. Quando se pensa em um corte na experiência onde se produz o unitário, concomitantemente se produzirá um secundário em uma relação de oposição, dicotômica. A autora cita algumas dessas díades, como por exemplo: indivíduo/grupo, pessoal/social, desejo/política. Esse é o funcionamento do modo-indivíduo, produz díades em relações de oposição, criam-se oposições que partem do um.

Na perspectiva representacional, o grupo é tornado instituição/indivíduo; entidades unitárias, totalizadas, buscando identidade. O grupo é montado sob uma perspectiva de continuidade material e moral. Com isso, mantém-se a dicotomia indivíduo/grupo, baseando as condições de formação deste último em grupos homogêneos, com uma organização apriorística e diferente dos movimentos de criação empreendidos pelo próprio grupo (BARROS, 2007b).

Segundo Barros (2007b), o indivíduo não é um dado, mas um produto e produtor da história. Assim também o entendemos a partir do acesso compartilhado da experiência: não uma história ou experiência que venha para dizer quem somos ou desvelar verdades guardadas no interior individual, mas aquilo em que nos diferimos, desviados pelo acesso

¹¹ No decorrer da pesquisa recontratamos a periodicidade, que passou para semanal, devido ao grande volume de material gerado e devido a instabilidade de vínculo empregatício pela qual a equipe passava.

compartilhado da experiência de nossa forma. História e devir na história, o produtor da experiência e um vir a ser a partir do acesso compartilhado da experiência. Pensar a subjetividade como produção é pensá-la em sua multiplicidade de devires, em modos que não se totalizam.

Esta subjetividade múltipla, circulando nos conjuntos sociais, poderá ser apropriada pelos indivíduos e grupos a partir do acesso compartilhado da experiência, destituindo-os, por tal via, de seus lugares naturalizados e substancializados. Quando dizemos que a subjetividade é múltipla, está configurado o seu caráter coletivo ou de grupo, que nessa dimensão se equivalem, o que implica em um funcionamento de experimentação e criação, um processo (BARROS, 2007b). Dizer da dimensão processual é não torná-la exclusiva, hegemônica, portanto tomamos o grupo como uma das possíveis - e não única - matéria de expressão através das quais se possam efetuar uma singularização, uma ressingularização entendida pela produção de conhecimento, de subjetividade e do cuidado advindo do acesso compartilhado da experiência. No trabalho em grupo, será o confronto com outras matérias de expressão, com a alteridade, que cria a possibilidade diversificada de se ressingularizar.

O grupo, destituído do caráter universal, identitário e unificado, aponta para a emergência de devires outros, grupos-não-todos, grupos-devires, cartografias grupais. Portanto, é na transformação que se conhece, é na montagem de cartografias que se produzem novos sentidos, com a inclusão do que se insinua entre e no devir, onde não se busca significados, mas se produzem sentidos (BARROS, 2007b). A ideia de um Grupo de Intervenção, como entendemos com a autora, é tão pertinente para a abordagem de pesquisa-intervenção participativa, quanto essa abordagem metodológica é pertinente ao SUS.

Pensaremos ética em grupo a partir da experimentação. Experimentar é procurar alterar os processos hegemônicos de subjetivação em curso, com atenção voltada para as ressonâncias mútuas; cada sujeito é criador, cada um ressoa no outro, emitindo ondas, provocando movimentos de diferenciação dos modos hegemônicos. A ética de que falamos é aquela que supõe ouvir o estrangeiro, que se produz no encontro com o outro, a que habita os grupos heterogêneos.

Acompanhar os movimentos coletivos sempre de passagem, não hegemônicos, para que os devires possam se expressar. A intercessão, esse lugar inter-seres próprio do cuidado entendido como interesse, está sempre a favor dos movimentos de criação. Aqui está a via

estética. Problematizar é por a pensar, implica diferenciação. A liberdade existe quando se pode rejeitar um modo de subjetivação em que se foi constituído para criar outros, se diferenciando (BARROS, 2007b). Criar é se diferir. A diferença produz capacidade de provocar outras diferenças no mundo, é aquilo que consegue escapar das únicas histórias, como propõe Conti (CONTI, 2015), deixando vazar as multiplicidades de pontos de vistas e atravessamento de sentidos, em uma aposta não nas únicas histórias, mas nas histórias únicas que são as histórias singulares, dos encontros, sempre locais.

O grupo tomado como dispositivo, como aquilo que põe a funcionar os modos de expressão da subjetividade, opera processos de deslocamento subjetivo. Eis a via política: decomposição de verdades, de concepções tomadas como naturais e universais (BARROS, 2007b). Ao tomar os enunciados como remetendo não a sujeitos individuais, mas a coletivos, o grupo dispara desconstruções das subjetividade hegemônicas. Entrar em contato com as multiplicidades que se ofertam, não almejando equilíbrio advindo de escolhas entres unidades em relações dicotômicas, mas manejos, invenção de bifurcações.

O grupo, então, não é um nome ou uma identidade e sim um dispositivo que possibilita abrir para uma subjetividade que experimente, que seja aventureira, se arrisque em outros modos de composição, a de uma subjetividade que esteja comprometida com os processos coletivos que a produzem, possibilitando modos que sustentem sua provisoriade, que escapem das universalizações e se ponham a fazer funcionar redes transversais de subjetividades coletivas (BARROS, 2007b). Pensamos a provisoriade dos dispositivos de GIs sempre em consonância com o cuidado, produzindo saúde, conhecimento e subjetividades. Aliamos o cuidado como interesse para que a provisoriade não se alie ao abandono e à precariedade.

PC 6 - GRUPO DE INTERVENÇÃO COM TRABALHADORES

Na abordagem da pesquisa-intervenção participativa de perspectiva cartográfica, introduzimos, então, o vetor de apoio. A pesquisa utilizaria o método do apoio institucional para sua realização. A esse dispositivo chamamos Grupo de Intervenção com Trabalhadores (GIT). A aplicação desse dispositivo se dá no contexto de grupos heterogêneos, com a participação de trabalhadores e pesquisadores. Para o dispositivo propomos usar os

enunciados, anteriormente produzidos pela equipe e reagrupados por nós, como disparador de uma conversa a respeito da experiência prática de cuidado do POP RUA. A direção era acessar coletivamente a experiência dos trabalhadores em sua prática profissional e compartilhá-la, senti-la junto, ser afetado por ela.

Neste contexto, distinguimos duas dimensões do trabalho com Grupos de Intervenção: uma instrumental e outra operacional, tal qual o método de apoio. Podemos dizer que o GIT propõe-se a servir de instrumento para: 1) acessar coletivamente a experiência do trabalhador exercendo sua função; 2) auxiliar na promoção de práticas cogestivas que ampliem o grau de comunicação entre usuários e trabalhadores; 3) garantir a produção coletiva de conhecimento acerca do trabalho.

Uma experiência de produção de conhecimento que é entre sujeitos, que é compartilhada de forma lateralizada e não hierarquicamente. A pesquisa não é sobre o outro, mas sim com o outro. Uma concepção de pesquisa que toma como norte o caráter performativo, pragmático dos dispositivos de pesquisa. Isto é, a pesquisa é uma prática produtora de realidades e não desveladora de uma realidade já dada. O outro que pesquisamos não é o objeto de nossas intervenções. O outro a quem nos dirigimos é sujeito ativo no processo de pesquisa, já que é com ele que as questões a serem investigadas são formuladas. Há um caráter performativo nesta abordagem de pesquisa-intervenção participativa no sentido de que ao intervir se produz realidades, ou seja, faz existir algo. Implica uma concepção de pesquisa que é engajada, local e situada.

Essa abordagem metodológica nos incita a colocar lado a lado o sujeito e o objeto da pesquisa. Seria então, em se tratando de pesquisas em equipamentos de saúde, neste caso da AB, fazer uma pesquisa com a equipe e não sobre a equipe. Nessa medida, a equipe de saúde deixa de ser objeto da pesquisa para ser sujeito da pesquisa. Isso requer um desafio metodológico que aproxima a pesquisa-intervenção participativa com a ideia do SUS, onde não temos paciente e sim usuário. Estabelecemos, então, uma relação de uso e esse é o grande avanço da aposta democrática do SUS. Saúde como valor de uso e não mais como valor de troca, não mais como mercadoria. Para essa ideia valer é preciso mudar o processo de trabalho no campo da saúde, nas práticas cotidianas de saúde. Precisamos fazer essa mudança em uma parceria entre o serviço de saúde e a universidade. A universidade precisa acompanhar essas pistas dadas pelo SUS. A universidade precisa aprender com o SUS. Esse foi o investimento

do grupo de pesquisa Enativos: Conhecimento e Cuidado e de outros grupos de pesquisadores tanto da UFF quanto de outras universidades parceiras, em seus percursos de produção acadêmica: um investimento por uma metodologia à altura do SUS.

Reconhecer a posição de sujeito no lugar onde tradicionalmente se identifica o objeto da pesquisa é já produzir uma alteração do campo. O objeto está na posição de sujeito e um sujeito fala, pensa, cria, tem demanda, tem limitações. Ao incluí-lo nesta perspectiva democrática esta pesquisa ganha uma diretriz participativa. O desafio é fazer com que o objeto participe, que ele seja protagonista do processo, saindo de um posicionamento passivo de quem sofre a ação da pesquisa para uma posição ativa de produtor de conhecimento. Se é assim, nós pesquisadores-universitários vamos para o campo não para coletar dados do objeto e sim para cultivar junto com os trabalhadores-pesquisadores e nesse processo de cultivo, vamos colhendo os dados.

A pesquisa se faz por uma atitude de mudança, uma mudança de atitude do pesquisador e por uma mudança de atitude do objeto, que agora faz cultivo e colheita de dados, o que definimos como acesso e compartilhamento da experiência. Objeto sai de uma posição passiva, que sofre a ação de um saber e passa a usar o processo de produção de conhecimento, passa a ser protagonista. Não é apenas o pesquisador da universidade que produz o conhecimento, o trabalhador é também sujeito que produz conhecimento. Essa atitude reposiciona o trabalhador e o reposicionamento desse trabalhador é intervenção. Isso produz uma intervenção sobre a realidade, esta pesquisa é, portanto, uma pesquisa-intervenção. Ela intervém. Então eu não conheço para transformar, eu transformo para conhecer. Uma mudança de paradigma. Eu transformo a realidade para conhecê-la. Isso é uma aposta metodológica da abordagem pesquisa-intervenção participativa. Nós intervimos sobre a realidade produzindo conhecimento. E para que isso ocorra é preciso transformar o trabalhador também em pesquisador e o pesquisador também em trabalhador, ou seja, estarem lado a lado no acesso compartilhado da experiência de produção de conhecimento.

Essa mudança de postura proposta pela pesquisa visou cartografar a realidade em questão. A realidade em questão é o POP RUA, é AB, o cuidado com esses trabalhadores que têm uma relação muito bruta com a cidade, com o bruto da cidade. Eles são matéria bruta da realidade, apontam para a dimensão bruta da realidade: a rua (MACERATA, 2015). É ali onde o desafio da universalidade do acesso encontra a sua situação limiar, sua situação limite.

Como garantir e problematizar o acesso em saúde para esta população que está à margem dos padrões instituídos da nossa cidade?

A pesquisa-intervenção se faz como uma cartografia, por um mapeamento, que é um acompanhamento de percursos desses trabalhadores lançados no território. Trabalhadores na rua são trabalhadores de rua, com a rua, através da rua. Tem população na rua e tem saúde na rua. Saúde na rua porque tem trabalhadores de saúde na rua (MACERATA, 2015). Para esse trabalho então, montamos uma pesquisa interessada em acompanhar a experiência do trabalhador do POP RUA com sua prática em saúde: como este trabalhador experimenta essa prática na rua, acompanhar o processo de produção de cuidado, conhecimento e subjetividade deste trabalhador com a rua.

Este acompanhamento dos trabalhadores com seu trabalho designamos de apoio. O GIT está comprometido com a ideia de apoio institucional que é uma ideia estruturante do SUS. Apoio como esse acompanhar processos de mudança dos modelos de atenção e gestão, é ver qual o potencial de mudança daquela equipe e apoiar este potencial e se houver obstáculos para disparar esses processos de mudanças, estaremos ali, juntos, apoiando para que esses processos de mudanças possam ser efetivados. A pesquisa-intervenção participativa de perspectiva cartográfica não pode se realizar senão na forma de apoio institucional. A universidade vai ali como apoiadora dessa equipe.

Apoio institucional pressupõe então, processos de mudanças e, processos de mudanças que são processos de mudança de trabalho. Esse trabalho se caracteriza como um trabalho coletivo, o trabalho do SUS é sempre coletivo, quem produz saúde é um sujeito coletivo na medida em que entendemos o cuidar com esse sentido de acompanhamento dos processos de criação da realidade de si e do mundo entendidos em sua inseparabilidade e coemergência. A gravidade e a complexidade dos problemas sanitários com que o SUS está às voltas não podem ser resolvidas pessoalmente. Só um sujeito coletivo pode enfrentar as demandas sanitárias que se apresentam para o SUS, ou seja, só a equipe pode ser o sujeito coletivo de referência para o trabalho de produção de saúde. Uma equipe multidisciplinar que precisa encontrar um entendimento da experiência de trabalho, um modo de trabalhar junto. Esse modo de trabalhar junto incluiu a universidade, pois nós fomos estar ao lado, chamamos de coletivo e fomos dizer que o trabalho é de contração de um coletivo autônomo, produtor de seu conhecimento.

O apoio facilita o processo de grupalização. Para ter um coletivo não basta juntar pessoas. Não é suficiente colocar um médico, um enfermeiro, um dentista lado a lado para se criar um coletivo. É preciso um trabalho de contração de coletivo e isso é tarefa do apoio. O SUS demanda uma tecnologia de apoio que garanta contração de uma autonomia coletiva. Universidade vai a campo para estar junto de quem está enfrentando obstáculos e dificuldades. Fazer apoio em última instância é fazer contração de autonomia coletiva e produzir equipe. Produzir equipe é produzir sujeito coletivo para enfrentar o desafio de mudança de modelo de atenção e gestão. Fazer essa contração exige um manejo que possibilite o acesso compartilhado da experiência de trabalho. Esse manejo é cogestivo, onde o planejamento, execução e avaliação dos processos de trabalho podem acontecer a partir da participação de todos implicados, coautores dos processos de trabalho em saúde. Quando a pesquisa vai a campo, o campo sempre refina a pesquisa, qualifica as ideias e nos ajuda a avançar e esse avanço só é possível por que é feito em coautoria, em um processo coletivo de produção de saúde, subjetividades e conhecimento. Essa é a consistência a que se propõe o GIT, ter a direção de acessar coletivamente a experiência dos trabalhadores em sua prática profissional, senti-la junto, ser afetado por essas ressonâncias mútuas como nos propõe Barros (2007b).

AT 2/PC 7 - MEMÓRIA

Chegamos a mais um AT. Mais uma vez experimentaremos uma modulação entre o fazer/saber e o saber/fazer. Retomaremos o dispositivo GIT em sua prática coletiva para dar consistência à produção teórico/prática. Iniciaremos mais um trecho intenso, momento propício para cuidar do que for preciso e continuar o percurso em direção à chegada.

Retomando os encontros do GIT, esses eram gravados e ao final de cada um, nós três pesquisadores da UFF nos reuníamos para fazer uma discussão geral do encontro e lembrarmos-nos do que mais tinha nos afetado. Compartilhávamos o que mais havia chamado atenção naquele encontro do GIT. Para cada encontro um dos três ficava responsável por redigir um texto que chamávamos de Memória e dispará-lo via email para que os outros dois pudessem complementá-lo.

O que estamos chamando de Memória era o registro polifônico (BAKHTIN, 2010) e afetivo do GIT, onde procurávamos evidenciar os movimentos do grupo como os pontos de vista, os antagonismos, os protagonismos, as consonâncias, as dissonâncias, o silenciamento, as excitações, as mudanças de posicionamento, os momentos emocionantes, entre outros que nos afetassem enquanto grupo. O registro da experiência grupal exige certo esforço na direção de uma política de narratividade (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009) para que evidencie a emergência de processos, que busque ativamente um modo de expressão interessado em tornar acessível a experiência do grupo. Na produção das Memórias procurávamos performatizar na escrita a experiência grupal. Esse trabalho servia para explicitar os conceitos e ideias que apareciam nas discussões dos enunciados no GIT, os índices de grupalidade, de autonomia coletiva e protagonismo, uma rica fonte para a colheita e para a análise de dados.

Diferente de fazer uma transcrição, usávamos o áudio apenas como um apoio para essa produção escrita, em um movimento de abertura para a experiência e não para confirmar ou completar uma história. Um apoio para acesso à experiência do GIT pelo exercício de lembrar, em uma atualização dessa experiência grupal. Uma experiência de lembrar que produz sentidos outros para o momento presente em que se lembra, fornecendo polifonia (BAKHTIN, 2010) para o material escrito, multiplicidades de pontos de vistas e atravessamento de sentidos. O que nos propúnhamos era produzir uma memória como um processo de cuidar da experiência GIT, enfatizando algumas vezes uma dimensão não refletida do que se lembra. Não é uma procura por uma completude do entendimento, até porque, muitas vezes o entendimento se faz em um tempo posterior ao acesso à experiência, por exemplo em uma supervisão, momento que fornecia ainda mais polifonia ao material. Escrevê-la era uma forma performática de acessar a experiência do GIT, tal qual os trabalhadores acessavam a experiência do trabalho no GIT.

Traremos a seguir trechos de uma Memória do GIT. Neste encontro trabalhamos junto ao POP RUA o enunciado III: Instrumentalizar a abordagem às queixas de Rua, intencionando transformá-las em demandas. O texto da Memória estará citado em itálico para diferenciá-lo. Os trechos foram selecionados por explicitarem a questão que estamos trabalhando: o acesso compartilhado da experiência e seus efeitos.

Diretriz III – Instrumentalizar a abordagem às queixas de Rua, intencionando transformá-las em demandas.

Laila, a partir do enunciado lido, realiza uma fala sobre as dificuldades de lidar com as queixas na rua que, principalmente no início do serviço, os moradores de rua ao verem a logomarca da prefeitura, se aproximavam pedindo comida ou abrigo. Era preciso demarcar que eles eram profissionais de saúde, que não estavam ali para oferecer esses insumos, embora seja sempre difícil não atender aos pedidos logo de início. A equipe ficava constrangida de não dar essas respostas.

Nesse início eles ficavam na busca de rapidamente ter a rede muito bem mapeada. Achava-se que atendendo a esses pedidos de pronto seria uma forma de produzir vínculo, mas que talvez isso refletisse a insegurança da equipe na época de problematizar essas queixas. Isso precisou ser ampliado, pois as queixas ficavam sempre as mesmas.

Pontua-se que essas queixas não devem ser ignoradas, mas sim trabalhadas. Os profissionais buscam as demandas por trás dessa queixa imediata. [...] Surge o exemplo de um caso no qual questionou-se um morador que solicitava abrigo. “Mas quantas vezes o senhor foi abrigado? Em que abrigo ajudou?” Busca-se fazer o usuário pensar, refletir sobre sua condição, usando essa queixa cotidiana para entender qual a relação desse sujeito com a rua, suas dinâmicas, sua história.

A equipe demarca que essas queixas fazem sentido, o sujeito está com fome, com frio e é necessário conhecer a rede da rua, os restaurantes que dão comida, as instituições que distribuem cobertores. Segundo Kely, é muito doloroso chegar só com o Não. “Pera lá, depois do não eu preciso ter alguma coisa para convencer aquela pessoa do pra que eu estou aqui. [...] Porque falar que não sou isso, não sou aquilo, eu sou da saúde, fala-se muito não e a saúde fica uma coisinha pequena. Aí vê o paciente quase morrendo ali dizer: ‘ah, então eu estou bem’. Até eu começar a parar e ouvir primeiro para depois me colocar.”

Surge a fala de que a sociedade deveria ser instrumentalizada. Pois os demais cidadãos muitas vezes clamam pela solução dessas queixas com cuidados paliativos, ou mesmo apresentam queixas quanto a abrigo, alimentação, no geral, remoção dessa população para outro ponto.

A gente falava não, mas ao mesmo tempo falava que ia tentar fazer alguma coisa. Era um trabalho de tentar diferenciar. “Ah, ok, você está com fome? Está há quantos dias sem comer?” Ok, a gente precisa arrumar comida, mas ele precisava saber que a gente não vai dar comida amanhã e com isso a gente foi montando a rede junto com eles. Nesse processo de dar alguma coisa com essa atitude diferenciada, que o paciente vai conseguindo também se diferenciar e fazendo isso a gente vai construindo outras demandas. Falar sobre esses tempos primeiros do serviço emociona e faz chorar.

Os pacientes foram entendendo qual é o espaço de cuidado e que não existia em lugar nenhum. Não tem no imaginário dessa população um local de cuidado, uma unidade de saúde e de uma equipe que acompanhe. A gente conseguir cavar esse espaço de referência e apoio foi o que a gente tinham para oferecer. A escuta, o cuidado, a parceria ao ponto do paciente chegar, ser atendido, depois sumir e voltar para mostrar a carteira de trabalho. Era dolorido dizer alguns não. Você via o cara morrendo de frio, e a gente de casaco sem poder dar pra ele, mas pensando em possibilidades para ele conseguir aquilo. Não rejeitar e desvalorizar a necessidade que ele traz, mas é pensar junto com ele ferramentas para ele lidar com aquilo, criando outras perspectivas de cuidado e quando isso acontecia não fica localizado em você, a gente consegue trabalhar em conjunto e ter isso uma visão do serviço.

Neste trecho podemos acompanhar como a prática do trabalho afeta o trabalhador. Observamos que a equipe tem a cartografia como parte da metodologia de trabalho: um instrumento de acesso ao plano da experiência e de acompanhamento de processos. Podemos acompanhar a construção de um conhecimento advindo da experiência do profissional em plena experimentação de sua profissão. Havia ali um modo singular de trabalho que esse

coletivo criou ao aplicar a política de saúde do SUS, aquilo que está nas portarias e cartilhas em seu campo de trabalho. Esse modo singular é resultado de um posicionamento frente ao trabalho, do ethos metodológico como propõe Pasche, Passos e Hennington (2011), se deixando contagiar pelo campo, acessando a experiência produzida pelo encontro da equipe do POP RUA, imbuída da política de saúde, com o campo de atuação. Portanto, o POP RUA criou e foi criado no exercício de seu trabalho. Ao mesmo tempo em que o POP RUA cria a experiência de cuidar da população em situação de rua indo para a rua nesse ethos metodológico, o POP RUA é criado pela experiência de cuidar da população em situação de rua. Portanto, conhecer é transformar.

Há um trabalho de construção de um plano comum da experiência, onde a queixa deixa de ser localizada e vira uma demanda impessoal, indicando o caráter performativo do acesso compartilhado da experiência. Aparecem dois caminhos para sair da queixa e ir para a demanda. Um é desconstruir a queixa, este produz um incomodo afetivo parecido com o “não”. O outro é legitimar essa queixa como uma necessidade e ao fazer isso se constrói a demanda do usuário e também o sentido do trabalho. Acolher a queixa produzindo um plano comum e impessoal de conhecimento que é a demanda, logo acolher gera demanda, que por sua vez gera instrumentalização para se lidar com a experiência afetiva.

Esse momento de acesso compartilhado da experiência é performático no GIT também, na medida em que temos um trabalhador cuidando de um morador de rua, mas essa experiência está sendo trabalhada no GIT, em um momento de cuidado da experiência; produzindo conhecimento de forma coletiva.

Luciana comenta sobre uma “metamorfose interna” pela qual passou no serviço, no modo de atender e se relacionar com os pacientes e isso foi muito evidente pra ela ao perceber a maneira como se vestia para ir ao trabalho, segundo ela, ia inconscientemente desarrumada para o POP-RUA. Esse foi um comentário de Cléo ao vê-la no cinema, uma situação fora do trabalho, que ela percebeu que ia desalinhada para trabalhar com a população de Rua. Deste exemplo surge a questão de que não é através da identificação que se acessa o morador de rua, não é se vestindo de uma forma mais desleixada que o profissional se aproxima do morador de rua.

Não é uma questão de homogeneizar a experiência, pois as singularidades podem se expressar. Traçar o plano comum da experiência não é produzir homogêneos. Essa é uma

perspectiva de continuidade material e moral dos grupos, com a formação de uma ideia sobre o grupo. O posicionamento ético desta equipe em conhecer a partir da experimentação, com atenção voltada para as ressonâncias mútuas, provoca movimentos de diferenciação desses modos hegemônicos. A ética de ouvir o estrangeiro que habita os grupos heterogêneos deslocou a trabalhadora de sua forma hegemônica.

Luciana diz que uma coisa que aproxima e que faz um diferencial enorme é o afeto. Surge um dissenso na equipe, quando outro aponta para o fato do profissional ter que atuar sem o afeto como ferramenta. Clarissa pontua que pode-se pensar que o serviço tenha uma dimensão de afeto que vem do fato de se lidar com sofrimento, com questões do paciente, mas que esse afeto se coloca muito mais vindo do paciente, e não do técnico. Luciana diz que é possível trocar o que ela nomeou de afeto por interesse.

Iacã questiona a afirmação de que não há afeto por parte da equipe técnica. Como entender que a equipe trabalha em saúde com a população de Rua e Laila quando fala do serviço chora? Não há afeto? Que interesse é esse? Seria um interesse puramente intelectual? Como me interesso por alguém que mora na rua?

Luciana reitera que ela considera que o cuidado com o outro envolve uma afetividade.

A discussão se desenvolve com Laila e Clarissa se posicionando de forma cautelosa com essa noção de afetividade, questionando então, em que se diferenciaria a atuação do serviço da atuação de uma igreja?

Luciana questiona essa visão piegas de afetividade que surgiu na discussão. Não é disso que vem falando, vem falando de algo que norteia o ser humano. A gente tem afetividade desde que a gente existe e quando tocamos a afetividade do outro conseguimos produzir ressonância terapêutica. Eu não estou falando de beijo, abraço, sentimento, estou falando de afetividade.

Ana Maria comenta que o caso do Seu Sidney pode ser bem ilustrativo. “Há um ano Seu Sidney foi diagnosticado com um câncer de boca, do qual deixou de cuidar por não ter com quem deixar seu maior companheiro, o Fio Maravilha da Silva, seu cachorro. Ele retorna ao serviço com um estado bem mais avançado do tumor e quando questionado sobre o motivo por não ter continuado seu tratamento, a primeira coisa que ele aponta é o fato de não ter com quem deixar o Fio Maravilha. A equipe pôde ouvir isso. Seu Sidney percebeu que a equipe se comprometeu, assumindo junto com ele que, antes de ser internado, ele iria junto com a equipe levar o Fio maravilha para quem iria cuidar na ausência dele. Desde então ele está super comprometido com esse tratamento, porque ele sabe que se cuidando tem grandes chances de estar de novo com o Fio Maravilha, estar cuidando do Fio Maravilha. Ele não tem problemas com o horário, a gente acorda de madrugada pra levá-lo e ele está lá na praia pronto, desmonta a barraca, não reclama, mesmo tendo feito exames como a tomografia com contraste. Ele está comprometido. Hoje o brilho no olhar do Seu Sidnei é um brilho diferente. E eu percebo que o Fio passou a ter uma afinidade com todos nós da equipe. Antes nós não podíamos tocar nas coisas do Seu Sidnei. Quando o cachorro percebeu que o Seu Sidnei estava sendo tratado, sendo cuidado por nós, ele permite. Hoje eu fiz isso, eu toquei na mala do seu Sidnei, ele veio e me lambeu, é como se dissesse... (risos), é, é isso mesmo. Antes ele atacava quem chegasse próximo, hoje ele tem outra atitude.”

O GIT destaca mais um índice do conhecimento, cuidado e subjetividade advindo do acesso compartilhado da experiência. Uma evidência da pertinência da abordagem

metodológica da pesquisa-intervenção participativa consonante ao ideário do SUS. Um trabalho de produção de conhecimento direcionado para a instrumentalização dos trabalhadores para lidar com a experiência afetiva deste trabalho em saúde. Fala-se que se chega na rua para construir algo com o paciente, não se chega com algo pronto. Não há o morador de rua e sim cada morador de rua. Com o caso do Seu Sydnei confirmamos o entendimento de que o cuidado é uma ação que se concretiza no acesso compartilhado da experiência. É o traçar de um plano comum que passava também pelo cachorro. Ao acessar compartilhadamente a experiência singular de Seu Sydnei com suas especificidades de relações que produz um plano comum que passa pelo Fio Maravilha e vai até a UFF. Esse caso faz uma ponte com todo o trabalho que estamos apresentando, onde os sujeitos coemergem da experiência junto com o conhecimento. O processo de cuidado em saúde é em relação, na construção de um plano comum entre os sujeitos da experiência. Não existe o tratamento antes da relação de cuidado. O bruto da rua permite ver com mais clareza a necessidade de o cuidado ser em relação.

Acompanhando o processo de acesso compartilhado da experiência, nessa aposta na abordagem metodológica da pesquisa-intervenção participativa de perspectiva cartográfica, vemos o GIT dar consistência ao conhecimento advindo da experiência, modulando o saber-fazer da equipe para um fazer-saber. Foi entendido que o POP RUA tem oferta de cuidado diferente de reinserir o morador de rua no “mercado”. O POP RUA tem oferta de cuidado como legitimação de uma necessidade básica, o afeto. Com essa necessidade básica afetiva se produz vínculo, conectividade, interesse (inter-seres) e mapeamento. O momento da conectividade, do vínculo é o momento onde a demanda e o trabalho são construídos em um só ato. Isso é a performidade do acesso coletivo da experiência.

Podemos perceber a consistência das práticas de cuidado que mostra que no coletivo de trabalhadores do POP RUA formou-se uma equipe. Esse fato possibilita que se experimente, que se arrisque outros modos de composição, a de uma subjetividade que esteja comprometida com os processos coletivos que a produzem, possibilitando modos que sustentem a provisoriade dos dispositivos, que escapem das universalizações e se ponham a fazer funcionar redes outras. Que alie o provisório ao cuidado.

Retomam a questão que já foi falada em outros grupos do caso de Rosália com o Raniel, pontuando que esse é um caso onde a afetividade pode atrapalhar. Raniel é o caso onde ela chega a segurar o escroto do Raniel para ele poder se movimentar. Luciana coloca o ponto de que por isso deve-se trabalhar junto, a equipe precisa de cuidado.

Para finalizar a análise da Memória, acompanhamos a construção de um plano comum sem homogeneizar a experiência. Tendo o dissenso como indispensável para criar esse plano comum da experiência. O GIT evidencia que não é o afeto que é problemático, mas sim não ter um espaço de cuidado. Entendemos que o objeto de pesquisa em psicologia e em saúde pública são sujeitos e que, por isso, a investigação se faz com sujeitos conhecendo sujeitos, sujeitos ao lado de sujeitos. Estamos pensando na experiência do trabalho de cuidado de uma equipe ou sujeito atuante na saúde pública. Gostaria de retomar a formulação do “ser=fazer=conhecer”. Nessa expressão está a fórmula importante para entendermos a intervenção desse campo específico que trabalha com ações de cuidado. Analisando a fórmula, fazer cuidado é igual a ser cuidado que é igual a conhecer cuidando. Mas vamos mais um pouco, ao entendermos o acesso compartilhado como uma dimensão do cuidado, na ação de cuidar deve-se experimentar uma dimensão de ser cuidado. É preciso garantir espaços onde quem cuida possa compartilhar sua experiência de cuidar e ser cuidado. Um momento analítico onde essa experiência de cuidado possa emergir como produção de conhecimento coletivo, pois se o acesso compartilhado da experiência de cuidar produz cuidado, logo o cuidado é sempre coletivo.

PC 8 - GRUPO NARRATIVO

Retomando o processo da pesquisa, as Memórias eram analisadas no Enativos, em um processo semelhante ao que acabamos de fazer. Os encontros do Enativos eram semanais com duração média de três horas, quando pensávamos conjuntamente a experiência vivida nos GITs com o intuito de compor um segundo texto que chamávamos de Narrativa. O tratamento que as Memórias recebiam na supervisão do Enativos era o trabalho de análise e sintetização, visando a abertura do material textual para o plano que compunha o GIT, para os atravessamento de sentidos e para as multiplicidades de posicionamentos. As Memórias, então, serviram como base para a construção dessas Narrativas. Estas eram voltadas para as

devolutivas do ponto de vista dos pesquisadores-universitários acerca do conhecimento produzido no GIT. Neste trabalho de análise das memórias do GIT para a construção da Narrativa, também extraímos os conceitos que entendíamos nortear a experiência de cuidado do POP RUA em sua relação singular com seu campo de trabalho. Esses conceitos iram ser a matéria-prima para a construção do documento final contendo as diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado no POP RUA.

Para exemplificar o tratamento que o texto da Memória recebia na construção da Narrativa, traremos dois trechos da Narrativa referente à Memória trabalhada no tópico anterior. Dessa forma poderemos acompanhar esse processo juntos. O primeiro trecho é referente ao tema da constituição do trabalho para o POP RUA a partir da constituição da demanda para os usuários do POP RUA. O segundo trecho é referente ao entendimento do cuidado como construção de relação a partir do acesso compartilhado da experiência de cuidar. O terceiro trecho é referente à extração de conceitos que norteiam a experiência de cuidado do POP RUA na relação com seu campo de trabalho a partir da experiência no GIT.

Primeiro trecho:

Na implantação do serviço, a equipe não sabia qual era o seu trabalho. O que se explicava pelo caráter inédito desse espaço de cuidado: saúde para população de rua. O sentido do serviço foi se constituindo junto com esse manejo, que consiste primeiramente em escutar o usuário, entendendo suas relações, suas dinâmicas, suas histórias, suas necessidades inseridas em um contexto mais abrangente do que ele: território. Território como o que é singularizado na vida de cada paciente: cada um vive um território único, subjetivo. E ainda, o manejo consiste em pensar junto com o usuário ferramentas para lidar com suas questões. Quando isso acontece, o cuidado não fica localizado no profissional como o único agente de cuidado. Mas o cuidado é produzido como uma relação de cuidado. Esta diz respeito ao manejo do profissional com o paciente, com o território e consigo mesmo, de modo a poder ele mesmo lidar com esse não saber inicial de cada nova situação. A instrumentalização do manejo com a rua passa pela instrumentalização da escuta. A escuta instrumentalizada implica esse trabalho conjunto equipe\usuário\território, onde se maneja com o que o serviço oferece, com a situação integral da vida do paciente e com seu território.

Segundo trecho:

Surge a questão do afeto envolvido nestas relações. Em um primeiro momento o grupo se divide em duas opiniões: uma de que o afeto não deve estar envolvido no trabalho pois ele pode atrapalhar o trabalhador neste manejo e outra de que o afeto sempre está envolvido e é com ele que se maneja. Surgem exemplos de sentimentos que atrapalhariam o trabalhador: a frustração, a preocupação, o envolvimento pessoal muito intenso com o paciente. Também surge a opinião de que afetividade é o que constitui uma relação, e que esta não diria respeito exatamente a sentimentos pessoais como carinho, amizade, amor; embora o "pessoal" do profissional sempre esteja presente. Neste sentido afeto entra não como um sentimento pessoal, mas como uma abertura sensível, uma escuta aos afetos que circulam na relação. Relação de mútua afetação, como uma sensibilidade que permite o manejo e a

escuta para além do discurso do paciente e da queixa. Estaria em jogo um interesse do profissional pela vida do paciente, um estar sensível ao outro.

É quando é narrado o caso do Seu Sidnei e do cachorro Fio Maravilha da Silva, onde a equipe pôde escutar os sentimentos e também os afetos que circulavam na relação entre seu Sidnei e o cachorro e, com isso, se comprometer em cuidar do Fio na ausência de Seu Sidnei, o que viabilizava o tratamento. Um plano afetivo foi escutado, e constituiu-se um plano comum de acolhimento e confiança entre equipe - Sidnei - Fio Maravilha, de modo que até mesmo o cachorro percebia o cuidado e confiava na equipe.

Terceiro trecho:

- Escuta Ampliada

- Manejo na relação

- Transformação da queixa em demanda

Escuta ampliada na relação que acolha e que produza transformações nas queixas imediatas do paciente, do trabalhador e da sociedade (clichês). Escuta que se aprende e se faz no plano relacional profissional de saúde - usuário - território e que instrumentaliza o manejo. Manejo com as queixas e situações que se aprende e se faz na relação entre serviço de saúde - usuário - território para a construção de demandas. Demanda como direção de cuidado que é reivindicada na relação de cuidado que se constitui com o paciente e seu território. Relação de cuidado como o que se produz no plano relacional entre serviço de saúde - usuário - território. Plano relacional que é constituído de afetos que não dizem respeito a sentimentos pessoais, mas ao que circula na mútua afetação trabalhador de saúde - usuário - território e que não diz respeito a objetividade mas a subjetividade.

Levávamos a Narrativa para no GIT avaliar e legitimar o conhecimento coletivo produzido. Coletivo este que agora reunia o GIT com seus trabalhadores-pesquisadores e pesquisadores-universitários e o Enativos com seus pesquisadores que ficavam na retaguarda para supervisão, organização e análise de dados. Essas Narrativas eram um compilado de, na média, seis Memórias. Cada Memória trabalhada pelo Enativos, neste documento narrativo, continha o que de mais importante tínhamos apreendido da prática de cuidado do POP RUA, além de indicações de diretrizes, metodologias ou dispositivos do cuidado que apareceram na discussão, como exemplificado no terceiro trecho acima. Tais Narrativas eram lidas e discutidas com os participantes do GIT nos chamados Grupos Narrativos (GNs), onde se buscava compartilhar o sentido construído ao longo do processo coletivo. Eram momentos importantíssimos onde todos, trabalhadores-pesquisadores e pesquisadores-universitário podíamos nos posicionar frente ao conhecimento que estava sendo produzido, validar o sentido que o GIT tomava enquanto coletivo de enunciação de práticas de cuidado em saúde. Eram momentos de muito trabalho que davam consistência à experiência de contração coletiva. Os Grupos Narrativos geralmente duravam dois encontros.

Os efeitos dos GNs eram muito interessantes. Muitas vezes a reação foi de surpresa quanto ao que estava sendo apresentado: “É isso mesmo que fazemos! Fomos nós que falamos isso?” “Está tão claro e bem sintetizado.” Essas falas confirmavam que o processo de produção de conhecimento estava expressando o plano comum e impessoal da experiência. Quando os trabalhadores afirmavam que o conteúdo que estávamos apresentando no GN não era aquilo que eles queriam dizer, quando isso acontecia, nós debatíamos e mexíamos no texto narrativo ali mesmo, juntos, para resintonizarmos com a experiência coletiva de produção do conhecimento. O trabalho coletivo de produção de conhecimento no GN, produzia o encontro das diversas matérias de expressão, das heterogeneidades presentes, o que criava a possibilidade diversificada de se resingularizar, resintonizar-se com o plano comum e impessoal da expressão do conhecimento. Novamente experimentamos o ethos metodológico que se põe a ouvir o estrangeiro, que se produz no encontro com o outro, que habita os grupos heterogêneos; que visa acompanhar os movimentos coletivos provisórios e não hegemônicos, possibilitando que devires possam se expressar nesse plano comum e impessoal próprio do cuidado e que está sempre a favor dos movimentos de criação. Novamente experimentamos o dispositivo grupal como aquilo que põe a funcionar os modos de expressão da subjetividade, que opera processos de deslocamento subjetivo.

O GN, então, era um momento de análise e validação dos dados colhidos. Queríamos garantir que o produto final da pesquisa estivesse contaminado por todos os dizeres dos participantes da pesquisa. O processo de validação nos GNs fazia conversar as sugestões e pontos de vista dos participantes, seguindo a abordagem metodológica participativa. Neste processo, as próprias noções de base, como a de cuidado, território e rua, tiveram seus sentidos modulados, incorporando contribuições específicas do encontro daqueles trabalhadores com seu campo de trabalho, a rua.

A produção nos GNs do material final contendo o conhecimento advindo da prática desses trabalhadores se dava por ação de contágio de postos de vista, fazendo-se presente, expressando-se, afirmando, validando e se aproximando da experiência concreta daquele coletivo de trabalho. A atenção ao modo singular como aquele coletivo implementava, apropriava-se daquilo que está nas portarias e cartilhas de saúde, assimilado não por imposição, mas por contágio, pela apropriação singular que o POP RUA fazia delas. O GN, em seu ethos metodológico era apoio institucional.

PC 9 - DOCUMENTO FINAL

O documento final produzido pela pesquisa contém as diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado no POP RUA, divididos em dois eixos. O primeiro eixo diz respeito às práticas de cuidado da equipe com os usuários do serviço, com território da rua e com as redes institucionais e não institucionais. O segundo eixo trata das práticas de cuidado da equipe com o seu próprio trabalho. Este documento é um instrumento pertinente ao contexto brasileiro, enfrentando alguns desafios referentes àqueles traçados no âmbito da Política Nacional de Humanização do SUS, tais como: valorizar a experiência dos usuários do serviço e dos trabalhadores; promover práticas de lateralização nos serviços; incluir todos os trabalhadores e gestores na discussão sobre a experiência do trabalho; criar espaços para o protagonismo dos usuários na construção dos seus projetos terapêuticos; fomentar a autonomia dos usuários, trabalhadores e gestores; favorecer a troca de experiências, o interesse e o cuidado com o outro (PASCHÉ, PASSOS, HENNINGTON, 2011; PASCHÉ, PASSOS, 2008; BARROS, PASSOS, 2005). Esses desafios apontavam para a importância de não reduzir esse documento final a um instrumento técnico, isto é, uma cartilha onde seriam prescritos os passos para a reflexão sobre o trabalho para com a população de rua, mas traçar indicações para um modo de trabalhar na Atenção Básica no contexto brasileiro. O documento final foi concebido como uma ferramenta concreta, organizada para auxiliar as pessoas que querem empreender uma reflexão a respeito das questões direcionadas à experiência dos trabalhadores e usuários de saúde. Esse documento foi encaminhado para a PNH que disponibilizou seus recursos para que esse material fosse amplamente divulgado. O documento final contém as diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado no POP RUA e está anexado no final desta dissertação para ser consultada, publicizada e amplamente divulgada.

E...chegamos!!!!

CHEGADA - CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Eu não procuro, encontro.”

(Pablo Picasso)

“A felicidade só é real se compartilhada.”

(Supertramp)

Deste trabalho tiramos algumas direções de continuidade de estudo. Uma delas é pensar se a partir da escolha política de falar de pistas metodológicas ou abordagem metodológica e não metodologia, podemos ao final do processo de pesquisa dizer que se produziu uma metodologia. Quando falamos em metodologia, estamos falando de uma forma mais ou menos fechada de fazer a pesquisa. A experiência vivenciada nos campos desta dissertação nos fez aproximar essa experiência com a navegação em uma Corrida de Aventura. A todo momento seguimos pistas, sempre atentos ao território, onde o caminho se faz ao caminhar. Seguir pistas não é garantia de se chegar a um mesmo lugar. O processo de acompanhamento de um campo, por exemplo, é repleto de variáveis e especificidades ao ponto de pensarmos que, se podemos falar de um caminho, este é efeito específico de cada caminhar.

“No entanto, não se trata de uma ação sem direção, já que a cartografia reverte o sentido tradicional de método sem abrir mão da orientação do percurso da pesquisa. O desafio é o de realizar uma reversão no sentido tradicional de método – não mais um caminhar para alcançar metas pré-fixadas (metá-hódos), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas. A reversão, então, afirma um hódos-metá”. (PASSOS; BARROS, 2010, p.17)

A direção é seguir pensando se, ao final do processo de pesquisa poderíamos dizer que para este processo de pesquisa se construiu uma metodologia específica. Essa proposição seria pensada na correspondência como o POP RUA apropriou-se daquilo que está nas portarias e

cartilhas de saúde, produzindo a partir do encontro com seu campo de atuação, a expressão singular dessas portarias e cartilhas de saúde sintonizadas com campo.

Outra direção possível é desenvolver alguns dos efeitos de não tomarmos um grupo ou dispositivo de saúde como uma unidade independente, totalitária e identitária. Esse estudo partiria da recusa de neutralidade e objetividade do pesquisador, acentando a produção de saúde e conhecimento na inseparabilidade entre o sujeito que conhece e o objeto a ser conhecido. Ao invés de ter o objeto de pesquisa como identidade a ser conhecida, a pesquisa-intervenção, com o ethos metodológico de lateralidade com o campo, mostra-nos que ambos - pesquisador e pesquisado - se constituem no mesmo momento, no mesmo processo. Neste caso, não há mais sujeito e objeto, mas processos de subjetivação, de produção de conhecimento e de cuidado. Criação de planos comuns de onde emergem sujeito, mundo e conhecimento. As noções de teoria e prática são necessariamente reequacionadas. Em se apostando no caráter sempre intervencionista da produção de conhecimento, todo conhecer é um fazer e todo fazer produz subjetivações.

Ao entender que a produção de conhecimento, de cuidado e de subjetividade é uma prática de acesso compartilhado da experiência e que a prática de acesso compartilhado da experiência é produção de conhecimento, cuidado e subjetividade, queremos pensar dispositivos de saúde que funcionem dando visibilidade e possibilitando a expressão de outros modos de subjetividades, desindividualizando questões e trazendo-as para um âmbito coletivo.

O dispositivo da Atenção Básica de Consultório na Rua POP RUA, que teve como objetivo produzir conhecimento para fomentar a clínica e a saúde no território da rua, entende que as ações nesse território devem ser consideradas em sua inseparabilidade com a dimensão política.

A população em situação de rua não exige do SUS elementos novos ou especiais para o atendimento de suas demandas. Exige que seus princípios e práticas de base sejam executados na sua radicalidade. As demandas de saúde na rua trazem o imperativo de que os serviços de saúde possam atender a estas demandas de forma articulada e integral. Para atender a demanda de saúde da rua, o SUS deve levar seus princípios ao limite: funcionamento em rede, integralidade do olhar, acolhimento, acesso e equidade.

A especificidade da demanda que a rua coloca para as políticas públicas do Rio de Janeiro é a necessidade radical de que estas políticas tenham sua construção assentada no acesso à experiência da população residente nos territórios, em suas dinâmicas singulares, na relação que a população estabelece com os territórios, e imperativo de produzir saúde a partir destas relações.

O POP RUA é um serviço que tem uma especificidade, mas que não deve transformar-se em “especialismo”, em uma identidade isolada de suas ações políticas. A necessidade de se construir serviços específicos para rua deve ser encarada como uma contingência, uma provisoriedade do dispositivo aliado ao cuidado, como uma estratégia datada para produzir acesso à saúde para uma população que não acessa o SUS. Não é em função da população, mas sim das próprias limitações processuais do SUS que se faz necessário, hoje, tal tipo de serviço. O surgimento de tais serviços deve, portanto, ter como horizonte sua dissolução no SUS, pois se corre o risco de construir um subsistema apartado e fechado em si. Assim, o POP RUA torna-se também um serviço com uma função política importante: produzir espaços de inclusão no SUS e na própria cidade. A proposição é, a partir dessa dissertação, seguir desenvolvendo essas idéias em trabalhos futuros.

Por último, gostaria de dizer que no processo de escrita e de entendimento dessa dissertação muitas coisas puderam ser lembradas e conhecidas. Algumas potencializaram esse trabalho, outras a vida como um todo. Foi uma gigantesca experiência de produção de conhecimento, cuidado e subjetividade.

Há uma diferença da Corrida de Aventura para a escrita dessa dissertação. A dissertação é como uma viagem sem um mapa previamente preparado, não é? Então você vai construindo um mapa a medida que caminha, seguindo as pistas que o próprio caminho generosamente lhe fornece, até que você chegue em um ponto. Neste momento, esse ponto que se chega está longe de ser um fim. Ele tem mais a ver com uma bifurcação, com o início de outro caminho. Tem a ver com a questão da pegada/largada. Não tanto com qual caminho pegar, mas como pegar o caminho.

De fato, diz Nietzsche, o conhecimento tem relação com os instintos, mas não pode estar presente neles, nem mesmo por ser um instinto entre os outros; o conhecimento é simplesmente o resultado do jogo, do afrontamento, da junção, da luta e do

compromisso entre os instintos. É porque os instintos se encontram, se batem e chegam, finalmente, ao término de suas batalhas, a um compromisso, que algo se produz. Este algo é o conhecimento. (FOUCAULT, 2002, p. 16).

Acabo de ter mais uma lembrança. Existe um esporte que já tentei praticá-lo muitas vezes, mas nunca o havia entendido experiencialmente. Esse esporte é o surf. Pegar onda sempre foi um desafio para mim, tal qual aliar esporte e produção de conhecimento. Nunca havia me sentido a vontade pegando onda, pois existe um momento específico desse esporte que é o “entrar na onda”. Esse momento é uma sincronia entre o encontro da aceleração produzida com a chegada da onda e o movimento do esportista de pegar a onda. Mais uma vez o esporte me ajuda, pois eu nunca conseguia pegar a onda. Agora entendo que para pegar onda é preciso junto largar a onda e que isso é diferente de se abandonar na onda. Sentia abandono porque tinha o ato de pegar como uma experiência de totalidade, unidade, vivia o pegar e largar como distintos e separados. Agora entendo que eles são variações de intensidades e que isso é uma experiência de paradoxo. Experimentei o comum entre o largar e o pegar, acessando um comum entre eles. O comum no dissenso, algo que não é para separar ou resolver, é para surfar. Ao experimentar isso, sinto desejo de expressar, em compartilhar a experiência, em publicizar o conhecimento, em impessoaliza-lo e torná-lo comum. O efeito disso é o entendimento de que as palavras, para a expressão, são como corpos para o esporte e que expressar é um esporte radical para mim. Curti a maior onda com essa dissertação e sinto que experimentei um jeito novo de praticar esporte radical. Entendendo agora o radical como valor de uso da experiência em sua potência, no quanto ela produz conhecimento e cuidado e implicações. Não é uma experimentação de qualquer jeito, é uma experimentação implicada com a vida.

Sinto aqui mais um ciclo chegando a sua suficiência¹², uma experiência de abertura. Aqui terminamos esse percurso e curiosamente foi aqui que começou o processo de escrita da dissertação. Terminaremos como começamos, porém diferentes:

Ecrire pour ne pas mourir

¹² Ao chegar nesse ponto, reconheço que tive vontade de refazer alguns pontos da dissertação na intensão de deixar as pistas mais claras para que lê. Talvez efeito desse ciclo em espiral, mas como disse antes, seguir as pistas deixada por outro não garante que chegaremos no mesmo lugar, acho que o mais difícil da experiência do pagar/largar é largar, mas agora é possível fazê-lo com alegria.

Que je sois née d'hier ou d'avant le déluge,
 (Que eu tenha nascido ontem ou antes do dilúvio,)¹³
 j'ai souvent l'impression de tout recommencer.
 (frequentemente tenho a impressão de tudo recomeçar.)
 Quand j'ai pris ma revanche ou bien trouvé refuge,
 (Quando eu tomei minha contrapartida ou melhor, quando encontrei meu refúgio,)
 dans mes chansons, toujours, j'ai voulu exister.
 (nas minhas canções, sempre, eu quis existir.)

Que vous sachiez de moi ce que j'en veux bien dire,
 (Que você saiba de mim isso que eu quero mesmo dizer,)
 que vous soyez fidèles ou bien simples passants
 (que você seja fiel ou senão simples transeuntes)
 et que nous en soyons justes au premier sourire,
 (e que sejamos simplesmente em um primeiro sorriso,)
 sachez ce qui, pour moi, est le plus important,
 (saiba que, para mim, isso é o mais importante,)
 est le plus important.
 (é o mais importante.)

Ecrire pour ne pas mourir,
 (Escrever para não morrer,)
 écrire, sagesse ou délire,
 (escrever, sabedoria ou delírio,)
 écrire pour tenter de dire,
 (escrever para tentar dizer,)
 dire tout ce qui m'a blessée,
 (dizer tudo isso que me feriu,)
 dire tout ce qui m'a sauvée,
 (dizer tudo isso que me salvou,)
 écrire et me débarrasser.
 (escrever e me liberar.)
 Ecrire pour ne pas sombrer,
 (Escrever para não se tornar sombrio,)
 écrire, au lieu de tourner,
 (escrever, em vez de dar voltas,)
 écrire et ne jamais pleurer,
 (escrever e nunca mais chorar,)
 rien que des larmes de stylo
 (somente lágrimas de caneta)
 qui viennent se changer en mots
 (que vem me transformar em palavras)
 pour me tenir le coeur au chaud.
 (para manter meu coração aquecido.)

Que je vive cent ans ou bien quelques décades,
 (Que eu viva cem anos ou então algumas décadas,)
 je ne supporte pas de voir le temps passer.
 (não suporto ver o tempo passar.)
 On arpente sa vie au pas de promenade
 (A gente leva a vida ao passo de um passeio)
 et puis on s'aperçoit qu'il faudra se presser.
 (depois a gente se dá conta que será preciso se apressar.)

Que vous soyez tranquilles ou bien plein d'inquiétude,
 (Que você seja tranquilo ou então cheio de preocupação,)
 ce que je vais vous dire, vous le comprendrez:
 (isso que quero lhe dizer, você o compreenderá:)
 En mettant bout à bout toutes nos solitudes,
 (Reunindo todas nossas solidões,)
 on pourrait se sentir un peu moins effrayés,

¹³ Tradução livre feita por Paula Saules.

(se poderá se sentir um pouco menos assustados,
un peu moins effrayés.
(um pouco menos assustados.)

Ecrire pour ne pas mourir,
(Escrever para não morrer.)
écrire, tendresse ou plaisir,
(escrever, ternura ou prazer.)
écrire pour tenter de dire,
(escrever para tentar dizer.)
dire tout ce que j'ai compris,
(dizer tudo isso que eu entendi.)
dire l'amour et le mépris,
(falar de amor e de desprezo.)
écrire, me sauver de l'oubli.
(escrever, me salvar do esquecimento.)

Ecrire pour tout raconter,
(Escrever para tudo contar.)
écrire au lieu de regretter,
(escrever em vez de lamentar.)
écrire et ne rien oublier,
(escrever e nada esquecer.)
et même inventer quelques rêves
(e mesmo inventar alguns sonhos)
de ceux qui empêchent qu'on crève
(daqueles que impedem que a gente se desfaça)
lorsque l'écriture, un jour, s'achève...
(quando a escrita, um dia, se finaliza...)

En m'écoutant, passant, d'une oreille distraite,
(Ao me escutar, de passagem, de uma orelha distraída,)
qu'on ait l'impression de trop me ressembler,
(que a gente tenha a impressão de muito me assemelhar.)
je voudrais que ces mots qui me sont une fête,
(eu gostaria que essas palavras as quais me são uma festa,)
on ne se dépêche pas d'aller les oublier.
(não nos apressaremos em esquecê-las.)

Et que vous soyez critiques ou plein de bienveillance,
(E que você seja crítico ou cheio de boa vontade,)
je ne recherche pas toujours ce qui vous plaît.
(eu nem sempre procuro aquilo que vos agrada.)
Quand je soigne mes mots, c'est à moi que je pense.
(Quando eu cuido de minhas palavras, é a mim que eu penso.)
Je me regardais sans honte et sans regrets,
(Eu me olhava sem vergonha e sem pesar.)
sans honte et sans regrets.
(sem vergonha e sem pesar.)

Ecrire pour ne pas mourir,
(Escrever para não morrer.)
écrire, grimacer, sourire,
(escrever, fazer caretas, sorrir.)
écrire et ne pas me dédire,
(escrever e não me desdizer.)
écrire ce que je n'ai su faire,
(escrever o que eu não soube fazer.)
dire pour ne pas me défaire,
(dizer para não me desfazer.)
écrire, habiller ma colère.
(escrever, vestir minha raiva.)
Ecrire pour être égoïste,
(Escrever para ser egoísta.)

écrire ce qui me résiste,
(escrever isso que resiste em mim.)
écrire et ne pas vivre triste
(escrever e não viver triste)
et me dissoudre dans les mots
(e me dissolver nas palavras)
qui soient ma joie et mon repos.
(que são minha alegria e meu repouso.)
Ecrire et ne pas me foutre à l'eau.
(Escrever e não me largar.)

Et me dissoudre dans les mots
(E me dissolver nas palavras)
qui soient ma joie et mon repos.
(que são minha alegria e meu repouso.)
Ecrire et pas me foutre à l'eau.
(Escrever e não me largar.)

Ecrire pour ne pas mourir,
(Escrever para não morrer.)
pour ne pas mourir.
(para não morrer.)
(SYLVESTRE, 2015)

EQUIPE DE APOIO - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BADDELEY, A. *Memoria humana: teoría y práctica*. Madri: McGrall Hill, 1998.

BAKHTIN, M. *Problemas da poética de Dostoiévski*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

BARROS, R. B. Entrada 3: Dicotomias ou a lógica do terceiro excluído/o plano de consistência ou a lógica do terceiro incluído. In: *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina, p. 179-236, 2007a.

BARROS, R. B. Entrada 5: Entrada Grupal: uma escolha ético-estético-política. In: *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: Sulina, p.313-324, 2007b.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 561-571, 2005.

_____; _____. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. *Pistas do Método da Cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2010, p. 17-31.

BELLI, R. Influences of misleading postevents information: misinformation interference and acceptance. *Journal of Experimental Psychology: General*, 118, v. 1, p. 72-85, 1989.

BEST, J. B. *Cognitive Psychology*. Los Angeles: West Publishing Company, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde - Pacto pela Saúde – Política Nacional de Atenção Básica. Volume 4, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, G. W. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. Campinas: Unicamp, 1997.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. 2ª edição. São Paulo: Hucitec; 2005.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

CANADA. Regroupement des Ressources Alternatives en Sante Metale du Quebec. *Gestion autonome de la médication de l'âme: mon guide personnel*. Québec: RRASMQ, 2002.

_____. Regroupement des Ressources Alternatives en Sante Metale du Quebec. *Le manifeste du RRASMQ*. Québec: RRASMQ, 2009. Disponível em: <http://www.rrasmq.com/publications/Manifeste_reedition2009.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2011.

_____. Regroupement des Ressources Alternatives en Sante Metale du Quebec. *Repères: pour une gestion autonome de la médication en santé mentale: guide d'accompagnement*. Montréal: RRASMQ, 2006.

CONTI, J. *Margens entre pesquisar e acompanhar: O que fazemos existir com as histórias que contamos?* Dissertação de Mestrado. Niterói: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, ano 2015.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. *Mil Platôs*. Rio de Janeiro: Editora 34, vol. 1, p.11-38, 1995a.

_____; _____. Postulados da lingüística. *Mil Platôs*. Rio de Janeiro: Editora 34, vol. 2, p.11-59, 1995b.

DESPRET, V. The body we care for: Figures of anthropo- zoo-genesis. *Body & Society*, 10(2-3), p. 111-134, 2004.

EIRADO, A. et al. Estratégias de pesquisa no estudo da cognição: o caso das falsas lembranças. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, v. 22, n.1, p. 84-94, 2010.

EIRADO, A. et al. Memória e alteridade: o problema das falsas lembranças. *Mnemosine*, Rio de Janeiro, v.2, p. 75-86, 2006.

EIRADO, A.; PASSOS, E. A noção de autonomia e a dimensão do virtual. *Psicologia Em Estudos*, n. 9, v. 1, p. 77-85, 2004.

FONSECA, T. M.; KIRST, P. G. *Cartografias e Devires: a construção do presente*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. Tradução de Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. Rio de Janeiro: Nau, 2002.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

KASTRP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E. *Políticas da cognição*. Porto alegre: Sulina, 2008.

KINOSHITA, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

LOFTUS, E.; HOFFMAN, H. G. Misinformation and memory: the creation of new memories. *Journal of Experimental Psychology: General*, 118, v. 1, p. 100-104, 1989.

LOFTUS, E.; KETCHAN, K. *The myth of repressed memory*. New York: St. Martin's Griffin, 1994.

MACERATA, I; SOARES, JGN; RAMOS, JFC. Support as care for existential territory: Primary Care and the street. *Interface*. Botucatu: 18 Supl 1:919-30, 2014.

_____. Traços de uma clínica de território: Intervenção clínico-política na Atenção Básica com a rua. Tese de Doutorado. Niterói: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, ano 2015.

MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento*. Campinas: Editorial Psy, 1995.

MELO, J. et al. Acesso e compartilhamento da experiência na gestão autônoma da medicação: o manejo cogestivo. *Caderno HumanizaSUS*, Saúde Mental, v. 5. 2015.

MERHY, E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da ida. In: CECÍLIO, L. C. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MIDDLETON, D.; BROWN, S. D. A psicologia social da experiência – a relevância da memória. *Pro-Posições*, v. 17, n. 2, p. 71-97, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Apoio integrado à gestão descentralizada do SUS: estratégia para a qualificação da gestão descentralizada*. Brasília (DF): MS; 2004.

_____. *Diretrizes do Apoio Integrado para Qualificação da Gestão e da Atenção No SUS*. Brasília (DF): MS; 2012.

NEATH, Y. *Human memory: An introduction to research, data and theory*. New York: Brooks/Cole Publishing Company, 1998.

OLIVEIRA, G. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [tese]*. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2011.

PASCHE, D. Contribuições da Humanização da saúde para o fortalecimento da atenção básica. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. *Cadernos HumanizaSUS*, Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2010.

PASCHE, D.; PASSOS, E. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, Porto Alegre, v. 1, p. 92-100, 2008.

PASSOS, E. *Memorial para Defesa de Professor Titular*. Niterói, 2015. Memorial (Professor Titular) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.

_____; _____; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 4541-4548, 2011.

_____; BENEVIDES DE BARROS, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

_____; EIRADO, A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 109-130.

_____; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PESSOA, F. *Poesia completa de Álvaro de Campos*. ed. Teresa Rita Lopes. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

RODRIGUEZ, L.; POIREL, M. L. Émergence d'espaces de parole et d'action autour de l'utilisation de psychotropes: la gestion autonome des médicaments de l'âme. *Revue Nouvelles pratiques sociales*, Québec, v. 19, n. 2, p. 111-127, 2007.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília (DF): MS; 2008.

STERN, D. *O mundo interpessoal do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SYLVESTRE, A. *Ecrire pour ne pas mourir*. Disponível em: <http://www.paroles.net/anne-sylvestre/paroles-ecrire-pour-ne-pas-mourir>. Acesso em: 14 agosto 2015.

VARELA, F. *Conhecer: as ciências cognitivas tendências e perspectivas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1988.

_____. The reenchantment of the concrete. *Revista Zone*, n. 6, p. 320-338, 1992.

_____. *Sobre a competência ética*. Lisboa: Edições 70, 1995.

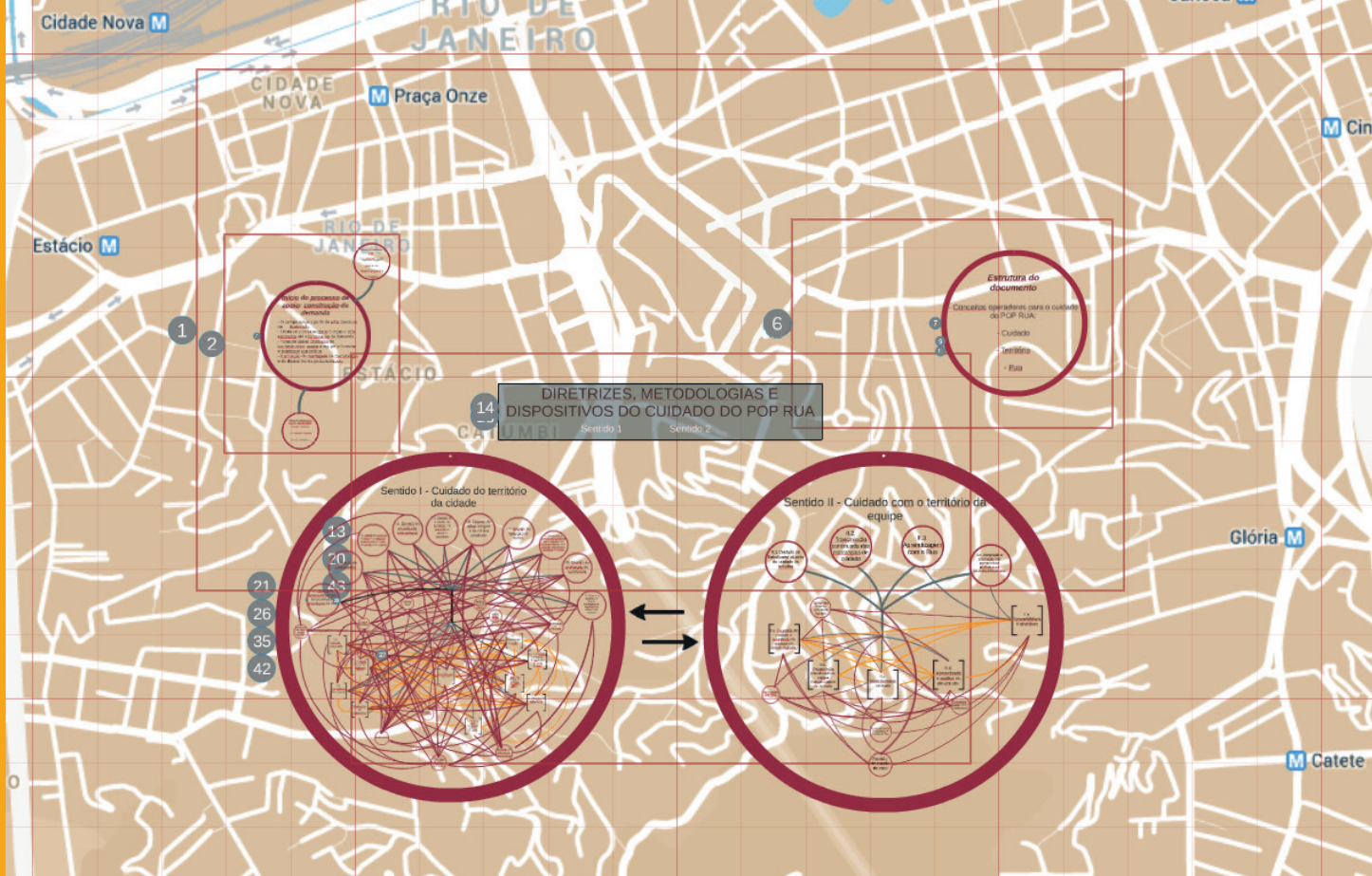
_____.; THOMPSON, E.; ROSCH, E. *A mente incorporada: ciências cognitivas e experiência humana*. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

VENTURA, D. Fix. Editorial. *Psicol. USP*, São Paulo , v. 17, n. 4, p. 13-14, 2006 .
Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000400001&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Aug. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642006000400001>.

VERMERSCH, P. *L'entretien d'explicitation*. Issy-les-Moulineaux: ESF Éditeur, 1994.

PREMIAÇÃO - APÊNDICE

1 - DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO NO POP RUA



DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO NO POP RUA

(EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA RUA/RIO DE JANEIRO - CENTRO)

Autoria

Equipe Pop Rua 2012/2013 & Grupo de Pesquisa
“Enativos: conhecimento e cuidado” (Coordenação
Eduardo Passos)- Universidade Federal Fluminense -
Programa de Pós Graduação em Psicologia

Junho de 2014



Apoio:



 **creative
commons**



ÍNDICE

APRESENTAÇÃO 05

O QUE É O POP RUA 08

I. DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO COM O TERRITÓRIO DA CIDADE: O CUIDADO DA EQUIPE COM O USUÁRIO DO SERVIÇO, COM O TERRITÓRIO DA RUA, COM AS REDES INSTITUCIONAIS E NÃO INSTITUCIONAIS. 12

II. DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO COM O TERRITÓRIO DA EQUIPE: O CUIDADO DA EQUIPE COM SEU PRÓPRIO TRABALHO. 29

ANEXOS 36

APRESENTAÇÃO

Este documento é resultado de uma pesquisa-intervenção participativa junto à equipe do Consultório na Rua Rio de Janeiro/Centro, também conhecida e doravante aqui chamada de “POP RUA”.

A pesquisa proposta junto à equipe objetivou constituir uma parceria entre o grupo de pesquisa “Enativos: conhecimento e cuidado” do Programa de Pós Graduação em Psicologia, da Universidade Federal Fluminense e equipe do POP RUA¹, tendo dois focos orientadores mutuamente implicados: (i) constituir-se como uma pesquisa acerca do cuidado realizado pela equipe; (ii) constituir-se como uma intervenção de apoio institucional ao POP RUA. Um dos resultados deste trabalho de pesquisa e intervenção é o presente documento que sistematiza diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado da equipe do POP RUA. Tal formulação está assentada na experiência de mais de três anos de atividade da equipe, e consiste em indicação direcionais, metodológicas e desenhos de arranjos concretos que remetem a esta prática em específico, não se propondo como norma técnica, modelo ou cartilha. Mas sim se afirma como o que pode ser formulado a partir de uma experiência bem sucedida de cuidado em atenção básica junto a população em situação de rua.

A pesquisa realizada junto ao POP RUA foi uma pesquisa-intervenção participativa de perspectiva cartográfica. Nesta metodologia é sempre **com** a experiência que a pesquisa visa intervir e produzir conhecimento: ao investigar, investiga-se com a experiência do campo pesquisado (participantes da pesquisa) e investiga-se com a experiência no campo (pesquisadores). A “pesquisa com” contrasta com a “pesquisa sobre”. Sendo um processo de cultivo e colheita de informações, a pesquisa-intervenção participativa entende que os dados produzidos advêm de um processo de coautoria na produção do conhecimento, colocando lado a lado pesquisadores e participantes da pesquisa. Os dados são cultivados e colhidos com a participação dos diferentes grupos de interesse, de tal maneira que não se supõe a separação entre quem pesquisa e quem/o

1. Os nomes e funções de todos participantes/autores deste material encontram-se no anexo I deste documento.

que é pesquisado: ambos se constituem no próprio processo de investigação. A pesquisa intervém na realidade investigada uma vez que promove o reposicionamento dos sujeitos representantes do campo estudado. A pesquisa participativa torna os participantes atores do processo de produção de conhecimento: pesquisadores-universitários ao lado de pesquisadores-trabalhadores. A pesquisa realiza uma colheita de dados porque cultiva o campo, transformando-o no ato de pesquisar.

O processo de pesquisa desenhado entre o grupo Enativos e a equipe POP RUA teve por objeto a clínica realizada pelos trabalhadores do POP RUA, e objetivava buscar subsídios para a construção, sistematização e enunciação de **diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado do POP RUA**.

Todo o desenho da pesquisa no campo foi feito em diálogo com a equipe, fazendo parte do processo de apoio institucional. Primeiramente foi realizado um levantamento de necessidades: os pesquisadores foram ao campo, apresentaram o interesse em pesquisar o cuidado realizado pela equipe junto aos seus usuários e territórios. Ao mesmo tempo foi colocada a intenção de que o processo de pesquisa não se constituísse somente como coleta de dados, mas que o processo pudesse trazer contribuições para o trabalho da equipe. De modo que foi ofertada uma intervenção de apoio institucional para trabalhar temas que a equipe entendesse como relevantes para seu trabalho, e que precisassem ser desenvolvidos. A partir do levantamento de necessidades se construiu uma demanda de apoio institucional. Esta etapa constitui em dois encontros com a gerência da equipe e mais dois encontros com todos os trabalhadores.

A partir da demanda construída a temática do apoio pactuada foi a produção de conhecimento em saúde: a pesquisa se constituiria em um processo de apoio institucional que visava apoiar a equipe a produzir conhecimento sobre sua prática. Quer dizer, se realizaria uma análise da prática concreta da equipe, e a partir desta análise se formularia e enunciaria diretrizes metodologias e dispositivos que a equipe operava, mas que contudo não estavam formulados, enunciados e sistematizados. Neste sentido, a demanda dos pesquisadores também era atendida: cultivar e colher dados para pesquisar a clínica realizada pela equipe do POP RUA.

Para executar esta direção de pesquisa/apoio foi construído um dispositivo de produção de conhecimento, sistematização e avaliação da prática do POP RUA que ganhou a denominação de **Grupo de Intervenção com Trabalhadores (GIT)**. O GIT foi um dispositivo que reuniu três funções: pesquisar, intervir/apoiar e registrar o produto deste processo.

O GIT ocorreu quinzenalmente, de abril de 2013 a março de 2014. Cada encontro tinha cerca de duas horas de duração. O grupo era composto por cerca de 12² profissionais do POP RUA, das mais variadas funções (agente social de saúde (ASS), enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social, odontólogo, residente de saúde da família), e mais 3 pesquisadores da

2.

Inicialmente o grupo era composto por 12 profissionais. Contudo durante todo o período, passaram pelo grupo 19 profissionais. Tiveram regularidade no grupo 12 profissionais, mais uma residente.

UFF. Em cada encontro, o grupo discutia sua prática a partir de um enunciado disparador. Tais enunciados advinham de um documento produzido anteriormente por duas trabalhadoras da equipe, que sistematizava 16 objetivos do trabalho do POP RUA³. A partir da leitura de um destes enunciados em cada encontro, o grupo discutia livremente. A função dos pesquisadores no grupo era de manejo cogestivo da discussão, uma espécie de facilitação do processo de discussão, de modo que pudesse ser evidenciadas as estratégias de cuidado da equipe a partir de sua experiência, e ainda enunciado o que esta experiência ensinava: além do que a equipe fazia concretamente, também o que ela muitas vezes não conseguia realizar, mas achava necessário fazer para que o cuidado se efetivasse. Quer dizer, a prática era enunciada e se realizava uma análise crítica com a experiência concreta.

Depois de cada encontro do GIT, os pesquisadores construíam **memórias** que expressavam o conteúdo e o processo de discussão do grupo. A cada seis encontros do GIT era construída uma **narrativa**, que sintetizava e sistematizava as memórias dos encontros anteriores, o conteúdo e o processo de discussão dos encontros anteriores. O texto da narrativa sistematizava a discussão a partir da distinção entre o que seria diretriz, metodologia e dispositivo do trabalho. Esta sistematização era apresentada em um encontro chamado **grupo narrativo**. No grupo narrativo objetivava-se fazer coletivamente alterações no texto sistematizado pela pesquisa, validando o conteúdo e a forma de expressar o que fora discutido. Esse procedimento de validação visava ampliar a abertura comunicacional e a polifonia da análise realizada pela pesquisa, afirmando-se a diferença entre os grupos de interesse envolvidos: os trabalhadores do POP RUA e pesquisadores da UFF. De modo que se chegava a acordos e pactuações acerca dos temas discutidos referentes ao cuidado prático da equipe, bem como a forma de enuncia-los. Ao final de cada grupo narrativo se constituía outra memória acerca do encontro, e se alterava o conteúdo do texto das narrativas, conforme a discussão apontava em cada grupo narrativo.

Ao final deste processo, com base no material das memórias, narrativas e grupos narrativos, formularam-se e sistematizaram-se diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado do POP RUA. Assim, o documento que apresentamos é o resultado de um processo de produção de conhecimento em saúde realizado pelos pesquisadores e conjunto com a equipe do POP RUA sobre sua prática, sendo os trabalhadores que participaram do processo e os pesquisadores os autores deste documento.

3.

Inicialmente o grupo era composto por 12 profissionais. Contudo durante todo o período, passaram pelo grupo 19 profissionais. Tiveram regularidade no grupo 12 profissionais, mais uma residente.

O QUE É O POP RUA

POP RUA é o nome como é conhecida a equipe de Consultório na Rua do Centro da cidade do Rio de Janeiro. O serviço, começou a funcionar em 2010, sob o nome de “Saúde em Movimento nas Ruas”, projeto que reunia em um único dispositivo dois tipos de serviço: a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o projeto Consultório de Rua. A equipe que iniciou o trabalho tinha os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar administrativo, agentes comunitários de saúde, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, musicoterapeuta e gerente técnico. Na época do seu surgimento a proposta de equipes de Consultório na Rua (eCR) ainda não existia. O POP RUA foi um dos serviços tomados como modelo e que contribuíram para a construção da proposta das eCR.

O POP RUA surge com a função de promover acesso à saúde à população em situação de rua na região central da cidade do Rio de Janeiro: o distrito sanitário com mais equipamentos de saúde, mas que, contudo, não promovia o acesso à saúde de pessoas em situação de rua. Com este serviço, visava-se associar a lógica territorial e de acompanhamento longitudinal da ESF à lógica itinerante do projeto do Consultório de Rua, ampliando a capacidade de oferta e resolução das questões de saúde para os usuários do serviço. Na sua trajetória, o POP RUA ampliou seu conceito de situação de rua, definindo como seu público alvo toda pessoa que mantém uma relação muito próxima com o território da rua, e que por este tipo de relação tem dificuldades em acessar os serviços de saúde: moradores de rua, crianças e jovens em situação de rua, famílias residentes de ocupações, profissionais do sexo, trabalhadores de rua, andarilhos.

O POP RUA funciona atualmente das 9h às 22h, de segunda à sexta, estando sediado no Centro Municipal de Saúde Oswaldo Cruz. A equipe conta com os seguintes profissionais: 4 Agentes Sociais de Saúde, 2 médicos, 2 psicólogos, 2 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem, 1 auxiliar administrativo, 2 assistentes sociais, 1 odontóloga, 1 auxiliar de consultório odontológico.

Definições iniciais

Cuidado: Cuidado para o POP RUA não se restringe à ação de um agente cuidador: ele é uma relação de cuidado, uma articulação entre sujeitos e territórios. O cuidado é construído no plano relacional do território. O profissional do POP RUA é um cuidador, mas a efetivação do cuidado não depende somente das ações do profissional, e sim do que se constrói entre profissional/usuário/território: o cuidado é mais que um procedimento ou uma ação deliberada do profissional, ele se parece mais com uma rede de relações que se constrói no território de vida do usuário. O cuidado é sempre uma relação de corresponsabilidade, onde o cuidador tem a função de propositor, facilitador, condutor.

Nesta relação o cuidador constrói um posicionamento ético, político e desejante: ele tem uma posição de respeito às formas de vida do território, responsabilidade em seu cuidado, sabendo que sua postura tem um caráter político, que visa alterar os modos de relação na cidade, sendo também a afirmação de uma posição desejante. O trabalhador tem um compromisso ético e político, e uma implicação desejante na produção do cuidado. Tal posicionamento está presente em todos os lugares e relações nos quais o profissional do POP RUA atua: a relação de cuidado é construída entre trabalhador e usuário, mas também trabalhador e território, redes de saúde, redes intersetoriais. No limite, o cuidado do POP RUA é com a cidade: território que envolve usuário, rua, redes, trabalhadores, população em geral. O cuidado com o usuário e com o território é inseparável do cuidado com as redes de saúde, com a população que habita, trabalha ou passa pelas ruas. De modo que para cuidar de seu usuário alvo, o POP RUA cuida das relações onde está inserido este usuário, mediando essas relações para que as condições do cuidado se produzam: intervindo nas relações entre usuários e atores do território (comerciantes, policiais, outros moradores de rua, etc.), usuários e serviços de saúde e outras políticas públicas: buscando criar espaços de diálogo e negociação, buscando construir relações de cooperação e apoio.

A prática do cuidado do POP RUA se organiza a partir das relações que compõem determinado território da urbe. Contudo, se o cuidado do POP RUA se faz em relação a tudo que lhe é externo, ele também deve fazer-se internamente: o cuidado do usuário e do território também é inseparável do cuidado de si mesmo, quer dizer, cuidado da equipe pela própria equipe.

O caráter político da ação do POP RUA tem como principal objetivo produzir acesso de seu público à saúde. O POP RUA intervém clínico-politicamente pela inclusão no SUS das formas de vida da rua. Esta intervenção vai além do campo da saúde, se fazendo como uma intervenção na cidade, nas suas dinâmicas de exclusão. O cuidado é uma intervenção política no território, intervenção nas suas relações, se inserindo na luta por garantia de direitos e transformação das práticas sociais.

O posicionamento do profissional do POP RUA depende de vários elementos: presença, atenção, acolhimento, engajamento. O cuidado se faz por um estar ao lado do usuário, uma construção que leva em conta o usuário e suas condições concretas de vida. O cuidador propõe direções de cuidado a partir desta postura na relação com o usuário e seu território.

O cuidado do POP RUA é movido mais por princípios e diretrizes do que pelo alcance de metas - entendidas aqui como metas quantitativas, mas também como lugares preestabelecidos a se chegar. Assim, embora reconheçamos a importância de metas e indicadores como componentes na organização do trabalho, o cuidado do POP RUA não é organizado por lugares predefinidos a se chegar: o usuário não “tem que ser” desta ou daquela maneira, ter este ou aquele hábito.

O POP RUA, sendo um serviço específico para a promoção do acesso à população em situação de rua, trabalha para sua própria dissolução: temos como horizonte do trabalho a dissolução de serviços especializados para população de rua. Não porque se suponha que em algum dia não haverá população de rua,

mas porque se entende que a atuação do POP RUA deve ir no sentido de interferir no SUS de modo a fazer com que qualquer serviço de atenção básica e de outros níveis de atenção possa atender resolutivamente a população de rua. Para operar esse sentido, o POP RUA visa intervir nas redes de saúde e redes urbanas de modo a apoiar estes espaços a incluir e a cuidar das pessoas em situação de rua.

Território

Mais do que uma delimitação espacial, é sempre um território de vida, que tem dimensão objetiva, mas também dimensão subjetiva. Quer dizer, ele é definido a partir de certos limites territoriais, é composto por atores e instituições variadas, mas também pelas relações que se estabelecem entre eles. O território é fundamental ao cuidado, pois não é só meio físico ou geográfico, mas o plano onde se produz e se desenvolve a vida dos sujeitos e coletivos, não sendo mais possível separar uma vida do território onde ela se desenvolve. Serviço, usuário e território se coproduzem em um plano de coexistência. Tendo o território uma dimensão subjetiva, ele é sempre coletivo e singular, isto é, o território é apropriado e produzido pelas diferentes perspectivas que nele coexistem,. Não há um único sentido nem uma perspectiva verdadeira do território, mas há versões que coexistem, que se coproduzem, que convivem.

O território para o POP RUA é um espaço relacional, isto é, espaço produzido pelas relações que nele se estabelecem: as amizades, as parcerias, as inimizades, as relações de violência, exclusão, as relações de ajuda e cooperação. Composto por todos os atores que por ele passam (os moradores de rua, a polícia, os traficantes, as instituições religiosas, os comerciantes, os transeuntes, os agentes públicos, os pesquisadores), e ainda por coisas e lugares que o compõe (bueiros, esconderijos, calçadas, estabelecimentos) e pelas ações nele realizadas (morar, perambular, dormir, comer) o território não tem uma imagem estática, pois é feito de muitas imagens em movimento, em várias dimensões.

O POP RUA é mais um ator no território da rua; ator que não detém nenhuma verdade final sobre esta, mas é uma perspectiva a mais. Perspectiva que não se pretende superior a nenhuma outra, mas que tem o sentido de buscar construir relações de cuidado, inclusão e promoção de direitos humanos.

Rua

O território alvo e é a base para a construção da estratégia POP RUA. Entende-se que não existe um conceito fechado de rua, mas vários: uma rua para cada morador de rua; uma rua para cada profissional do POP RUA. A rua é resultado das várias versões a ela dadas pelos seus diversos atores. O que define versão é justamente o fato de ela estar sempre sendo revista, refeita, de acordo com o momento e com as relações de pontos de vista.

Viver na rua não é sinônimo de doença física, subjetiva ou social. A vida na/da rua é uma forma legítima de vida na cidade, quer dizer, ela existe pelas próprias dinâmicas da cidade, e não por defeito ou culpa do indivíduo que nela se encontra. As pessoas que vivem nelas têm problemas de saúde como todas as outras, sendo estes problemas específicos relacionados ao seu território de vida.

As formas de vida na rua expressam modos de vida muito diferentes dos padrões considerados normais no universo urbano. O POP RUA não entende esta diferença como doença. Cuidar sem querer eliminar a diferença, pode fazer com que se criem outros modos de habitar e viver a cidade, e para o SUS, outras tecnologias de cuidado.

A rua se apresenta como expressão radical da alteridade na cidade. Essa expressão tem por efeito colocar em xeque os saberes e conceitos instituídos, produzindo zonas de “não saber”. Este efeito se apresenta, por

exemplo, nas demandas muito complexas de saúde: enfermidades que aparecem entrelaçadas (tuberculose, HIV, transtornos mentais, abuso de drogas) produzidas em um contexto de extrema vulnerabilidade social. Estas complexidades convocam a todo o momento um olhar integral à saúde. Além disso, a rua convoca a adaptação do serviço à sua dinâmica: a rua possui outras dinâmicas temporais, de relações familiares, relações com o trabalho, com a moradia, etc. Contudo, a necessidade de um olhar integral à saúde e a necessidade de considerar as singularidades da rua não são exclusividades da atenção básica à população de rua: todo território de vida é específico, todo olhar de saúde na atenção básica precisa ser integral. A diferença é que a rua deixa isso muito evidente. No limite, as realidades concretas não podem ser encaixadas em padrões e modelos gerais. Esse limite é muito evidente no trabalho com a rua.

Para o POP RUA, o espaço da rua é onde o cuidado é possível: para atender a pessoa na rua e atender a pessoa em situação de rua não é necessário retirá-la da rua. A rua é também um setting. Mas, para tanto, a vida na rua deve ser atendida em suas necessidades e condições concretas, sem que as ações sejam balizadas a partir de um modelo de vida supostamente correto ou ideal. Não cabe aos serviços de saúde decidir se é certo ou errado morar na rua: as pessoas podem estar na rua e terem acesso à saúde.

Não se faz apologia à situação de rua, tampouco à saída da rua. O POP RUA é um dos muitos dispositivos que buscam garantir direitos básicos. Garantir um direito não é impor uma forma de vida. Esta é a função de um serviço público: oferecer acesso a direitos, e não impor modos de vida.

O POP RUA legitima a rua e constrói o cuidado a partir dela, buscando entendê-la, habitá-la, constituindo-se como mais um ator da rua. Para isso é preciso “contaminar-se” com a rua – e não temer o contágio –, incorporar parte de seu funcionamento, direcionando-o ao cuidado. É preciso manejar com a lógica da rua, e usá-la a serviço do cuidado.

Diretrizes, metodologias e dispositivos do Cuidado

Após as definições iniciais de cuidado e território, e do território específico com o qual este cuidado age, parte-se para as diretrizes, metodologias e dispositivos elencados como operadores do cuidado com o território.

Antes de mais nada, é preciso definir o que se está chamando de diretrizes, metodologias e dispositivos. **Diretriz** é o que dá a direção do trabalho em consonância com os princípios do SUS. **Método** é o “como fazer” ou a maneira de operar a direção. **Dispositivo** é um arranjo possível no qual diretriz e método se atualizam concretamente. Ferramentas técnicas.

No processo de formulação do cuidado do POP RUA, entendeu-se que este cuidado tem duas direções inseparáveis: (I) para os usuários, territórios, redes – o território da cidade; (II) para o próprio trabalho do POP RUA, os processos de trabalho da equipe. Assim, dividiram-se as diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado do POP RUA em dois grandes grupos:

I - Cuidado com o território da cidade: os usuários, territórios de vida e redes institucionais e não institucionais.

II - Cuidado com o território da equipe: cuidado com o processo de trabalho e com os trabalhadores.

Os dois grupos de diretrizes, metodologias e dispositivos do cuidado são inseparáveis, estão mutuamente implicados. Como ficará evidente ao longo do documento, em cada grupo, as diretrizes também estão mutuamente implicadas entre si, não podendo ser pensadas separadas umas das outras. Tais implicações se evidenciam nos dispositivos.

I. DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO COM O TERRITÓRIO DA CIDADE: O CUIDADO DA EQUIPE COM O USUÁRIO DO SERVIÇO, COM O TERRITÓRIO DA RUA, COM AS REDES INSTITUCIONAIS E NÃO INSTITUCIONAIS.

I.1 - Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida:

É diretriz do cuidado acompanhar o usuário ao longo do tempo e através dos territórios que ele passa e habita. O acompanhamento longitudinal tem um sentido temporal e espacial: ele habita o território e ajuda a traçá-lo na direção do cuidado. A longitudinalidade não está garantida somente pelo acompanhamento ao longo do tempo, mas também pela capacidade da equipe de acompanhar o usuário nos variados espaços pelos quais ele transita. Cada espaço diferente impõe uma temporalidade: a temporalidade da rua é diferente da temporalidade de uma internação hospitalar, de um abrigo, de uma casa, uma comunidade, etc. Acompanhar longitudinalmente é estar junto ao usuário nos espaços onde se define uma demanda de cuidado.

Este acompanhamento só pode ser feito em uma perspectiva de ampliação da clínica, isto é, o caso acompanhado não se restringe a uma doença específica: o que se acompanha não é uma enfermidade, mas um sujeito e suas relações no território de vida. O acompanhamento longitudinal difere do atendimento pontual e utilitarista que foca o procedimento e a doença. Deste modo está implicado nesta diretriz um olhar integral acerca das questões de saúde do usuário e seu território: questões físicas, psíquicas, emocionais, sociais, territoriais.

O POP RUA trabalha na lógica de continuidade do cuidado. Muitas vezes ele é demandado por outros equipamentos (da saúde ou de outras políticas públicas) para, por exemplo, fazer avaliações para internação por uso de drogas ou um exame pontual. Neste caso, ele busca uma articulação com este outro serviço de modo a construir um fluxo que, caso o POP RUA possa ajudar, estabeleça um cuidado longitudinal junto ao usuário. O que o POP RUA pode oferecer é a continuidade do cuidado. Para isso é preciso construir fluxos com outros serviços de modo a garantir que esta lógica seja preservada.

I.2 - Diretriz do acolhimento

Direção de acolher o usuário nas suas condições de vida concretas, não tendo nenhum tipo de exigência preestabelecida para seu atendimento. O acolhimento é uma diretriz do cuidado que consiste em uma atitude presente em todas as ações da equipe: atitude de respeito, receptividade e acolhimento das condições e modos de vida do usuário. O acolhimento neste caso é irrestrito, ele não faz seleção do que acolhe. Para acolher é necessário sair dos clichês sociais e técnicos que se impõem ao profissional de saúde, no que diz respeito à situação de rua. Isso se faz através de uma vivência e da produção de conhecimento através do território.

I.3 - Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade

Incluir a rua nos espaços instituídos do SUS e da cidade é uma direção do cuidado do POP RUA. Esta inclusão visa que a rede de saúde e a cidade possam conviver e respeitar as pessoas que vivem nas ruas, garantindo seu acesso aos serviços de saúde e adaptando os fluxos da rede às necessidades da rua.

Se a atuação do POP rua tem como direção primeiramente incluir a rua no SUS, esta inclusão não se restringe ao sistema de saúde, mas se estende a outras políticas públicas e diversos espaços da cidade. Neste sentido, o POP RUA auxilia no diálogo entre a rua e os espaços institucionais da cidade, incentivando que os moradores de rua usem os espaços públicos, facilitando a relação com a população em geral, mostrando que existem outras formas de ver e habitar a cidade. Incluir a rua nos equipamentos da rede de saúde não significa aumentar o trabalho dos equipamentos, mas apoiá-los no atendimento ao usuário. Ajudar a rede a atender a população de rua e não transferir responsabilidade para a rede.

I.4 - Diretriz da articulação intersetorial

O diálogo intersetorial é fundamental ao cuidado do POP RUA. Ao buscar um olhar integral da saúde de seu usuário, o POP RUA entende a necessidade de outras políticas públicas que garantam acesso a direitos fundamentais: assistência social, educação, trabalho e renda, etc. Nesse sentido, é necessário garantir um tempo do trabalho para articulação e construção de fluxos com outras políticas públicas.

I.5 - Diretriz do cuidado do território, no território e para o território

A relação com o território da rua é o primeiro recurso do serviço para construir sua prática de cuidado. O território é ao mesmo tempo o local onde se realiza o cuidado e o objeto do cuidado, como território de vida. Não é possível cuidar do indivíduo de forma isolada de suas relações territoriais, de sua relação com seu meio. Desta forma o cuidado é construído para o território, de acordo com ele. Cuida-se do território como um todo através da construção de relações de cuidado com as pessoas, atores e instituições de forma ampliada. É preciso cuidar de todos que no território da rua demandem cuidado. Se o POP RUA exclui alguma pessoa ou grupo em seu território, todo seu trabalho tende a enfraquecer, já que o cuidado de uma pessoa no território é inseparável do cuidado de outra, todos os atores no território estão em relação de coprodução. O que se constrói são espaços de cuidado democráticos, de acesso universal. O POP RUA busca construir espaços de diálogo com os diferentes atores do território, tendo como foco a saúde do usuário. Na medida em que o POP RUA ocupa o território ele o transforma, criando outras versões do território, outros possíveis: por exemplo, o morador de um domicílio antes hostil, pode ter uma relação mais amigável e cooperativa, o que transforma sutilmente o ambiente relacional.

É importante que o serviço se insira na rede da rua, constituindo-se como mais um recurso no território de vida da população de rua. Quem mora na rua conhece os recursos existentes em seu território: onde conseguir trabalho, comida e água, onde dormir. A proposta do POP RUA é inserir-se na rua de modo que a população de rua possa tê-lo como mais um recurso.

A vivência e o conhecimento do território possibilita a saída dos clichês em relação à população de rua. É preciso limpar os preconceitos (sociais e técnicos) do olhar do profissional de saúde para poder cuidar.

O cuidado no/do/para o território comporta um duplo movimento: produzir conhecimento acerca do território e agir nele, através dele. O que a equipe produz nos territórios, nos territórios permanecem, por mais que mudem os usuários que neles habitam, como marca do trabalho de cuidado: o comércio, a polícia, as outras instituições de saúde já comportam um olhar menos distanciado aos usuários que vivem nas ruas em geral.

I.6 - Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada

O foco do cuidado do POP RUA é nos processos de vida do usuário, e não em enfermidades. É diretriz do cuidado o olhar integral acerca das questões de saúde e, conseqüentemente, a ampliação da clínica. O profissional acolhe as demandas de saúde expressa em doenças e queixas, mas busca integrá-las e ampliar seu olhar e sua intervenção, inserindo as queixas em um contexto maior: os processos de vida no território. É preciso que o profissional escute as questões, a história de vida, a relação do usuário com a rua, para além do adoecimento. A escuta da rua e o saber aí construído impulsionam a constante ampliação do olhar e do cuidado do POP RUA. Cuidar de forma integral é considerar e manejar com as diversas dimensões da vida do usuário. A construção de um olhar integral e a ampliação da clínica têm dois principais desafios: a inseparabilidade entre saúde física e saúde mental e a inclusão do território nas análises do caso e na intervenção. A ampliação da clínica se faz, portanto, pela atenção ao território e pela conexão entre os diferentes olhares da equipe, e a inclusão nas análises das diferentes perspectivas e fatores que constituem o território.

A perspectiva da saúde mental no serviço reforça a importância da dimensão subjetiva do cuidado na Atenção Básica. A saúde mental pode questionar os procedimentos unicamente técnicos e introduzir a escuta ao desejo do usuário, criando um diálogo com a perspectiva biológica. Há uma diversidade de olhares no serviço que é preciso conjugar, para que não se tornem olhares separados em especialidades.

Considerando corpo, subjetividade e território como dimensões inseparáveis da saúde, o cuidado é construído sempre de forma singular: a avaliação e a intervenção são feitas caso a caso. O caso é a situação singular de uma pessoa em determinado território e em determinado momento.

A integralidade do olhar e a ampliação da clínica são diretrizes do cuidado que nunca se concretizam definitivamente. Não se supõe que será chegado o momento em que se dê conta de toda complexidade de uma vida. É em uma mistura e contaminação entre as diversas perspectivas profissionais da equipe e entre equipe de saúde e território que o olhar acerca das questões de saúde se integraliza e a clínica se amplia.

I.7 - Diretriz da Redução de Danos

A redução de danos (RD) é não só um dispositivo, mas, sobretudo, um paradigma do cuidado. A RD foca o sujeito e seus processos de vida e não a substância psicoativa de que se faz uso ou abuso. O uso de drogas pode ser ou não um problema de saúde. O POP RUA entende que a droga tem um lugar e um funcionamento específico para cada sujeito. Estando ou não sob o efeito de substância psicoativa (SPA), o usuário do serviço é um sujeito com direito ao acesso à saúde. O uso de SPA é tratado como mais uma questão de saúde, com suas especificidades. O tratamento do abuso de drogas é construído também caso a caso e nas condições concretas de vida do usuário, entendendo o lugar da droga para cada pessoa e a cada momento.

O que a diretriz de Redução de Danos traz para o cuidado é a inclusão da experiência do usuário com a droga para a pauta do tratamento. De forma que, ao criar estratégias de cuidado, se levará em consideração a relação singular que determinado usuário ou grupo mantém com determinada substância.

I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde

O cuidado é construído a partir da singularidade das necessidades de saúde do território. Os conceitos de doença e saúde são definidos para cada território de vida em específico: é necessário que lidemos com os conceitos de doença usados pelos usuários em seus territórios, que podem ser diferentes dos padrões gerais. O que classificamos por doença pode não corresponder com o que os usuários definem como doenças para eles.

A atenção, a prevenção e a promoção de saúde são construídas a partir das singularidades do território e em conjunto com o usuário. O POP RUA entende ainda que as ações de prevenção e promoção da saúde estão entrelaçadas, em meio aos atendimentos, à atenção: no mesmo momento de realizar a atenção já está ali incluído um sentido de prevenção e promoção. O território da rua não permite que as três dimensões do cuidado sejam tomadas como modelos a serem aplicados. Tratar, promover saúde e prevenir doenças são práticas que se definem a partir da experiência das pessoas atendidas. Neste sentido, a construção destas três dimensões do cuidado deve ser feita em conjunto com o usuário, não tendo uma forma preestabelecida. O cuidado é feito a partir das condições do território e é construído na articulação entre as ofertas da equipe e as possibilidades e desejos de cada paciente. É sempre a partir do possível para cada usuário e da singularidade de cada território que o cuidado será construído.

I.9 - Diretriz da Promoção de autonomia

Promoção de autonomia no POP RUA não é baseada no ideal de um indivíduo totalmente independente, mas sim na possibilidade do usuário aumentar sua capacidade de relação na cidade, de conhecer e ocupar outros espaços, aumentar sua capacidade de diálogo com a cidade, e da cidade para com ele. Nesse sentido, autonomia é sempre coletiva, sempre se mede pela capacidade do indivíduo estabelecer relações.

Se o cuidado tem como norte a autonomia, o usuário pode escolher não se tratar. Mas essa escolha deve implicar um processo de negociação, é uma construção envolvendo o território. É preciso criar condições para que o usuário possa escolher se quer se tratar ou não, que tipo de tratamento quer fazer. O grau de autonomia que um sujeito experimenta na relação com seu território de vida é variável. Alguns usuários vão precisar mais ou menos da equipe para se cuidar. O grau de autonomia é singular a cada

situação, pessoa e momento. Se a situação de saúde do usuário for extrema, o cuidado pode conter uma ação de tutela do usuário, quando ele está sem condições mínimas de decidir cuidar de si. Tutelar é uma atitude deliberada quando o profissional e a equipe assumem a responsabilidade que o usuário no momento não tem condições de fazê-lo. As ações de tutela não se sustentam como cuidado se não estiverem baseadas no vínculo, na negociação com o território e na compreensão de que são deliberações pontuais. Quando a tutela se institucionaliza se torna nefasta para as relações de cuidado, cristalizando práticas assistencialistas e até higienistas. Ela não pode ser uma diretriz de ação. Ela só faz sentido como ação pontual inserida em um processo de promoção de autonomia, sendo sustentada em uma avaliação criteriosa e em um conhecimento do caso. Neste sentido, a internação – a ação de cuidado com menor grau de autonomia do usuário - deve ser o último recurso, em situação de saúde extrema, inserida em um processo maior de cuidado.

I.10 - Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado

O POP RUA conecta lógicas e espaços diferentes: a dinâmica da rua (temporalidade, códigos, etc) e a dinâmica dos serviços de saúde; arranjos de cuidado da ESF e dos dispositivos da saúde mental. Para incluir a rua e para ampliar a clínica é necessário que o serviço, através do manejo com as demandas do território, possa articular diferentes perspectivas subjetivas e funcionamentos institucionais. A lógica da equipe de saúde e a lógica da rua devem poder entrar em sintonia através da dimensão subjetiva que conecta as diferentes instituições em relação. A subjetividade é uma dimensão de saúde presente em toda e qualquer ação de Atenção Básica. Manejar com o desejo do usuário no tratamento é uma tarefa de toda e qualquer clínica, não sendo uma especialidade da saúde mental.

Metodologias das diretrizes do cuidado da equipe com o território da cidade

I.a - Acompanhamento longitudinal

O POP RUA acompanha, ao longo do tempo, o território do usuário: onde ele vive, e também os locais por onde ele passa. A longitudinalidade se dá então em relação ao tempo e também ao espaço. Ela não significa uma forma preestabelecida de periodicidade: encontro diário ou semanal. A periodicidade dos atendimentos é definida caso a caso, a cada momento. Em um caso a periodicidade é semanal, e em outro pode ser mensal ou semestral. Atendimentos pontuais podem fazer parte do acompanhamento longitudinal, mas este vai além de ações pontuais. Acompanhar longitudinalmente significa acompanhar o usuário com continuidade temporal e através de seu trajeto na cidade: seja na rua, seja em atendimento em alguma instituição, seja em internação. Acompanhar longitudinalmente implica uma constante atenção e acolhimento do usuário. Essa prática produz uma ideia mais ampla da situação de vida do usuário. Mesmo depois de resolvida alguma morbidade específica, o serviço continua acompanhando o usuário, sendo referência para ele. O que define a forma de operar o método do acompanhamento longitudinal são as necessidades formuladas pelo usuário como sujeito na relação de cuidado construída junto ao serviço. O usuário é sujeito, e não objeto de cuidado, quer dizer, o POP RUA só entra nos espaços do usuário com sua permissão, e se isso for importante para o cuidado, em função da demanda construída na relação de cuidado. O método da longitudinalidade do cuidado se faz por criações de referências, no tempo e no espaço. Criam-se marcações no tempo e no espaço do usuário, que servem de pontos de apoio para o processo de cuidado. Constituir uma referência para o cuidado longitudinal não pode ser confundido com o controle de todos os aspectos da vida do usuário, nem com a vigilância ou policiamento.

Diretrizes implicadas: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência.

I.b - Escuta Ampliada

A escuta ampliada produz transformações nas queixas imediatas do usuário, do trabalhador e da sociedade, com a intenção de transformá-las em demandas. Em um primeiro momento do atendimento, a queixa é o pedido inicial do usuário, o problema manifesto, a ponta de um iceberg. Ela aparece como uma demanda pontual, que pede uma solução pontual. Por exemplo, uma dor de cabeça que pede um analgésico. É preciso acolher a queixa da maneira como ela aparece. Contudo, a equipe não pode respondê-la diretamente sem inseri-la em um processo maior de cuidado. Quando o profissional atende rápida e pontualmente a queixa, sem problematizá-la, sem procurar entender o processo de saúde que forma esta queixa, ele responde com clichês. Ampliar a escuta é desfazer os clichês da saúde, que são as respostas imediatas aos sintomas. Um exemplo disso é quando o usuário chega ao serviço pedindo abrigo, e o profissional responde diretamente procurando articular este abrigo, ou responde negativamente ao pedido entendendo que não é referente à saúde, ou seja, procede sem buscar entender melhor o lugar que um suposto abrigo teria na vida do usuário: se ele já foi abrigado

antes, como foi este abrigamento, se o usuário está em um momento propício para ir para um abrigo, etc. A queixa precisa ser problematizada, e o que permite isso é a ampliação da escuta. Essa escuta se exercita com a prática, sem que nunca se esgote, e se faz no plano relacional profissional de saúde/usuário/território. A escuta instrumentaliza o manejo. O acolhimento e o manejo com as queixas, a partir da ampliação da escuta, propiciam a construção de demandas. A demanda dá a direção do cuidado reivindicado na relação serviço/usuário/território, sendo a implicação do usuário na construção do cuidado. Só há demanda quando o usuário está implicado em seu processo de cuidado, quando está envolvido o desejo do usuário em se cuidar.

Escutar o usuário permite entender que sua questão de saúde está para além da doença específica motivadora da queixa. Identificar a demanda de cuidado exige uma escuta da integralidade do problema de saúde. A escuta especialista dá lugar a uma escuta integral que vai além da resposta a um sintoma, ampliando a visão acerca do caso. O clichê é a resposta demasiado rápida do profissional que se pretende final e definitiva, sendo, na prática, assistencialista. A ampliação da escuta implica incluir o desejo do usuário no tratamento. Isso exige que o desejo do usuário esteja implicado em um cuidado processual, que está para além dos procedimentos pontuais queixa-conduta.

Diretrizes implicadas: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I.a- Acompanhamento longitudinal; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência.

I. c - Construção e promoção de espaços de atendimento diversos

Um espaço de atendimento não é definido por sua oficialidade, institucionalidade ou permanência no tempo. O espaço de atendimento no POP RUA só existe enquanto acontece. O espaço de atendimento envolve e compromete os atores que o constituem. O espaço de atendimento é o espaço de tratamento, podendo se constituir na rua, com outros atores do território de intervenção que não somente da saúde ou das políticas públicas. Exemplo: os comerciantes de determinada área podem contribuir para o cuidado de determinado usuário, dando informações, conversando com o usuário, etc. O espaço de atendimento com o usuário pode ser formal ou informal. A equipe tem a função de construir espaços de atendimento diversos. A sede é apenas um dos espaços de atendimento do POP RUA.

Diretrizes implicadas: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I.a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

I. d - Construção de vínculo

Vínculo é a relação de confiança e compromisso entre profissionais de saúde e o usuário. O vínculo se estabelece quando a equipe ou um profissional serve de referência de cuidado para o usuário. O vínculo é um dos componentes que sustenta o processo do cuidado. O vínculo se constrói em um processo gradativo, não só na relação direta com o usuário, mas também com o território que o envolve. Ele se constitui através da presença do trabalhador no território, uma presença contínua e atenta. O vínculo tem como resultado a criação de referências para o usuário: profissional e serviço de referência. O vínculo é iniciado quando o usuário tem interesse em receber algum tipo de atenção em saúde: desde um curativo a uma simples conversa. Ele pode ser iniciado também quando o usuário conta com o serviço em uma situação iminente de morte, mesmo não tendo manifestado desejo de se tratar. Contudo, para a consolidação do vínculo é preciso que o usuário queira se cuidar, é preciso que esteja em jogo o desejo do usuário de se tratar. O desejo do usuário no cuidado vai sendo produzido no próprio processo de construção do vínculo.

Diretrizes implicadas: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. i- Criação de referência;

I. e - Promoção de autonomia

A autonomia é promovida na relação com o usuário, quando a equipe trabalha com estratégias de autocuidado, e trabalha com seu território a possibilidade do usuário se cuidar melhor. A equipe promove autonomia quando intervém junto aos atores no território do usuário: conversando com policiais, comerciantes, criando espaços de diálogo e cuidado no território. A autonomia deve ser vivida já nas práticas de cuidado, na lida com esses diferentes aspectos e variáveis envolvidas. A promoção de autonomia como uma metodologia para o cuidado é uma operação extremamente complexa, pois o desejo do paciente deve estar aí implicado. Os profissionais não obrigam ninguém a se tratar, contudo, às vezes o usuário não tem desejo nem de se tratar, nem de não se tratar. É preciso criar uma relação que promova a autonomia do usuário, para que este possa escolher um caminho. Há sempre uma tensão na relação de cuidado, especialmente no que diz respeito às doenças infecto-contagiosas, quando o usuário pode legitimamente escolher não se tratar, sabendo que esta escolha implica uma margem grande de risco para outras pessoas: por exemplo no caso da tuberculose. Na promoção de autonomia não há modelo a ser seguido. A autonomia produzida é relacional, é um norte metodológico do cuidado. Na promoção de autonomia, o profissional de saúde sempre terá que lidar com a tensão, com a complexidade de lidar com o desejo do paciente e com tratamento de uma doença onde está em jogo mais do que a saúde de um indivíduo.

Diretrizes implicadas: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

I. f - Tensionar da rede

O POP RUA é um serviço que serve de ponte entre lógicas e espaços muito diferentes como a rua e o espaço institucional dos serviços de saúde. Essa conjugação não se faz sem tensão. Assim, gerar tensão na rede é uma maneira do POP RUA incluir a rua no SUS, tanto no sentido de intencionar a criação de redes de cuidado no território, quanto de criar tensão, crise que permite a transformação. Pressionar a rede a atender a pessoa em situação de rua através da criação de vagas e da identificação das necessidades específicas da rua, da cobrança por compromisso, da criação de fluxo onde não há, a fim de fazer a rede fluir. O POP RUA não se sustenta sem uma rede eficiente para acolher a complexidade das demandas da rua. Montar um projeto terapêutico adequado ao caso, geralmente, tem o efeito de criar um espaço de cuidado para esse usuário na rede, assim como ir acompanhando o usuário por entre os pontos da rede, construindo fluxos de referência e contra referência.

Diretrizes implicadas: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

I. g - Cartografia constante do território/atuação na rua

O conhecimento do território ajuda a legitimar e acolher as queixas e, conseqüentemente, é o primeiro passo para a construção da demanda e para o desenho do cuidado. A construção deste conhecimento se dá pela cartografia, que é um método para o mapeamento do território. Cartografar é construir um mapa vivo e não estático de um território existencial ou território de vida. Na cartografia, a equipe precisa escutar o lugar do território para cada usuário, mas também incluir neste mapa suas percepções e sensações acerca do mesmo. Para entender a dimensão subjetiva do território que a cartografia proporciona, é preciso uma base vivencial com o mesmo. Quer dizer, não é possível fazer a cartografia sem habitar de alguma maneira o espaço da rua e sem estar engajado nele. No campo da saúde, a cartografia está baseada no cuidado. A cartografia é a construção de um entendimento não fechado, que acompanha a processualidade das práticas de cuidado no território.

Para esse cuidado que se faz do território e no território, é necessário à equipe uma apropriação da lógica da rua. Apropriação que é uma produção de conhecimento do/no/com o território. A cartografia que a equipe realiza consiste em criar uma imagem do território advinda de uma vivência nele, e de uma apreensão do lugar que a rua tem para o usuário.

Se a cartografia só se faz sustentada no cuidado e a partir de uma experiência no território, é necessário “desbravar” o território, experimentá-lo, fazer nele uma experimentação e tomá-lo como meio de uma experimentação. A atuação na rua é a base para a cartografia, e sendo o ASS (Agente Social de Saúde) o profissional que está mais cotidianamente na rua, ele tem uma função-chave para o trabalho. O ASS

cria uma sensibilidade ao território que permite diferenciar as situações que lá ocorrem. Ele desdobra o território, complexificando-o, descobrindo histórias, meandros, detalhes fundamentais. Além de uma imagem do território, o ASS constrói um manejo com a rua, um know how de rua, que é uma leitura e um modo de intervir construídos a partir da experiência de presença constante e de cuidado no território.

Nesta relação com a rua, o profissional de saúde aprende a habitar o território. Nesta apropriação da rua, a cartografia que se constrói nunca tem uma forma final: ela é incompleta, sempre aberta. A imagem que se produz nunca é definitiva: há um espaço aberto para o não saber. O mais importante ao estar no território é perceber as articulações ali presentes, e saber como e com quem se articular. O conhecimento construído com o território depende da relação de cuidado. Não é possível construir o conhecimento do território estando distante. É preciso estar engajado na relação. Habitar, conhecer e cuidar do território são processos inseparáveis.

Estar engajado com o território é conhecer tanto as questões objetivas do território (o perfil populacional, as doenças prevalentes, a delimitação física, etc.), quanto sua dimensão subjetiva (as relações interpessoais e interinstitucionais, os sentidos singulares de cada usuário e cada trabalhador acerca do território, o “clima” de cada microárea). Em outras palavras, é preciso sentir o território, respirar seus ares. Quando o profissional está na rua, ele interpreta o território, e este é modificado pela sua presença e sua interpretação.

A cartografia é o mapeamento que o trabalhador faz do território em um determinado momento, mas que se atualiza de modo cotidiano, ou seja, é a constante atualização da imagem que cada profissional vai construindo no território, a experiência advinda da experimentação na rua.

Diretrizes implicadas: I. 1-Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3-Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

I. h - Cartografia constante do território/atuação na rua

Para direcionar e interferir na construção de políticas públicas é importante a construção de novos instrumentos e indicadores direcionados às complexidades e necessidades do usuário/território. Estes instrumentos visam aprimorar o próprio serviço. O território da rua traz a necessidade de repensar muitos aspectos da política: carteira de serviços da Atenção Básica, metas, indicadores, protocolos, etc. É necessário fazer com que os instrumentos mais duros estejam a serviço do trabalho, e não o contrário. O protocolo tem a função de ser uma baliza para as práticas em determinada questão de saúde, através de uma padronização que garanta um mínimo de qualidade na ação. Contudo, ele não pode sobrecodificar o cuidado. Deve ser entendido como um fio condutor a ser adaptado a cada realidade singular. A rua como território diferente na cidade e território novo para a saúde exige inovações nos protocolos. Ao inovar, é necessário ter embasamento claro e registrado em prontuário de como e por que determinada ação clínica teve de ser feita de maneira diferente da protocolar. Isso serve para aprimorar os indicadores e metas. A base para o bom uso dos indicadores e metas, contudo, é a relação de cuidado estabele-

cida, quer dizer, os indicadores quantitativos e os protocolos só fazem sentido se estiverem sustentados em um cuidado balizado por princípios e diretrizes adequados. Combate-se ingerências equivocadas e mitos que circundam muitas políticas para população em situação de rua. Exemplos: a retirada dos bebês de suas mães; os recolhimentos compulsórios; a exigência de documentos para marcação de exames; sistema de regulação que não acompanha as necessidades da pessoa em situação de rua, etc. Transformam-se os fluxos e ações que não atendem às necessidades concretas da população.

Diretrizes implicadas: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

I. i - Criação de referência

É metodologia do serviço criar referências. A referência tem múltiplos sentidos. Externamente, o serviço se constitui como um ponto de referência para o usuário no território da rua; por outro lado, o serviço torna-se referência para a rede no que diz respeito aos pacientes de rua; o serviço é, também, referência para a cidade no que diz respeito às pessoas que vivem nas ruas. Para a construção de projetos terapêuticos singulares, é fundamental a função de referência. Essa função define os profissionais com os quais o usuário tem vínculo, mas também e, principalmente, o profissional que assume a definição da direção do cuidado. A referência, contudo, não é única. Cada usuário tem dois ou mais profissionais de referência: ao menos um ASS, que o acompanha em seu território; e técnicos de referência.

A referência tem também sua função para a equipe: a equipe precisa saber identificar quais os profissionais que acompanham mais de perto determinado caso. Tais profissionais têm a responsabilidade de discutir o caso com a equipe e com a rede e dar subsídios para direcionar a clínica. Em cada micro território há um ASS de referência, que sabe identificar os dispositivos de cuidado (não só equipamentos de saúde) e conhece a situação de seu território. Em determinado momento, a depender da dinâmica de cada caso, um profissional de referência precisa ser apontado; em outro caso ou momento é preciso distribuir a referência, compartilhar entre outros profissionais. Entende-se que a referência não é um cargo na equipe, mas é uma função que pode circular, que pode ser distribuída em vários profissionais.

Em última instância a referência é a equipe do POP RUA, não podendo ficar definitivamente localizada em um profissional. O profissional que, em dada situação, está exercendo a função de referência reúne o conhecimento do caso, produzindo um entendimento complexo acerca do mesmo. Esta função está ligada à metodologia do vínculo. A referência conhece o usuário e serve de ponto de apoio para seus processos. Na lógica da referência, é fundamental estar atuando no território. No território da rua, o ASS é o profissional de referência por excelência. A construção da referência na relação ASS/usuário começa desde a primeira aproximação na rua. O objetivo é iniciar o processo de vínculo e referênciação, mostrando ao usuário que ali alguém se corresponsabiliza pelo cuidado, em conjunto com ele. Internamente na equipe, o ASS tem também um papel fundamental: ele será o articulador entre o espaço da rua e os espaços das instituições de saúde, e o facilitador desta relação. Mas o ASS não tem só a função de abrir caminho para o trabalho da equipe. Ele é um agente propositor de cuidado. É fundamental a

permanência do ASS no acompanhamento do caso para garantia da longitudinalidade do cuidado, já que ele vai estar cotidianamente na rua acompanhando o usuário. Ser referência não é ser tutor do usuário. A referência só se estabelece em uma relação de corresponsabilização no cuidado, entre serviço/profissionais e usuário. Ser referência exige conhecer com espessura vivencial um caso ou um território. É preciso, em meio à dinâmica intensa da rua, localizar, orientar, tanto o usuário, quanto a rede e a própria equipe. O POP RUA mantém uma posição paradoxal: ele cria um espaço de referência, sua sede, mas busca descentralizar, não fixar o usuário neste espaço, e sim fazer com que este espaço o acolha e o ajude a ocupar outros espaços.

Diretrizes implicadas: I. 1-Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3-Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território.

I. j - Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade

O POP RUA enfrenta o desafio de cuidar de modo integral sem assumir para si todas as funções do cuidado que uma vida exige: a alimentação, a renda, a moradia, o acesso a direitos são dimensões da saúde integral. Por isso a importância dos espaços de articulação intersetorial: Fórum de população de rua, reuniões com outras secretarias, espaço de luta por direitos humanos, entre outros. O POP RUA não garante todos os direitos ao seu usuário, mas promove acesso a políticas públicas, pautando os espaços institucionais da cidade no que diz respeito às necessidades encontradas em seu território.

Diretrizes implicadas: I. 1-Diretriz do acompanhamento longitudinal de processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3-Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I.4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- Diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- Diretriz de Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias implicadas: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território.

Dispositivos usados a partir das diretrizes e metodologias do cuidado da equipe com o território da cidade

Dispositivo Aproximação na rua:

A aproximação na rua é um dispositivo-chave do serviço. Ele corresponde ao que na ESF se designa de visita domiciliar. Trata-se da construção de uma relação com o usuário e de um cuidado que já se dá no território de vida. Ele se realiza através da presença, escuta e acolhimento do profissional. Na aproximação o trabalhador realiza um manejo com e na rua que requer saber a hora certa de conversar com o usuário, a hora de convidá-lo para o serviço. O manejo é um jogo no tempo: tempo do usuário, tempo do território. Quando se aproximar? O que e quando falar? Quando propor encaminhamentos? Quando fazer uma intervenção? Este dispositivo é preparado com a cartografia do território. Não se pode fazer uma aproximação do usuário sem antes ter minimamente entendido o seu território. Uma questão importante neste dispositivo da aproximação é quando o usuário está sobre o efeito de SPA ou ainda quando está experimentando transtorno mental. Nestes casos, que são muito diferentes, mas que envolvem uma alteração do estado perceptivo e afetivo, quando a pessoa pode estar violenta ou esquivar ao contato, se faz necessária a prudência. É sempre preciso verificar a possibilidade de contato. Se o usuário estiver muito alterado e, principalmente, se for um paciente com o qual não se tenha vínculo, muitas vezes é melhor aguardar, apenas se fazer presente no território disponibilizando o atendimento. Caso se perceba que é possível falar com o usuário, é preciso, de alguma forma, buscar entender e se conectar com o usuário, estabelecendo algum tipo de comunicação. É preciso manejar com o que o usuário está experimentando no momento. Há uma sensibilidade para o trabalho na rua que orienta o manejo. A aproximação tem como regra geral estar inserida em um processo maior de cuidado. Ela não tem, na maioria das vezes, valor em si, mas deve ser uma via para a construção de um processo de cuidado mais amplo. Muitas vezes, a aproximação será pontual, para intervir em uma situação em que o usuário está em risco, embora isso não se possa fazer sem observar regras de prudência.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

Dispositivo Acolhimento de porta de entrada:

Acolhimento de porta aberta na sede é importante para se criar a referência a um ponto de acesso fixo para a população. É preciso contar com um espaço reservado para conversar com o usuário, onde ele pode ter um pouco mais de privacidade para falar de suas questões de saúde. Este dispositivo exige uma ambiência de acolhimento, uma sala ou espaço onde outras pessoas não ouçam o que o usuário está falando. Acolhimento de porta de entrada não é igual ao espaço de recepção com “baias”. O Acolhimento é uma ambiência, que passa por uma disposição do espaço físico e por uma disposição do profissional a escutar.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência.

Dispositivo Sede como ambiência acessível e acolhedora - espaço de convivência:

O ambiente da sede do POP RUA deve ser um espaço acolhedor e acessível ao usuário. Busca ser um espaço de convivência entre diferentes: os profissionais de saúde e a diversidade de usuários. Promove relações de vizinhança entre os moradores de rua, os trabalhadores da saúde e a comunidade em geral. Deve atender às especificidades da população de rua sem se isolar dos outros serviços de saúde. Deve ser um espaço com recursos para lidar com as situações graves e complexas, devendo ter ainda outros recursos que facilitem o atendimento desta população: banho, espaço para oficinas coletivas, etc. Espaço que acolhe a dinâmica da rua em seus modos de viver o tempo e de habitar o espaço. Ele é um campo de negociação, de diálogo. O serviço não funciona na lógica da rua, mas tem um pouco da rua em seu espaço: um espaço híbrido, espaço de mistura. A sede do POP RUA tem importância fundamental ao constituir-se como ponto fixo para o acolhimento continuado, ponto de referência para o morador de rua, com horários regulares que atendam às necessidades do território.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I. 8- Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. i- Criação de referência;

Dispositivo Atendimento individual em saúde mental no setting do consultório:

o dispositivo da clínica individual da saúde mental no setting do consultório não só é possível, como em muitos casos, é desejável. Ele tem a adesão dos pacientes na experiência do POP RUA, bem como é um dispositivo importante para sustentar o cuidado em muitos casos. Ele cria uma referência e garante um espaço de escuta privado, o que se mostrou fundamental para muitas pessoas que não dispunham de nenhum espaço desta natureza. Ele disponibiliza outra temporalidade ao usuário, muito diferente do tempo da rua: um espaço onde podem-se expressar e destrinchar histórias de vida que não estavam podendo vir à tona, sensações e sentimentos que não podem se expressar em espaços abertos e para muitas pessoas. O atendimento individual ganha importância ao compor uma heterogeneidade de es-

paços de cuidado do POP RUA. Quando o serviço oferece atendimentos individuais em saúde mental não configura necessariamente uma lógica ambulatorial. O que configura uma lógica ambulatorial é a falta de comunicação entre as ações profissionais. Na experiência do POP RUA os atendimentos individuais na sede, no setting individual, devem estar inseridos em um projeto terapêutico mais amplo para garantir o cuidado integral e longitudinal.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. i- Criação de referência;

Dispositivo Distribuição de medicação individualizada:

Este é um dispositivo que viabiliza a oferta de medicação no próprio consultório (ao invés de somente na farmácia), onde o medicamento é ministrado em meio ao ato de atendimento. Isso permite um acompanhamento mais próximo do uso da medicação, e a possibilidade de trabalhar esse uso junto ao paciente. Esse dispositivo viabiliza que o profissional tenha maior possibilidade de acesso à experiência do usuário com a medicação, quais processos estão envolvidos no uso, bem como trabalhar melhor o lugar que a medicação tem para o usuário.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. i- Criação de referência;

Dispositivo Projeto terapêutico Singular (PTS):

É a coordenação e planejamento do tratamento e do cuidado de um usuário. No PTS o cuidado é pensado como articulação de diversos tratamentos e proposições para cada usuário em cada momento específico. As ações do PTS envolvem vários atores da equipe, da rede de saúde e até mesmo do território. Tais ações são adequadas às especificidades e necessidades de cada caso e devem ser pautadas por uma lógica sistematizada, com começo, meio e fim. Um usuário poderá, ao longo do tratamento, ter mais de um projeto terapêutico, caso este precise de adequações e reavaliações. Nesta relação entre o usuário, o serviço e o território, deve haver o consentimento entre as partes do que se espera produzir como estratégia de cuidado, um compartilhamento da experiência de cuidado.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1- Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado.

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

Dispositivo Profissionais de referência:

Profissional que será referência inicial para o usuário no cuidado, o acompanhará e assegurará a continuidade do tratamento, buscando reunir condições para construir coletivamente uma direção para o cuidado. Os profissionais de referência para um caso de usuário em situação de rua devem ser no mínimo, dois: um ASS, que acompanha o usuário cotidianamente na rua, e um técnico.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1-Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

Metodologias encarnadas no dispositivo: I.a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. i- Criação de referência.

Dispositivo Interconsulta:

Interconsulta é quando dois ou mais profissionais de formações diferentes realizam um atendimento conjunto. Ela tem a função de articular os tratamentos, implica-los mutuamente, e aumentar e distribuir a responsabilização acerca do cuidado com um usuário. Ex: enfermeiro, psicólogo e ASS de referência realizam uma consulta com um usuário para traçar estratégias do tratamento da tuberculose, onde será negociado o modo como será feito o tratamento levando em consideração as condições do usuário – se usa drogas, se está abrigado ou na rua, se há dificuldade com os efeitos da medicação, como será ministrada a medicação, etc.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1-Diretriz do acompanhamento longitudinal dos processos de vida; I. 2- Diretriz do acolhimento; I. 5- Diretriz do cuidado do território, no território e para o território; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 7- Diretriz da Redução de Danos; I.8 - Diretriz da Construção do cuidado compartilhado com o usuário e da inseparabilidade entre atenção, prevenção e promoção de saúde; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

Metodologias encarnadas no dispositivo: I.a- Acompanhamento longitudinal; I. b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. g- Cartografia constante do território/atuação na rua; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência.

Dispositivo de Apoio á equipes de Saúde no trabalho com a rua e da Assistência Social no trabalho com o cuidado em saúde:

O POP RUA por muitas vezes foi chamado por equipes de Atenção Básica para auxiliar no cuidado com um morador de rua ou de ocupações urbanas. Também foi chamado para auxiliar uma equipe hospitalar a manejar com um usuário da rua que estava em internação. E ainda, chamado por Abrigos da Assistência Social para auxiliar no manejo com situações que envolvem a tuberculose ou o HIV. Nestes casos, o POP RUA acompanhou seus usuários que estavam nestes serviços, não assumindo para si a tarefa que era de responsabilidade dos serviços, mas sim, fez reuniões, conversas, acompanhando os atendimentos das equipes, no sentido de apoiar, “fazer junto”, para criar condições para que estes equipamentos pudessem realizar o cuidado com seus usuários. Esse apoio se faz diretamente acompanhando os profissionais das equipes que solicitam auxílio, através de reuniões, discussões de casos e conversas, e não se faz tomando a responsabilidade pelo usuário do outro serviço.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1-Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

Metodologias encarnadas no dispositivo: I.b- Escuta Ampliada; I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. i- Criação de referência.

Dispositivo Distribuição de medicação individualizada:

Este é um dispositivo que viabiliza a oferta de medicação no próprio consultório (ao invés de somente na farmácia), onde o medicamento é ministrado em meio ao ato de atendimento. Isso permite um acompanhamento mais próximo do uso da medicação, e a possibilidade de trabalhar esse uso junto ao paciente. Esse dispositivo viabiliza que o profissional tenha maior possibilidade de acesso à experiência do usuário com a medicação, quais processos estão envolvidos no uso, bem como trabalhar melhor o lugar que a medicação tem para o usuário.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1- Diretriz do acolhimento; I. 3- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 9- diretriz da Promoção de autonomia; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. d- Construção de vínculo; I. e- Promoção de autonomia; I. f- Tensionar da rede; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

Dispositivo participação nos espaços de lutas por direitos humanos:

Para o POP RUA, a articulação com espaços de lutas por direitos humanos é fundamental: espaço do Fórum de População Adulta em Situação de Rua, audiências públicas, Comitê da População em Situação de Rua da Câmara de Vereadores, etc. Estes espaços ajudam a equipe a ampliar a noção de saúde, bem como trazem mais informações e elementos sobre o que acontece na rua, fortalecendo o entendimento de que no cuidado está em jogo também a luta por garantia de direitos e transformação das práticas sociais. A presença nestes espaços fortalece a continuidade do trabalho da equipe, baseado por princípios éticos e políticos. Além disso, a própria equipe de saúde traz outros elementos para estes espaços, alimentando as discussões, e possibilitando a construção de ações conjuntas.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: I. 1- Diretriz da inclusão da rua nos espaços institucionais da rede de saúde e da cidade; I. 4- Diretriz da articulação intersetorial; I. 6- Diretriz do olhar integral e da clínica ampliada; I. 10- diretriz da Conexão de lógicas heterogêneas e inclusão da dimensão subjetiva do cuidado;

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. c- Construção e promoção de espaços de atendimento diversos; I. f- Tensionar da rede; I. h- Construção de instrumentos e indicadores adequados à realidade do território; I. j- Ocupar e pautar os espaços políticos na cidade.

II. DIRETRIZES, METODOLOGIAS E DISPOSITIVOS DO CUIDADO COM O TERRITÓRIO DA EQUIPE: O CUIDADO DA EQUIPE COM SEU PRÓPRIO TRABALHO.

II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho:

É diretriz do POP RUA cuidar do profissional através do cuidado com o trabalho. Não há como cuidar do usuário sem o cuidado do profissional de saúde. Mas o que seria cuidar do profissional? Geralmente o cuidado do trabalhador se configura em espaços isolados do restante do processo de trabalho, realizado em dinâmicas que têm como objetivo a formação do trabalhador e o acolhimento de suas dificuldades e sentimentos. É preciso cuidar, no trabalho, dos sofrimentos produzidos na própria atividade profissional. Não é nítida e precisa a linha divisória entre os sofrimentos pessoais e profissionais. Os sofrimentos e dificuldades acontecem misturados às várias esferas da vida do profissional. O que deve ser cuidado no espaço de trabalho é o sofrimento que está implicado no processo de trabalho.

Sem dúvida é preciso um espaço para que sejam expressos os sofrimentos do trabalhador, mas esta expressão é somente um primeiro momento do cuidado do profissional através do trabalho. É preciso, como com o usuário, transformar a queixa do trabalhador em demanda, o que implica um reposicionamento do profissional e da própria equipe em seu processo de trabalho, e ainda, da gestão que está em relação com a prática da equipe. Quer dizer que a queixa dos trabalhadores deve se transformar em demanda para a gestão: tanto a gestão interna da equipe, quando a Gestão que gere os serviços e as redes.

O cuidado com o trabalho da equipe visa dar suporte às muitas dificuldades que a equipe enfrenta: lidar constantemente com as violências institucionais, e com as situações extremas encontradas na rua, com as precariedades do trabalho, dificuldades do processo de construção de uma prática, etc. É preciso construir esses espaços para cuidar do trabalhador que também está sendo atravessado pelos afetos que circulam no território em que intervém. O sofrimento de um profissional não deve, na grande maioria dos casos, ser tomado como um problema pessoal. Quer dizer, não se pode individualizar o problema, como se este não se constituísse em um campo problemático coletivo. A individualização do sofrimento encobre as condições do trabalho, o modo como este está sendo gerido, as próprias dificuldades no processo de trabalho e as questões políticas envolvidas neste processo. O sofrimento do trabalhador deve ser inserido no campo problemático próprio deste serviço, que trabalha em meio a muitos tipos de violência produzida na dinâmica social da cidade. O cuidado do profissional de saúde se faz tornando coletivas e políticas as dores e sofrimentos que advêm do trabalho, construindo demandas para a gestão do processo de trabalho.

II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado:

É diretriz do POP RUA transmitir e coletivizar constantemente as estratégias de cuidado, de modo a que o saber construído permaneça no serviço, mesmo que haja mudanças na equipe e/ou nas estratégias adotadas. Entende-se que o saber construído na experiência do POP RUA tem valor de uso público. O conhecimento produzido pelo POP RUA é público já que se trata de um serviço público: para o público, gratuito e de acesso universal. Isso não significa que as estratégias de cuidado construídas devam se manter, mas que possam servir de referência para sua continuidade ou para sua transformação.

II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua:

Para construir o trabalho da equipe é necessário aprender com a rua. A rua é força motriz que constrói o trabalho em saúde para o território. Trabalhar com a rua necessariamente transforma o olhar do trabalhador, tirando-o do lugar do senso comum sobre a rua. Lidar com a rua é lidar com aquilo que desvia, que surpreende. O trabalhador aprende não somente os códigos da rua, as informações, mas, de certa forma, incorpora sua dinâmica: imprevisibilidade, rapidez, conjunção de fatores ou multideterminação dos eventos da rua; dinâmica que conecta muitos elementos, formando figuras heterogêneas, híbridas. O trabalhador é obrigado a lidar com situações novas para ele, devendo estar atento às várias possibilidades que caracterizam a situação de rua. Deve conhecer os diferentes e divergentes atores que compõem a rua: ficar atento ao bueiro na rua, ao trânsito e ao perigo de ser atropelado, à violência policial, ao preconceito social com os setores à margem da sociedade. Ele deve estar conectado e atento às diferentes demandas e às dificuldades e impossibilidades imposta pela rua. O aprendizado com a rua é o que impulsiona a ampliação dos olhares e perspectivas profissionais.

II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade):

É diretriz do trabalho da equipe sobre si mesma a integração e ampliação dos olhares, a articulação entre as perspectivas profissionais na equipe. O POP RUA é uma equipe com várias saberes profissionais (multidisciplinar), que se organiza de forma interdisciplinar e busca realizar ações transdisciplinares. As ações transdisciplinares são o resultado da integração e ampliação das perspectivas profissionais da equipe.

Sua direção é a construção de uma perspectiva coletiva generalista. Uma perspectiva generalista não apaga as especificidades dos saberes da equipe, mas busca conjurar o especialismo - entendido como perspectiva que não favorece o diálogo com outros saberes. É preciso acabar com o especialismo, o que é diferente de recusar a especificidade de cada perspectiva/saber profissional. O profissional não deve atuar como especialista que só olha através de seu campo do saber. Ele deve procurar manter uma abertura a outras interpretações, outras perspectivas, o que permite a transformação de sua própria perspectiva. O ASS é a função no serviço que tem maior potência para a perspectiva generalista, pois ele não está amarrado a nenhum saber específico. O ASS, não sendo especialista em nenhum domínio do saber, pode trazer com mais força as demandas complexas da rua. Ele é matriciado por todos os saberes específicos presentes na equipe e ensina os técnicos acerca das singularidades do território da rua. O ASS não tem só a função de trazer o usuário para serviço, mas também de cuidar do usuário na rua. A perspectiva do ASS é menos exposta aos limites da atuação técnico-científica, sendo mais transdisciplinar, pois circula constantemente por todas as esferas do serviço, da rede e do território, produzindo relações de cuidado com o usuário, lidando com a imprevisibilidade que toda situação nova traz. Deste modo, a perspectiva que o ASS constrói na rua é vital para a integração das perspectivas na equipe.

O POP RUA não é um serviço de Atenção Básica com atendimentos em saúde mental, mas um serviço de Atenção Básica modificado por uma lógica da saúde mental. A saúde mental é uma perspectiva que deve permear todos os atendimentos, as práticas de qualquer profissional da equipe. A perspectiva do cuidado no POP RUA está sempre em ampliação, em direção à integralidade. A ampliação do olhar nunca é definitiva e está relacionada à produção de conhecimento e à intervenção sobre a realidade. A troca de saberes deve estar atrelada a necessidades concretas impostas pela complexidade dos casos.

Metodologias do cuidado com o território da equipe

II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho:

Para a ampliação da clínica e para a transmissão contínua do conhecimento do trabalho é fundamental que a gestão da clínica seja feita de forma coletiva, com espaços coletivos de cuidado do trabalho. É preciso criar espaços de troca entre os saberes. O espaço da sede ajuda a organizar o trabalho da equipe, torná-lo mais integrado e integral. O trabalho conjunto dos profissionais amplia a visão acerca do próprio serviço, permitindo que cada trabalhador saiba como funciona o serviço como um todo, conhecendo os fluxos internos e com a rede, e a função de cada um. Tais espaços se dão através de dispositivos coletivos de trabalho, instituídos pela equipe, e de trocas cotidianas, nos atendimentos ou conversas informais. O trabalho coletivo é um método de ampliação da clínica do POP RUA. O cuidado na Atenção Básica deve ser coletivo, envolvendo as mais diferentes perspectivas na clínica. A clínica é uma tarefa coletiva no POP RUA. Criar espaços coletivos, construir o trabalho de forma coletiva é uma via para o cuidado: sair do sofrimento como um problema individual para ligá-lo à política de saúde e à cidade.

O cuidado do trabalhador se faz pela construção e utilização de espaços coletivos de gestão da clínica e de análise do trabalho da equipe. Nestes espaços, cuida-se do trabalhador despersonalizando e coletivizando os problemas do trabalho. O cuidado do profissional de saúde se faz tornando coletivas e políticas as dores e sofrimentos que advêm do trabalho, construindo demandas para a gestão do processo de trabalho.

A construção do saber acerca do trabalho está ligada a saúde do trabalhador: é produzindo sentido para o trabalho, através da produção de conhecimento sobre sua prática, que o profissional pode ter uma relação mais saudável com este trabalho.

Coletiviza-se o saber dos trabalhadores através do compartilhamento nos dispositivos de reunião de equipe, discussão de caso, etc. É fundamental consolidar os saberes sistematizados através de relatórios, documentos técnicos, etc., o que permite que as construções permaneçam no serviço, para além das pessoas.

Diretrizes implicadas: II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias implicadas: II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado:

A interdisciplinaridade é definida por arranjos no processo de trabalho que articulam as diversas funções na equipe, e que visam à construção de uma coesão entre as ações da equipe. Os arranjos interdisciplinares têm uma distribuição clara do que cada um deve fazer. Isso pressupõe um alto nível de comunicação e troca na equipe. É necessário que todos tenham noção do processo geral da equipe, de como se organiza a instituição e as etapas do processo de trabalho. Não se trata de todos fazerem tudo, e sim todos se sentirem corresponsáveis. A chave para isso é a comunicação adequada, clara e que integra todas as funções da equipe. Esta comunicação é mantida e aprimorada tanto no trabalho diário, quanto nas reuniões de equipe, de estudo de casos e em supervisões.

Na interdisciplinaridade não se perde a função da referência. Não é possível ao profissional dominar todos os saberes, mas as ações da equipe podem estar integradas apesar dos lugares definidos. Um arranjo interdisciplinar é um ponto de convergência dos vários atos profissionais. Este tipo de arranjo não prescinde de uma coordenação, mesmo que esse papel circule na equipe e nos casos. Nos arranjos interdisciplinares (interconsulta, reunião de equipe, discussão de caso) os saberes conversam e partilham a experiência do cuidado, embora tenham seus lugares fixos e definidos.

Contudo, na prática, os saberes interferem uns nos outros, e fazem variar os limites entre eles. Esse tipo de comunicação entre os saberes chamamos de transdisciplinar: os saberes se interferem de modo a que o olhar e a intervenção do médico, por exemplo, já não sejam mais os mesmos depois de afetados pela perspectiva e intervenção do ASS. As ações transdisciplinares tornam difusa a fronteira entre os saberes. Esta prática diz respeito à troca de experiência na equipe onde. Quando um trabalhador se deixa tocar pela perspectiva do outro, faz variar sua própria perspectiva e ação para além do saber de sua competência. O que se torna transdisciplinar são as ações da equipe na relação com o usuário, e não os profissionais. A ação é transdisciplinar quando deixa de ser propriedade de um agente.

Diretrizes implicadas: II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão contínua das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias implicadas: II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

II. c - Matriciamento cruzado:

Matriciamento cruzado é a troca entre as perspectivas profissionais da equipe. É a troca entre saberes em via de mão dupla: não é a transmissão de um saber superior ou especialista, mas é o compartilhamento quando um profissional conversa e atua junto ao outro e ambos aprendem um com o outro. É um compartilhamento de responsabilidade e de saberes diferentes. O que se produz no matriciamento cruzado é uma prática e uma perspectiva híbrida. O matriciamento cruzado não é garantido por nenhum dispositivo específico. Ele se faz a partir da disponibilidade, da convivência e do trabalho conjunto entre diferentes perspectivas profissionais. É preciso criar um espaço de troca, que pode se dar informalmente ou de modo instituído. Os dispositivos coletivos de trabalho ajudam a fomentar esse matriciamento, criando condições para ele. Estes dispositivos são arranjos e processos coletivos que impedem que os atendimentos fiquem isolados em ilhas de especialismo.

Diretrizes implicadas: II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão contínua das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias implicadas: II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

II. d- Aprendizado e análise em ato:

O aprendizado acerca do trabalho, do manejo com a rua, da integração dos olhares se faz no dia-a-dia, a partir da prática de se aproximar dos casos. É sempre um aprendizado que se faz em ato, na experimentação. A experimentação é fundamental para o aprendizado. Contudo, este aprendizado em ato deve ser elaborado, refinado em espaços coletivos que realizem análises e reflexões da prática. Para ampliar a clínica, transversalizar os saberes e conhecer é necessário produzir análise com a experiência vivida – isto é, analiso a experiência na medida em que analiso com a experiência. A análise se faz no ato de experimentar, acolhendo a experiência mais do que a julgando a partir de categorias de certo ou errado. A análise em ato é a análise dos efeitos das práticas, do que efetivamente se produziu em determinada experiência. Para fazer a análise da prática é preciso incluir a experiência, estar ao lado da experiência buscando entender como ela se produziu.

Diretrizes implicadas: II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias implicadas: II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. e- Disponibilidade à alteridade.

Dispositivos do cuidado com o território da equipe

Acompanhamento do processo de trabalho de rua:

Neste dispositivo se acompanha e se analisa o trabalho no território da rua. Isso é feito através do levantamento de informações e estatísticas do cuidado, da organização estratégica da equipe no território, bem como da análise da dinâmica do território, por exemplo, se em tal área há um esvaziamento de usuários, identificar os componentes do território e analisar suas dinâmicas relacionais. Esse espaço de encontro pode ser feito através da reunião dos ASS que trabalham em uma microárea de cobertura da equipe. Neste espaço, constrói-se a cartografia da microárea, levantam-se os casos que precisam de maior atenção, acompanham-se a relação dos profissionais com o trabalho da rua, as dificuldades, as possibilidades de criação de novas estratégias.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias encarnadas no dispositivo: II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

Espaços de planejamento, acompanhamento e avaliação - Reunião de equipe:

Encontros direcionados a entender as complexidades e necessidades do usuário/território e que visam aprimorar constantemente o próprio serviço. A intenção é tornar o serviço sensível às diversidades e complexidades dos usuários, desde a porta de entrada até o atendimento. Seu objetivo é criar possibilidades de atuação a partir do que nos trás o usuário, e não apenas por uma ação protocolar, produzindo, a partir do acompanhamento e das avaliações, indicadores que permitam o serviço repensar suas práticas. Deste encontro participam todos os profissionais da equipe, bem como dele podem participar atores da gestão que visem dialogar com a equipe. O espaço da reunião deve ser garantido semanalmente, com ou sem a presença da gerência do serviço.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias encarnadas no dispositivo: II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

Supervisão/apoio clínico institucional:

Trata-se do espaço co-ordenado por um agente externo ao serviço, onde se discute casos clínicos e a gestão da clínica no serviço. O olhar de um agente externo auxilia na análise e na desnaturalização das práticas de cuidado, e funciona como suporte à equipe, como mais um espaço de cuidado com o trabalho.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: II.1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias encarnadas no dispositivo: II. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

Seminários internos/grupo de estudos:

Espaços para produzir conhecimento a partir da experiência prática do trabalho e para a transmissão do conhecimento através do estudo e discussão de temas mais amplos relacionados ao cuidado que a equipe realiza.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: .1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

Reunião de estudo de caso:

Espaço de estudo de caso para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), por exemplo, quando um caso é pautado na reunião de equipe ou na supervisão de área, e os profissionais envolvidos se reúnem, juntamente com outros profissionais pertinentes ao caso, para construção do PTS.

Diretrizes encarnadas no dispositivo: .1 - Diretriz do cuidado do trabalhador através do cuidado do trabalho; II. 2- Diretriz da transmissão continuada das estratégias de cuidado; II. 3- Diretriz da aprendizagem com a rua; II. 4- Diretriz da integração e ampliação das perspectivas profissionais (transdisciplinaridade).

Metodologias encarnadas no dispositivo: I. a- Cogestão do cuidado e construção de espaços de cuidado do trabalho; II. b - Organização interdisciplinar, prática transdisciplinar de cuidado; II. c- Matriciamento cruzado; II. d- Aprendizado e análise do ato em ato; II. e- Disponibilidade à alteridade.

ANEXOS

Anexo I – Os participantes/autores do documento:

1 - Grupo de pesquisa “Enativos: conhecimento e cuidado”, Programa de Pós Graduação Universidade Federal Fluminense.

Coordenação: Prof. Dr. Eduardo Passos.

Pesquisadores de Campo: Iacã Macerata – doutorando; José Guilherme Soares – mestrando; André Miranda – bolsista iniciação científica.

Grupo de Pesquisa: prof. Dr. Christian Sade- Pesquisador; Thaís Melo - bolsista iniciação científica; Lorena Guerini- mestranda; Beatriz Prata- mestranda; Jorge Mello- doutorando; Letícia Renault- doutoranda; Julia Ramos – psicóloga, mestre em psicologia.

2- Profissionais do POP RUA autores/participantes da pesquisa:

Agentes Sociais de Saúde: Ana Maria Galdeano, Kelly Victor, Rosália Silva, Fabio “Mosca” Campos, Cléo Moraes.

Médicos: Lúcia Dantas, Gervásio D. Araújo.

Enfermeiros: Luciana Marins, Sebastião Carlos.

Assistentes Sociais: Gizzely Ilha, Aline Guedes.

Psicólogas(os): Clarice Boechat, Daniel Elia, Julio Nicodemos, Claudia de Paula.

Gerente Técnica: Laila Louzada.

Residente: Polyana Esteves.

Anexo II – Enunciados disparadores dos GIT`s:

Objetivos produzidos anteriormente pela psicóloga Claudia de Paula com o apoio da gerente Laila Louzada, ano de 2011.

- I.** Estabelecer uma cartografia própria referente a pesquisa do perfil de população de rua. E, a partir desta cartografia considerar o território de vida e não o território de moradia físico como referência.
- II.** Organizar os três campos de atuação da equipe (assistência, prevenção de agravos, promoção da saúde) levando em consideração a dinâmica encontrada no território. A demanda historicamente reprimida, a gravidade dos casos com morbidades cruzadas, a inexistência de equipamentos especializados (CAPS, UPA) e a dificuldade de acesso à rede determinaram a priorização das ações assistenciais no primeiro momento.
- III.** Instrumentalizar a abordagem às queixas de Rua, intencionando transformá-las em demandas.
- IV.** Ser Referência em convergência para o território de vida e não o território físico, sustentando o direcionamento das demandas em oposição à fragmentação típica que a Rua produz.
- V.** Configurar espaço de tratamento diversos (Rua, sede, rede) que respeitem a especificidade da questão a ser tratada/ a singularidade de cada demanda.
- VI.** Apostar na construção do vínculo (na autonomia e desejo de cada sujeito tratar-se) e não na tutela social e na tutela de sentidos.
- VII.** Implantar lógica de referência na abordagem/ acompanhamento longitudinal dos casos com demanda para saúde mental, visando permitir ao sujeito, apesar da circulação própria e específica do mesmo, ter seu tratamento localizado e assegurado em continuidade.
- VIII.** Implementar uma abordagem às questões relacionadas ao uso abusivo de álcool e drogas, referida pela diretriz da redução de danos que, desconstrua o foco voltado para a substância e progressivamente o redirija para a história de vida do sujeito.
- IX.** Estimular a corresponsabilização interdisciplinar e multiprofissional em equipe, visando produzir uma dinâmica de acompanhamento a partir da construção de casos.
- X.** Estabelecer ferramentas que permitam classificar os casos graves, a fim de priorizar atendimentos e fluxos de atenção.
- XI.** Empenhar-se no cuidado ao sujeito, percebendo-o como o mesmo acompanhado pelos serviços da SMAS, sendo portanto fundamental a integração dos cuidados e atuação corresponsável.
- XII.** Considerar a Rua como ferramenta de apostas clínicas.
- XIII.** Não vincular o olhar do cuidado à perspectiva da doença, estimulando o enfermeiro a assumir o papel de articulador dos fluxos de atenção.
- XIV.** Estimular a superação das lógicas convencionais de atenção à saúde, fragmentadas em ações programáticas.
- XV.** Sistematizar continuamente estratégias oriundas da prática em metodologias de trabalho.
- XVI.** Problematizar a prática visando extrair elementos referenciais que subsidiem a educação permanente da equipe e a atuação na micropolítica do território.