

UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

STELA MARI DOS SANTOS

Cartografando de cenas de cuidado de quem vive nas ruas em sofrimento mental: da repetição à diferença

Londrina
2026

STELA MARI DOS SANTOS

Cartografando cenas de cuidado de quem vive nas ruas em sofrimento mental: da repetição à diferença

Dissertação apresentada para a qualificação ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina - UEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maira Sayuri Sakay Bortoletto
Coorientador: Prof. Dr. Luiz Gustavo Duarte

Lodrina
2026

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

S237c Santos, Stela Mari dos.
Cartografando cenas de cuidado de quem vive nas ruas em sofrimento mental : da repetição à diferença / Stela Mari dos Santos. - Londrina, 2026.
63 f. : il.

Orientador: Maira Sayuri Sakay Bortoletto.
Coorientador: Duarte, Luiz Gustavo.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2026.
Inclui bibliografia.

1. População em situação de rua - Teses. 2. Saúde mental - Teses. 3. Biopoder - Teses. 4. Biopolítica - Teses. I. Bortoletto, Maira Sayuri Sakay. II. Duarte, Luiz Gustavo. III. Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 614

STELA MARI DOS SANTOS

BANCA EXAMINADORA

_____
Profª Dra. Maira Sayuri Sakay Bortoletto
Universidade Estadual de Londrina - UEL

_____
Dra. Flavia Maria Araújo
Secretaria Municipal de Saúde de Cambé

_____
Prof. Dra Rossana Staevie Baduy
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 6 de outubro de 2026.

RESUMO

SANTOS, Stela Mari dos. **Cartografando cenas de cuidado de quem vive nas ruas em sofrimento mental:** da repetição à diferença. 2026. 64p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2026.

O cuidado em saúde mental ainda é atravessado por práticas de exclusão e normalização, marcadas por uma longa história de enclausuramento da loucura. A organização hospitalar moderna, construída pela lógica do poder e do saber médico, historicamente compreendeu alguns corpos — como o dos pobres e dos ditos loucos — como ameaças à ordem social, submetendo-os a estratégias de isolamento, disciplina e controle. Ainda que movimentos de ruptura como a reforma psiquiátrica e experiências antimanicomiais tenham buscado reinventar o cuidado e promover práticas comunitárias e de base territorial, persiste uma lógica manicomial nos modos de tratar o sofrimento psíquico, especialmente quando se trata de pessoas que vivem nas ruas. Essa população, marcada pela desigualdade e exclusão, é frequentemente alvo de intervenções violentas, evidenciando os efeitos de uma sociedade que opera sob uma lógica higienista. Ainda assim, a vida preserva uma "força-invenção" capaz de produzir brechas e rupturas nessa lógica social, produzindo novos processos de subjetivação e apostando em outros modos de viver e existir no mundo. Enquanto serviços de saúde, os profissionais oscilam entre práticas que capturam as existências na busca da adequação à lógica do controle e disciplina dos corpos e práticas que apostam na potência de todas as existências e no cuidado nas brechas. As práticas, encontros, relações e vivências que transitam no espaço das brechas e quais rotas de fuga são ali inventadas compõem a aposta de estudo deste trabalho. Este estudo foi construído a partir da vivência da pesquisadora no Consultório na Rua (CnaR) do município de Londrina, Paraná, com o objetivo de cartografar os processos na produção do cuidado em saúde mental efetuados pelo Consultório na rua junto às pessoas em situação de rua, compreendendo os campos de forças envolvidos nessa produção e vivenciando cenas de cuidado e práticas de produção de vida junto às pessoas em sofrimento mental acompanhadas pela equipe do Consultório na Rua. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujo o método escolhido foi a cartografia, que busca compreender as afetações, deslocamentos e linhas de fuga que atravessam

esses encontros. A cartografia é aqui compreendida como método e também como modo de estar no mundo. A cartografia é aqui também um gesto político e ético, que convoca a pesquisadora à implicação com o campo, subvertendo a lógica da neutralidade da pesquisa tradicional. O campo foi acompanhado a partir da inserção da pesquisadora no cotidiano do serviço e nos territórios percorridos pela equipe. Foram utilizados como dispositivos o diário cartográfico, o acompanhamento de usuários-cidadãos-guia, o mapeamento dos campos de forças e o processamento coletivo das experiências produzidas no campo. As cenas cartografadas foram tomadas como analisadoras das relações, disputas e modos de produção do cuidado em saúde mental. Ficou explícito no caminhar cartográfico que o cuidado em saúde mental se constitui em meio a permanentes disputas. Na Ação Intersetorial, tornaram-se visíveis forças que buscavam proteger e cuidar, mas que também produziam controle e interdição sobre determinados modos de viver, tendo a internação psiquiátrica como uma das principais respostas diante da fragilidade das ofertas territoriais. A trajetória de Gerânio revelou, por outro lado, uma rede viva de cuidado constituída para além dos serviços formais, envolvendo familiares, vizinhos, comerciantes e trabalhadores que sustentavam cotidianamente sua existência no território, ao mesmo tempo em que sua internação explicitou as tensões entre autonomia, proteção e cuidado em liberdade. Na Mansão, espaço ocupado por pessoas em situação de rua e marcado pelo uso de substâncias, a violência e a repressão coexistiam com relações de solidariedade, compartilhamento, redução de danos e produção de cuidado. As cenas mostraram que o CnaR também é atravessado por essas forças, podendo ser capturado por práticas instituídas, mas produzindo brechas por meio do vínculo, da escuta, da redução de danos e do reconhecimento dos modos singulares de existência. Acompanhá-las permitiu encontrar, para além das vulnerabilidades, práticas cotidianas pelas quais a vida se reorganiza, constroi redes e inventa maneiras de continuar acontecendo. Cartografar essas experiências possibilitou compreender que o cuidado em saúde mental com pessoas em situação de rua não está dado previamente, mas é produzido nos encontros, nas relações e nas disputas que atravessam os territórios. Nesse percurso, a pesquisadora também foi atravessada pelos encontros e pelas histórias acompanhadas, revendo certezas e colocando em questão suas próprias compreensões sobre autonomia, proteção, internação e cuidado. As cenas

vivenciadas reforçam a importância de redes que estejam próximas dos territórios e de práticas que consigam reconhecer não apenas as necessidades, mas também os desejos, vínculos, escolhas e modos de viver das pessoas nas ruas. Produzir cuidado em liberdade passa, assim, por estar disponível ao encontro e construir caminhos junto com os usuários, reconhecendo que, mesmo em contextos marcados por vulnerabilidades e diferentes formas de violência, existem relações, afetos e movimentos que sustentam a vida e abrem outras possibilidades de cuidado.

Palavras-chave: população em situação de rua; saúde mental; biopoder; biopolítica.

ABSTRACT

SANTOS, Stela Mari dos. **Cartographing scenes of care for people experiencing homelessness and mental distress: from repetition to difference**. 2026. 64 p. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – Health Sciences Center, State University of Londrina, Londrina, 2026.

Mental health care continues to be permeated by practices of exclusion and normalization, shaped by a long history of confining those considered mentally ill. The modern hospital system, structured according to the logic of medical power and knowledge, has historically regarded certain bodies — such as those of the poor and those labeled as mad — as threats to social order, subjecting them to strategies of isolation, discipline, and control. Although movements seeking to break with this model, such as psychiatric reform and anti-asylum initiatives, have attempted to reinvent care and promote community-based and territorially grounded practices, an asylum-based logic persists in approaches to psychological distress, particularly among people experiencing homelessness. This population, marked by inequality and exclusion, is frequently subjected to violent interventions, revealing the effects of a society operating under a social cleansing logic. Nevertheless, life retains an "inventive force" capable of creating openings and ruptures within this social logic, generating new processes of subjectivation and affirming alternative ways of living and existing in the world. Within health services, professionals oscillate between practices that capture forms of existence in an attempt to conform them to the logic of bodily control and discipline, and practices that recognize the potential of all forms of existence and seek to provide care within the openings of established structures. The practices, encounters, relationships, and experiences that emerge within these openings, as well as the lines of flight invented therein, constitute the central focus of this study. This research emerged from the researcher's experience within the Street Outreach Clinic (Consultório na Rua – CnaR) in Londrina, Paraná, Brazil, and aimed to understand how mental health care practices are constituted with people experiencing homelessness, analyzing the fields of forces involved in their production and mapping scenes of care and practices that sustain and produce life among people experiencing mental distress who were followed by the Street Outreach Clinic team. This qualitative

study adopted cartography as its methodological approach, seeking to understand the affective encounters, shifts, and lines of flight that traverse these experiences. Cartography is understood here both as a research method and as a way of being in the world. It is also conceived as a political and ethical gesture that calls upon the researcher to become implicated in the field, challenging the notion of neutrality traditionally associated with scientific research. Fieldwork was conducted through the researcher's immersion in the daily activities of the service and the territories visited by the team. The research devices included a cartographic field diary, the accompaniment of citizen-user guides, the mapping of fields of forces, and the collective processing of experiences produced in the field. The mapped scenes were treated as analytical devices for examining relationships, disputes, and modes of producing mental health care. Throughout the cartographic journey, it became evident that mental health care is constituted amid ongoing disputes. During the Intersectoral Action, forces aimed at protection and care became visible, while simultaneously producing control and restrictions on certain ways of living, with psychiatric hospitalization emerging as one of the main responses to the limited availability of community-based care. Gerânio's trajectory, on the other hand, revealed a living network of care extending beyond form/al services, involving family members, neighbors, local business owners, and workers who supported his everyday existence within the territory. At the same time, his hospitalization exposed tensions between autonomy, protection, and care in freedom. At the Mansion, a space occupied by people experiencing homelessness and characterized by substance use, violence and repression coexisted with relationships of solidarity, sharing, harm reduction, and the production of care. The scenes demonstrated that the CnaR is also traversed by these forces and may be captured by institutionalized practices, while simultaneously creating openings through the establishment of bonds, attentive listening, harm reduction, and recognition of singular ways of existing. Following these experiences made it possible to identify, beyond vulnerabilities, everyday practices through which life reorganizes itself, builds networks, and invents ways of continuing to unfold. Mapping these experiences revealed that mental health care for people experiencing homelessness is not predetermined but is produced through encounters, relationships, and disputes that permeate the territories. Throughout this process, the researcher was also affected by the encounters and stories she accompanied, reconsidering previous certainties and

questioning her own understandings of autonomy, protection, hospitalization, and care. The experiences reinforced the importance of care networks closely connected to the territories and practices capable of recognizing not only people's needs but also their desires, bonds, choices, and ways of living on the streets. Producing care in freedom therefore requires openness to encounters and the collective construction of pathways alongside service users, recognizing that, even in contexts marked by vulnerability and different forms of violence, relationships, affects, and movements exist that sustain life and open up alternative possibilities for care.

Keywords: Homeless Persons; Mental Health; Biopower; Biopolitics.

Sumário

1 APRESENTAÇÃO 8

2 PERCURSO TEÓRICO: DA CAPTURA DA LOUCURA À PRODUÇÃO DE CUIDADO EM LIBERDADE 10

2.1 Breve história da loucura e Reforma Psiquiátrica 11

2.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira 16

2.3 Políticas em Saúde Mental para pessoas que também fazem uso de álcool e outras drogas 19

2.4 Cuidado em saúde das Pessoas em Sitação de Rua: Consultório de Rua e Consultório na Rua 22

2.5 Mundos Outros 25

3 OBJETIVO 27

3.1 Objetivo Geral 27

3.2 Objetivos Específicos 27

4 MÉTODO 28

4.1 Cartografia enquanto método 28

4.2 O Campo de Pesquisa 30

5 CENAS E APRENDIZAGENS 33

5.1 Ação intersetorial e a mente manicomial 33

5.2 Longe do centro, longe dos olhos: Cuidado nas ruas e pela rede de apoio ao Gerânio 43

5.3 Mansão 48

CONSIDERAÇÕES FINAIS 58

REFERÊNCIAS 60

1 APRESENTAÇÃO

Olá, você! Seja bem vinde/a/o à esse texto.

Aqui trago um pouco de como enxergo e acredito o mundo e as outras possibilidades de mundos que estão por vir, trago minhas afetações e como essa pesquisa reverbera dentro de mim. Antes de começá-lo faz sentido para mim falar um pouco de mim, já que esse texto irá falar bastante através de mim, mostrará marcas que pulsam em mim e me produzem inquietações e incômodos.

Me chamo Stela, tenho 30 anos, sou uma mulher branca, bissexual, mais próxima a uma estética desfem, e, portanto, sou lida dessa forma nas diversas relações sociais. Iniciei o mestrado desejando pesquisar com as pessoas LGBTQIAPN+ que vivem nas ruas do município. Entretanto, ao estar no campo, muito mudou. Me encontrei com diversas situações que ressoaram outros desejos dentro de mim.

Fiz residência em saúde da família (sou enfermeira) e durante minha trajetória na residência enfrentei alguns conflitos no campo da saúde mental, entre eles, um que me marcou muito foi o conflito e a consequente disputa, em relação às internações psiquiátricas involuntárias ao viver uma cena de emboscada no serviço de saúde para a internação de um usuário em sofrimento mental.

Ao chegar então no campo de pesquisa - consultório na rua - me deparo novamente com a lógica das internações involuntárias do município e a naturalidade de como isso é visto como única (e às vezes a melhor) opção de “cuidado”, lógica aqui agravada pela presença do uso de substâncias psicoativas, o qual é usado de subsídio para justificar ainda mais a interdição do corpo do outro. Chego inclusive a me questionar se exagerei quando era residente, se estava na utopia, fora da realidade.

Ao longo do tempo a vida foi acontecendo e em junho de 2025 fui convocada no concurso do município e escolhi trabalhar no Consultório na Rua, a partir desse momento entro no Consultório na Rua, campo de pesquisa, enquanto trabalhadora da rede, e, desse outro lugar, muitas outras situações vão me afetando nesse espaço. Dessa maneira, não consigo separar o que vivi em 2024, enquanto mestranda, e o que vivo no meu cotidiano enquanto enfermeira da equipe, as

memórias, afetações, vivências do dia-a-dia se mesclam e vão interagindo entre si na elaboração da enfermeira que sou e das atitudes que tomo.

Neste trabalho pretendo narrar e destrinchar um pouco de como o município de Londrina tem pensado e produzido cuidado para as pessoas em situação de rua, falo desse lugar que ocupo de enfermeira do Consultório na Rua, um lugar onde sou consumida pela demanda, em que preciso gestionar conflitos, resolver questões burocráticas e organizacionais, em que ouço histórias de imensas violações de direitos, um lugar que preciso esbravejar para defender o direito à vida e ao cuidado, um lugar no qual me encontro com os usuários, em que me divirto muito, em que, junto com a equipe, tomamos decisões dificílimas, e um lugar que erro e aprendo a todo momento. Um lugar que exige, na mesma medida, muita brutalidade e muita delicadeza e sensibilidade.

Pretendo narrar aqui algumas cenas que me atravessaram, sua maioria envolvem reuniões, discussões entre serviços, maneiras de operar o cuidado e a rede, pois são principalmente essas relações que me aguçam os sentidos, como essas relações são tecidas (ou rasgadas) que me fazem refletir, como nós profissionais pensamos e construímos as ofertas de cuidado (ou de não cuidado) a partir desses espaços de discussão e como isso chega lá no usuário.

2 PERCURSO TEÓRICO: DA CAPTURA DA LOUCURA À PRODUÇÃO DE CUIDADO EM LIBERDADE

Para compreender os caminhos que nos levam ao cuidado produzido hoje junto às pessoas que vivem nas ruas, acredito ser necessário percorrer algumas histórias e movimentos que atravessaram — e ainda atravessam — o campo da saúde mental. Não se trata de reconstruir toda essa trajetória, mas de buscar nela elementos que nos ajudem a pensar de onde partem algumas das práticas, disputas e modos de cuidar que encontramos no cotidiano do Consultório na Rua.

Começaremos retomando brevemente a história da loucura e as formas como, em diferentes momentos, foram sendo construídas respostas sociais e institucionais para aqueles considerados loucos. Nesse percurso, passaremos pela constituição do hospital psiquiátrico, pelo alienismo e pela centralidade que o saber médico assumiu na definição da loucura e de seu tratamento. Esse caminho nos levará também às críticas ao modelo asilar e às experiências que colocaram em questão o isolamento como resposta ao sofrimento mental, abrindo espaço para os movimentos de reforma da psiquiatria.

Na sequência, retomamos alguns dos caminhos da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da luta antimanicomial, reconhecendo sua relação com a Reforma Sanitária e com a construção do Sistema Único de Saúde. Esse percurso é importante pois permite chegar às transformações que buscaram deslocar o cuidado do hospital para o território e às disputas produzidas em torno da possibilidade de cuidar em liberdade. Esse movimento nos aproxima da trajetória das políticas e práticas construídas junto às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Passando pela busca de diferentes respostas dadas a essa questão e, particularmente, pela Redução de Danos, que terá importância para compreendermos as práticas que posteriormente se aproximam das pessoas que vivem nas ruas. Buscamos também apresentar algumas das tensões que permanecem nesse campo, especialmente entre propostas de cuidado territorial e em liberdade e práticas centradas na abstinência, no isolamento e na institucionalização.

Ao final do texto, buscamos apresentar a discussão que chamamos aqui de **“Mundos Outros”**. Depois de acompanhar historicamente formas de captura, normalização e institucionalização da vida, interessa-nos olhar também para aquilo que a vida inventa, para as resistências e para as possibilidades que surgem nos encontros. É com essas questões que nos aproximaremos das cenas do campo e das experiências acompanhadas junto ao Consultório na Rua.

Assim, o caminho teórico que segue parte da história da loucura, passa pelos movimentos de Reforma Psiquiátrica e pela luta antimanicomial, encontra a Redução de Danos, aproxima-se das políticas voltadas às pessoas em situação de rua e chega ao Consultório na Rua e à possibilidade de pensar outros modos de produzir cuidado e vida. Esse percurso não pretende oferecer uma história completa de cada um desses campos, mas construir o chão a partir do qual será possível acompanhar as questões que esta pesquisa encontrou nas ruas.

2.1 Breve história da loucura e Reforma Psiquiátrica

Ao longo da história diversos são os significados, representações e relações ligadas à loucura. Em cada período histórico, a percepção da loucura é fruto da sociedade em que está inserida (AMARANTE, 2007a; FOUCAULT, 2008).

Na arte o louco é representado de diversas formas, figura o imaginário social, nas pinturas, nas músicas, no teatro e na literatura. A loucura está presente no cotidiano, na estética, na arte, em seu dilaceramento trágico que a abre para um outro mundo (FOUCAULT, 2008).

Na idade média e na renascença europeia, em períodos anteriores ao século XVIII, a figura do louco possuía múltiplos significados, desde o do lugar de entretenimento, do cômico, como o bobo da corte, como também um ser divino, que lembra a cada um a sua verdade, ao mesmo tempo que poderia ser visto como um ser relacionado ao demônio, sendo submetido a exorcismos e exclusão (AMARANTE, 2007a; FOUCAULT, 2008; ARAÚJO & SUGIZAKI, 2024).

É no período clássico que, na Europa, o enclausuramento da loucura surge de forma mais sistemática e se entrelaça com a história da instituição hospital. Até o século XVIII os hospitais não eram instituições relacionadas à cura, à produção de saúde, tampouco à medicina. Eram espaços de assistência aos pobres, de exclusão,

Foucault (1979, p. 101):

> O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Dizia-se corretamente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer.

A medicina também não fazia parte do ambiente hospitalar, essa instituição estava excluída da formação do médico. A prática médica dos séculos XVII e XVIII não baseava-se em justificativas científicas, mas sim na observação do fenômeno da doença sobre o doente. Era um medicina em torno do momento de crise:

> A crise era o momento em que se afrontam, no doente, a natureza sadia do indivíduo e o mal que o atacava. Nesta luta entre a natureza e a doença, o médico devia observar os sinais, prever a evolução, ver de que lado estaria a vitória e favorecer, na medida do possível, a vitória da saúde e da natureza sobre a doença. A cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico (FOUCAULT, 1979, p. 102-103).

A mudança da organização social em torno do hospital e da prática médica surge a partir de necessidades econômicas. As primeiras reorganizações do ambiente hospitalar ocorreram em hospitais marítimos e militares. No primeiro, para impedir e controlar o tráfico de mercadorias. No segundo, por conta do aumento da qualificação dos soldados para o manuseio de material bélico, ou seja, sua morte significa uma perda econômica importante (FOUCAULT, 1979).

A partir dessas mudanças do valor social do soldado, inicia-se a medicalização do espaço hospitalar a partir de mudanças administrativas e políticas, principalmente através da introdução de mecanismos disciplinares no espaço hospitalar: distribuição espacial dos indivíduos, gestão disciplinar dos corpos, vigilância e registros contínuos (FOUCAULT, 1979).

Ao mesmo tempo, transforma-se a forma da intervenção médica no processo de adoecimento, passa-se a entender a doença como fenômeno natural, e então, desloca-se o alvo da ação médica. Ao invés de concentrar-se na doença em si, olha-se para o redor: o ar, a água, a temperatura, a alimentação, o ambiente, etc. (FOUCAULT, 1979).

São esses dois processos, disciplinarização do espaço hospitalar e deslocamento da intervenção médica, que contribuem para a origem do hospital

médico. O hospital se torna agora um espaço medicalizado, onde é possível também observar e estudar o comportamento das doenças.

Neste processo, transforma-se também o sistema de poder na hierarquia hospitalar. Se antes o hospital era espaço para a caridade e filantropia e sua gestão pertencia a entes religiosos, agora, com a transformação do hospital em hospital medicalizado, o médico torna-se figura de extremo poder nessa hierarquia e tudo nesse espaço passa a se organizar ao redor do saber médico: a arquitetura, as rotinas de visitas, as hierarquias de pessoal, os registros, etc. O médico passa então a gerir o hospital (FOUCAULT, 1979).

Nesse contexto, Philippe Pinel, diretor do Hospital de Bicêtre, na França, no fim do século XVIII, participa de um movimento que busca encontrar verdades científicas para os fenômenos da realidade. Nesse movimento, compreende-se que o hospital é o espaço onde a verdade sobre a doença emerge, onde ela pode ser observada de maneira mais pura, o médico é então o produtor de verdades, desvelador da natureza da doença. Nesse contexto, Pinel passou a reformar hospitais que gerenciava, fundando então o conceito de alienismo e hospitais psiquiátricos (FOUCAULT, 1979; AMARANTE, 2007a).

O alienismo compreende a loucura, ou a alienação mental, como um processo de desordem de paixões, de vontades, de agir, de ser livre. O alienado apresenta uma paixão pervertida, uma vontade perturbada (FOUCAULT, 1979). Esse conceito surge aliado a uma noção de periculosidade, já que alguém nesse estado de desordem poderia representar um perigo à sociedade (AMARANTE, 2007a).

Nesse momento Pinel passa a desacorrentar os loucos que estavam enclausurados nos antigos hospitais filantrópicos. Entretanto, o alienismo compreendia que o isolamento e a institucionalização eram fundamentais no tratamento de alienação mental (AMARANTE, 2007a).

Pinel entendia que para tratar a alienação mental seria preciso desvelar sua verdade, sua natureza, e para isso, era necessário isolar o alienado, afastá-lo de tudo aquilo que possa confundir a natureza de sua condição, para que a observação possa ser livre de quaisquer interferências. Assim, o isolamento oportuniza um espaço para a observação apurada, ao mesmo tempo que oferta tratamento para que a mente perturbada possa encontrar novamente seus verdadeiros pensamentos, vontades e emoções (FOUCAULT, 1979; AMARANTE, 2007a).

O alienismo entendia então que o hospital seria uma instituição terapêutica por promover o isolamento e, além do isolamento, o tratamento moral dessa instituição disciplinar impunha regras, horários, condutas e regimentos que eram compreendidas como terapêuticas para a reorganização das paixões descontroladas (AMARANTE, 2007a).

> O histórico 'gesto de Pinel' desacorrentando os loucos poderia nos dar a ilusão de que os loucos teriam sido libertados das correntes e salvos da violência institucional. No entanto, o que existiu foi uma metamorfose da natureza da instituição. Na medida que o hospital deixou de ser o espaço da filantropia e da assistência social para se tornar uma instituição de tratamento médico de alienados, desacorrentados, mas institucionalizados, os loucos permaneceram enclausurados, não mais por caridade ou repressão, mas por um imperativo terapêutico. (AMARANTE, p. 35, 2007a)

Durante o período de sistemático isolamento da loucura, o hospital psiquiátrico proporcionou uma vasta produção de um certo tipo de conhecimento na área do alienismo. Ali, as desordens foram estudadas, analisadas, comparadas e classificadas. Ao longo do tempo, diversas críticas foram produzidas contrárias ao alienismo, principalmente em relação ao isolamento e ao tratamento da "alienação mental" (AMARANTE, 2007a).

Após a 2ª Guerra Mundial, com o escancaramento da violência realizada nos campos de concentração, a sociedade olha para os hospitais psiquiátricos com um olhar mais crítico, e percebe as condições insalubres e violentas que os internos dessas instituições eram submetidos. Fortalece-se então a crítica e o questionamento ao enclausuramento da loucura, suscitando movimentos de reforma em relação à psiquiatria (AMARANTE, 2007a).

Alguns movimentos se destacaram no processo de reforma da psiquiatria no continente europeu durante o século XX. Entre eles figuram as comunidades terapêuticas e psicoterapia institucional; psiquiatria de setor e psiquiatria preventiva; e a antipsiquiatria (AMARANTE, 2007a).

As comunidades terapêuticas e a psiquiatria institucional entendiam que a falha estava na gestão do hospital e apostavam na reforma interna das instituições. Buscavam outra forma de organização da hierarquia interna, numa tentativa de estabelecer horizontalidade nas relações, onde os internos, enfermeiros, médicos, familiares e funcionários realizavam assembleias semanais para que as funções fossem compartilhadas, produzindo um espaço de comunicação livre e participação democrática, associado a essa nova organização estava o trabalho como processo

terapêutico. Entretanto, as comunidades terapêuticas ainda mantinham a lógica de isolamento (AMARANTE, 2007a).

Já a psiquiatra de setor e a psiquiatria preventiva compreendiam que o espaço do hospital psiquiátrico precisava ser superado ao longo do tempo. Isto se daria com a criação de serviços comunitários multiprofissionais para acompanhamento dos pacientes, associados às estratégias de prevenção em saúde mental, de modo que evitassem internamentos, reduzindo o tempo de internação e promovendo a alta de quem estava internado. A ideia seria tornar os hospitais psiquiátricos obsoletos, através da promoção da saúde mental nas comunidades. Entretanto, o efeito foi outro, os espaços comunitários se tornaram encaminhadores de pacientes para a internação psiquiátrica e promotores de uma expansão da lógica médica-psiquiátrica para os princípios sociais (AMARANTE, 2007a).

Por fim, não exatamente na perspectiva de uma 'reforma', uma vez que critica e nega o modelo científico que embasa a psiquiatria, o movimento da Antipsiquiatria, busca inventar um outro modo de enxergar a saúde mental. O movimento da Antipsiquiatria nega que a "patologia" esteja na mente ou no corpo do sujeito, mas sim, nas relações estabelecidas entre o sujeito e a sociedade:

> No âmbito da Antipsiquiatria não existiria, enfim, a doença mental enquanto objeto natural como considera a psiquiatria, e sim uma determinada experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social. Na medida que a ideia de doença mental era então rejeitada, não existiria exatamente uma proposta de tratamento da 'doença mental', no sentido clássico que damos à ideia de terapêutica. O princípio seria o de permitir que a pessoa vivenciasse a sua experiência; esta seria por si só, a terapêutica, na medida em que o sintoma expressaria uma possibilidade de reorganização interior. Ao 'terapeuta' competiria auxiliar a pessoa a vivenciar e a superar este processo, acompanhando-a, protegendo-a, inclusive da violência da própria psiquiatria (AMARANTE, p. 53-54, 2007a).

O movimento da antipsiquiatria nega a psiquiatria enquanto ideologia. Busca inventar práticas que visem desmontar o aparato manicomial, o conjunto de saberes e práticas (jurídicas, sociais, científicas e legislativas) que justificam o isolamento e a segregação social, e não somente o espaço físico do hospício. O movimento da antipsiquiatria deseja reinventar as relações sociais com a saúde mental (AMARANTE, 2007a).

A partir desse pensamento foram criados Centros de Saúde Mental, numa perspectiva substitutiva da lógica manicomial, pensando em reinventar práticas e não somente serem paralelos do hospital psiquiátrico na comunidade. Os Centros de

Saúde Mental tinham uma perspectiva de base territorial, responsabilizando-se pela integralidade do cuidado em saúde mental nos territórios, buscando reconstruir como a sociedade e os territórios lidam com as pessoas em sofrimento mental (AMARANTE, 2007a). O movimento da Antipsiquiatria, a desinstitucionalização através de serviços substitutivos de base territorial inspirou também o movimento da reforma psiquiátrica brasileira.

Mais do que uma reconstrução histórica, esse percurso permite compreender que as formas de lidar com a loucura são atravessadas por disputas políticas, sociais e culturais. A história da psiquiatria não se limita à evolução de técnicas terapêuticas, mas revela diferentes modos de produzir verdades sobre os sujeitos e organizar práticas de cuidado, controle e exclusão (AMARANTE, 2007a).

2.2 Reforma Psiquiátrica Brasileira

O Brasil vivenciou movimentos sociais semelhantes aos ocorridos na Europa na sua trajetória de relação com a loucura ao longo do tempo. Em 1841 surge o primeiro hospício brasileiro, o Hospício Pedro II, que enclausurou àqueles ditos loucos, inicialmente numa perspectiva filantrópica e religiosa e, após a proclamação da República, foi medicalizado e associado ao domínio da psiquiatria científica (AMARANTE, 2007b).

A lógica de segregação e enclausuramento toma posição central no tratamento à loucura ao longo da história brasileira. Práticas higienistas e de violência, maus-tratos e abandono marcaram a história dos hospitais psiquiátricos brasileiros (AMARANTE, 2007b).

No fim dos anos 70 o Brasil encontrava-se em um momento de ebulição de movimentos sociais na busca pela garantia de direitos, em especial o direito à saúde. Dessa forma, a história da reforma psiquiátrica brasileira se entrelaça com a história da reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (AMARANTE, 2007b).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) surge no ano de 1978 e é composto por trabalhadores, associações familiares, sindicalistas, associações profissionais e pessoas com histórico de internações psiquiátricas (BRASIL, 2005c).

O MTSM tem o objetivo de denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura através da forte participação do setor privado na assistência e construir uma crítica importante ao saber psiquiátrico e a centralidade dos manicômios na assistência à loucura, inspirados pela experiência da Antipsiquiatria italiana (BRASIL, 2005c; AMARANTE, 2007b; SAMPAIO & BISPO JR., 2021).

O protagonismo dos movimentos sociais no processo tanto da reforma psiquiátrica quanto da reforma sanitária é fundamental para a efetiva participação não somente dos trabalhadores e intelectuais da saúde e da saúde mental, mas também de usuários e representantes de diversos segmentos sociais. A realização de conferências e congressos de saúde mental envolvendo os movimentos sociais é um marco importante para que se iniciem movimentações políticas para a transformação do modelo assistencial vigente (BRASIL, 2005c; AMARANTE, 2007b; SAMPAIO & BISPO JR., 2021).

Diversas movimentações no sentido antimanicomial são observadas pelo país. Há a criação do o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em 1987 na cidade de São Paulo, em 1989 a Casa de Saúde Anchieta em Santos, local de violência e morte de pacientes, é fechada e em seguida, são implantados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos. Esses movimentos de grande repercussão, em especial a experiência em Santos, concretizam a possibilidade real da factibilidade da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005c).

Em 1989 é apresentado no Congresso Nacional, através do Deputado Paulo Delgado, o Projeto de Lei que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção dos manicômios. Com a criação do Sistema Único de Saúde em 1988, os estados e municípios passaram a ter maior autonomia na organização dos serviços de saúde (AMARANTE, 2007b).

A partir de 1992, o projeto de lei Paulo Delgado inspira movimentos sociais de diversos estados brasileiros a pressionarem pela aprovação de legislações referentes à reorganização da assistência em saúde mental, com a substituição de leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005c, SAMPAIO & BISPO JR., 2021).

Entre os anos de 1992 e 2001 o processo de reorganização da assistência em saúde mental ocorreu de modo irregular. Por mais que haja expansão dos CAPS e

NAPS pelo país após a criação da Coordenação de Saúde Mental em 1991, isso é feito de maneira díspar entre os estados (BRASIL, 2005c, SAMPAIO & BISPO JR., 2021).

Apesar do Ministério da Saúde produzir documentos de regulamentação desses serviços, ainda não havia documentos específicos sobre o financiamento destes. Ao mesmo tempo, em que também não eram produzidas regulamentações para que hospitais psiquiátricos reduzissem os leitos ao longo do tempo. No início dos anos 2000 o país contava com 208 CAPS, mas 93% do financiamento ainda era voltado para os hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005c).

É apenas em 2001 que a lei Paulo Delgado, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei Federal 10.216/2001), é aprovada no Congresso Nacional. Embora tenha sofrido modificações em sua redação original, uma vez que não prevê regulamentações sistemáticas para a extinção dos manicômios, é um marco importante na reforma psiquiátrica brasileira. A lei “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001), privilegiando os serviços de base comunitária, e acaba por impulsionar e ditar um novo ritmo para a reforma psiquiátrica no país (BRASIL, 2005c)

Novas linhas de financiamento são criadas para os serviços de base comunitária e novas estratégias são criadas para a redução progressiva dos leitos psiquiátricos no país. Dessa forma, há uma expansão importante da rede de serviços de atendimento psicossocial (BRASIL, 2005c, SAMPAIO & BISPO JR., 2021).

Como marcos importantes destas movimentações e implementações podemos citar o programa “De volta para casa”, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF’s) e a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O programa “De volta para casa” foi criado em 2003, para desinstitucionalização de pessoas vítimas de longas internações psiquiátricas. Na sequência é criada uma política que olhe para a questão do álcool e outras drogas, introduzindo a estratégia de redução de danos (BRASIL, 2005c, SAMPAIO & BISPO JR., 2021). Em 2008, o NASF é instituído, o qual tem como responsabilidade, entre outras ações, realizar o matriciamento em saúde mental para as Equipes de Saúde da Família (SAMPAIO & BISPO JR., 2021). Já a RAPS é criada em 2011 com o objetivo de articular diversos pontos de cuidado, ampliando e garantindo acesso integral e de qualidade à população, visando o cuidado longitudinal.

A RAPS reforça a importância de serviços de base territorial, integrados com a existência comunitária (SAMPAIO & BISPO JR., 2021).

Todas as movimentações e marcos da reforma psiquiátrica no Brasil foram impulsionadas por muita luta dos movimentos sociais por meio de encontros, conferências, congressos que pautaram a defesa dos direitos dos usuários e a reorganização do cuidado em saúde mental no país (BRASIL, 2005c, AMARANTE, 2007b; SAMPAIO & BISPO JR., 2021).

O movimento da reforma psiquiátrica não é apenas uma disputa legislativa e de normas regulamentadoras dos serviços de saúde, é um movimento social e político complexo, uma disputa do imaginário social, do processo de subjetivação de como a loucura é vista na sociedade e como a sociedade se relaciona com ela, um processo de transformação e reinvenção de práticas, saberes e valores sociais e culturais (BRASIL, 2005c; AMARANTE, 2007b).

2.3 Políticas em Saúde Mental para pessoas que também fazem uso de álcool e outras drogas

Anterior à reforma psiquiátrica o cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas era realizado na via da lógica manicomial através de internações em instituições totais, como manicômios e comunidades terapêuticas (CT). As CTs, muito diferentes das comunidades terapêuticas do processo da reforma psiquiátrica europeia, são instituições em sua maioria religiosas, asilares, que realizam internações de longa duração (meses) dos usuários de álcool e outras drogas, isolando-os de suas famílias e comunidade, utilizam-se, enquanto terapêutica, o tratamento moral e a laborterapia, exigindo a abstinência total do uso (PRUDENCIO, THEODORO E BAQUEIRO, 2023).

A partir da década de 60 as CTs ganharam força no cenário nacional, até o marco da aprovação da lei da reforma psiquiátrica brasileira quando os serviços substitutivos, em sua maioria Centros de Atenção Psicossocial, vão sendo fortalecidos e ampliados pelo país, em detrimento de serviços manicomiais (PRUDENCIO, THEODORO E BAQUEIRO, 2023).

A portaria 336/2002 oficializa a modalidade CAPS Álcool e Drogas (AD), que tem por finalidade a assistência em saúde mental para pacientes com transtornos

decorrentes do uso e dependência de álcool ou outras substâncias (BRASIL, 2002). Em 2004 o Ministério da Saúde lança o documento “A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas”, documento o qual se posiciona em defesa da vida, apresentando a metodologia da Redução de Danos como prioritária na atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas, tecendo críticas ao modelo de atenção à saúde que tem como objetivo único a abstinência: “A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas.” (BRASIL, 2004), além de reiterar a importância do fortalecimento da rede de serviços para o acompanhamento deste usuário:

> Neste ponto, a abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que não reste apenas como "mudança comportamental", a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando a avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida. Neste sentido, o locus de ação pode ser tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social etc., equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação sejam contínuos e se dêem de forma associada.

Segundo Surjus, Formigoni e Gouveia (2018) “A Redução de Danos (RD) vem sendo considerada uma perspectiva ético-clínico-política, pautada nos direitos humanos, para compreensão e intervenção acerca da problemática do uso de drogas”, e se operacionaliza através de conjuntos de práticas e estratégias que visam minimizar os danos causados pelo uso de substâncias, sem exigir a prática da abstinência.

Essa estratégia surge a partir de práticas inovadoras em países como Reino Unido e Inglaterra na década de 1920, tem como importante marco o Relatório Rolleston, produzido por médicos em 1926, que defendiam o acompanhamento dos

usuários de substâncias psicoativas sem a imposição da abstinência, mas através de tratamentos que aliviassem os sintomas de abstinência ou através de auxílio na administração das substâncias para aqueles que gostariam de manter o uso (SURJUS, FORMIGONI E GOUVEIA, 2018).

Na década de 1980, com a epidemia de HIV/AIDS, a redução de danos ganha espaço nas políticas de saúde com projetos de trocas de seringas com o objetivo de reduzir a transmissão do vírus, visto que o compartilhamento de seringas representava um importante meio de transmissão entre as pessoas. Santos foi o município pioneiro na introdução da estratégia de redução de danos através da criação de um projeto de distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis em 1989. A partir de 1993 diversos projetos de redução de danos, incluindo projetos relacionados à troca e distribuição de seringas, surgiram pelo país (SURJUS, FORMIGONI E GOUVEIA, 2018).

As CTs nunca desapareceram do cenário dos serviços destinados ao cuidado das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, mas com o crescimento dos serviços substitutivos, principalmente os CAPS AD, e a incorporação da estratégia de Redução de Danos enquanto estratégia prioritária nas políticas de saúde voltadas às pessoas que fazem uso de substância, as CTs saíram da centralidade deste cenário, abrindo espaço para estas outras estratégias de cuidado (BRASIL, 2004; PRUDENCIO, THEODORO E BAQUEIRO, 2023).

Entretanto, com as mudanças no cenário político brasileiro, com fortes movimentos neoliberais, principalmente a partir de 2017, as Comunidades Terapêuticas voltam a figurar espaço importante nos documentos do Ministério da Saúde para o cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, e portanto, galgam o retorno ao protagonismo das estratégias de cuidado voltado à esse público (PRUDENCIO, THEODORO E BAQUEIRO, 2023).

Principalmente a partir de 2017, são publicadas portarias, resoluções e notas técnicas que fortalecem as parcerias e financiamentos de leitos em comunidades terapêuticas, propostas que vão na contra-mão dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e retomam princípios manicomiais e proibicionistas (SURJUS, FORMIGONI E GOUVEIA, 2018).

Recentemente o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) passou a financiar ostensivamente Comunidades Terapêuticas, de acordo com o Relatório da

Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, em todas as CTs avaliadas foram identificadas práticas que configuram violações de direitos humanos (CONSELHO FEDERAL PSICOLOGIA, 2018). As brechas na legislação, abertura para participação de comunidades terapêuticas e financiamento importante de tais instituições reforçam ainda mais a lógica manicomial e proibicionista, caminhando na total contra-mão das políticas de cuidado em saúde mental e da Redução de Danos, diretriz prioritária do cuidado no campo do álcool e outras drogas (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2026).

2.4 Cuidado em saúde das Pessoas em Sitação de Rua: Consultório de Rua e Consultório na Rua

A partir da reforma psiquiátrica a disputa pelo reconhecimento e garantia dos direitos em relação à saúde mental reverberou também na população em situação de rua e orientou a construção de políticas alinhadas ao ideal da reforma e a aposta nessa outra forma de compreender a saúde mental.

Nesse cenário diversas experiências na perspectiva de Redução de Danos foram sendo desenvolvidas pelo país, como a experiência idealizada pelo professor Antonio Nery, em Salvador/BA, de atendimentos na lógica da redução de danos, extra muros, nos locais de permanência das pessoas em situação de rua e usuários de drogas (JORGE & MOREIRA, 2015).

Em 2009 o Ministério da Saúde, como estratégia do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (Portaria 1190/2009), começa a financiar projetos e iniciativas que eram desenvolvidas no país de cuidados *in loco*, na perspectiva da redução de danos, para as pessoas em situação de rua e usuárias de substâncias (JORGE & MOREIRA, 2015). É a partir dessas iniciativas, com destaque à experiência na Bahia, que nascem as equipes de Consultório de Rua, inicialmente alocadas na Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde:

> Os Consultórios de Rua surgiram como dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, cujo objetivo principal era estender o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua, historicamente desassistidos e distantes dos serviços de saúde. As ações de promoção, prevenção e cuidados primários são realizadas in loco,

> nos becos, viadutos, praças e ruas da cidade (JORGE & MOREIRA, 2015)

Em 2012, na publicação da Política Nacional da Atenção Básica, o Consultório *de* Rua passa a ser Consultório *na* Rua e passa a compor a Coordenação de Atenção Primária à Saúde. A mudança de coordenação dentro da organização do Ministério da Saúde tinha como objetivo ampliar o escopo de atividades da equipe do Consultório de Rua, através da compreensão de ampliação de ofertas de cuidado em saúde abarcadas pela atenção básica, como cuidados na gestação, puerpério, cuidados em relação às condições crônicas, infecções sexualmente transmissíveis, entre tantas outras situações de saúde que as pessoas que vivem nas ruas podem experienciar (JORGE & MOREIRA, 2015).

De acordo com a PNAB (2012 e 2017) e com a Portaria 122/2012, as equipes de Consultório na Rua são equipes de atenção básica com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à população em situação de rua. De acordo com PNAB, as equipes de CnaR devem:

> Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil;Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil (BRASIL, 2017).

As equipes do CnaR podem ser compostas por: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, dentista, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal. E são classificadas em 3 modalidades: Modalidade I (formada minimamente por 4 profissionais, sendo 2 de nível superior e 2 de nível médio, excetuando-se médico); Modalidade II (formada minimamente por 6 profissionais, sendo 3 de nível superior e 3 de nível médio, excetuando-se médico) e Modalidade III (formação igual à modalidade II, acrescida de um profissional médico) (BRASIL, 2012).

Em pesquisa feita pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) estima-se que no ano de 2022, no Brasil, cerca de 281.472 pessoas estavam em situação de rua. A mesma pesquisa aponta fragilidades no Censo Nacional, que inclui apenas a população domiciliada em suas pesquisas, deixando uma lacuna de

informações sobre a população em situação de rua (PSR) (NATALINO, 2022).

Por muito tempo, na história do movimento da população de rua, o Estado realizou intervenções de cunho assistencialista, paternalista e higienista, sem produzir políticas que buscassem um outro modo de ver e de assistir essa população (BRASIL, 2008). Somente em 2004 foi criada a Política Nacional da Assistência Social (PNAS) que traz em seu texto a População em Situação de Rua (PSR), alocada na área da Proteção Social Especial (BRASIL, 2005a). Em 2005 a PSR é incluída na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) com a obrigatoriedade de formulação de programas específicos para essa população (BRASIL, 2005b). Apenas em 2009 é lançada a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), que em seu texto busca caracterizar a PSR da seguinte forma (BRASIL, 2009):

> [...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

A PNPSR apresenta em seu texto ações estratégicas para nortear também as políticas em saúde voltadas para essa população, buscando fortalecer as ações principalmente da Atenção Básica, do “Programa de Saúde da Família sem domicílio” e da atenção à Saúde Mental (BRASIL, 2009). É nessa conjuntura, de construções do movimento social, publicações voltadas à PSR, associadas a experiências de cuidado realizadas em todo o país, que ocorre a regulamentação do Consultório na Rua alocado na Política Nacional da Atenção Básica.

O cuidado às pessoas que vivem na rua é espaço potente para a criação de outras possibilidades de cuidado que fogem às regras normativas e disciplinadoras, e, dessa forma, o consultório na rua pode se constituir como espaço importante para a fabricação de outros modos de cuidar.

É nesse cenário de transformações da saúde mental, fortalecimento da atenção territorial e valorização da redução de danos que se insere o Consultório na Rua. Mais do que uma equipe de saúde, trata-se de um dispositivo que desloca o cuidado para os territórios existenciais da população em situação de rua, produzindo encontros, vínculos e estratégias singulares de cuidado.

2.5 Mundos Outros

Embora os dispositivos de poder produzam formas de normalização e captura da vida, a existência humana não se reduz à submissão. Nos territórios, nas ruas e nos encontros cotidianos emergem movimentos de invenção, resistência e criação de outros modos de existir. É nesse plano que se torna possível pensar a produção de 'mundos outros', entendidos como experiências que escapam às capturas institucionais e afirmam novas possibilidades de vida e cuidado.

O poder dos saberes do Estado, da mídia, das ciências, do capital capturam a vida e as subjetividades para a (re)produção das formas de existência e relações sociais. O poder encontra-se esparramado pela sociedade, agindo e atuando dentro de todos os espaços, dentro das subjetividades, controlando, modulando e regulando a vida (PELBART, 2015).

Ao mesmo tempo, a vida preserva uma “força-invenção” de produção de potências a todo momento e em todos os lugares, não necessariamente como uma resposta ao controle e às relações de poder, mas como uma potência inerente à vida. Como uma produtora de reinvenções, como capital de produção de potência:

> “a vida mesmo se tornou o capital; em outros termos: se as maneiras de ver, de sentir, de pensar, de perceber, de morar, de vestir, tornam-se objetos de interesse e de investimento do capital, elas mesmas passam a ser fontes de valor e podem elas mesmas tornarem-se um vetor de valorização. [...] Mas ora a vida funciona como um capital, quer dizer ela produz valor, ora ela é vampirizada pelo capital, chame-se ele mercado, mídia ou sistema da arte. Quando a vida funciona como um capital, ela reinventa suas coordenadas de enunciação e faz variar suas formas; quando ela é vampirizada pelo capital, é rebatida sobre a sua dimensão nua” (PELBART, p. 22 e 23, 2015)

Na trajetória da história da loucura e estabelecimento do saber e poder psiquiátrico é possível vislumbrar o poder sobre a vida e sobre o corpo. Constitui-se de um biopoder que age sobre os corpos, que dita o normal ou não, assim como o destino dessa vida, produzindo nesse processo subjetividades em torno da loucura, do enclausuramento, do normal e do anormal.

Ao mesmo tempo, movimentos como a antipsiquiatria, as reformas psiquiátricas e a luta antimanicomial reinventaram formas de produção e (re)produção das relações

com a saúde mental e com a produção de cuidado em saúde mental, bem como, apostaram numa transformação da subjetividade e das relações sociais em torno da loucura. Dito isso, que outras maneiras, que outros mundos possíveis estão sendo gestados neste momento? Quais linhas de fuga e reinvenções que a vida tem produzido? Que potências que emergem das mais diversas relações sociais, principalmente nos espaços de encontro de corpos dissidentes, corpos violentados, corpos marginalizados?

Diante desse percurso, a presente pesquisa busca compreender como o Consultório na Rua produz cuidado em saúde mental junto às pessoas em situação de rua. Partiu-se do pressuposto de que o cuidado não se restringe aos procedimentos técnicos ou às ofertas institucionais, mas se constitui nos encontros, negociações e invenções produzidas no território. Interessa compreender como trabalhadores e usuários constroem práticas de cuidado capazes de afirmar a vida em contextos marcados por vulnerabilidades, exclusões e múltiplas formas de sofrimento.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Cartografar os processos na produção do cuidado em saúde mental efetuados pelo Consultório na rua junto às pessoas em situação de rua.

3.2 Objetivos Específicos

1. Compreender como se constituem as práticas de cuidado em saúde mental com as pessoas em situação de rua.
2. Compreender os movimentos, relações, afetos, processos de subjetivação e forças que se produzem no campo
3. Vivenciar cenas de cuidado e práticas de produção de vida e processos de subjetivação junto às pessoas que vivem nas ruas em sofrimento mental com a equipe do Consultório na Rua.

4 MÉTODO

4.1 Cartografia enquanto método

Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo, cujo percurso metodológico escolhido foi a cartografia. A cartografia enquanto abordagem metodológica tem sido utilizada em pesquisas na saúde na perspectiva de que a processualidade e o trajeto da pesquisa interessam tanto quanto o próprio produto final (BERTUSSI *et. al.,* 2016), distanciando-se de perspectivas mais positivistas e cartesianas, que buscam resultados duros (ABRAHÃO, 2016).

O conceito da cartografia surge na área da geografia enquanto desenho que acompanha as mudanças do relevo e das paisagens. Ao contrário do mapa, a cartografia não é estática, e sim mutável, a partir dos processos ocorridos no fazer e desfazer dos relevos naturais (ROLNIK, 2016). Dessa forma, as paisagem sociais também podem ser cartografadas: o fazer e o desfazer dos movimentos das relações, dos encontros, das implicações e dos afetos que surgem nesses encontros

Na cartografia compreende-se que é no percurso onde percebemos as implicações e subjetivações envolvidas nos movimentos da vida, inclusive, no movimento de produzir saúde em conjunto com as pessoas (BERTUSSI et. al., 2016). É no encontro que os afetos emergem e produzem o único.

Assim, a cartografia subverte a lógica da neutralidade e convoca a pesquisadora a imergir no mundo da pesquisa, “imundizar-se” e se emaranhar no processo, e, a partir e através do seu corpo, deixar-se afetar e dar voz aos afetos e implicações que surgem a cada encontro e no movimentar-se pela pesquisa (ABRAHÃO, 2016).

Nessa forma de pesquisar entende-se que ao estar imerso no campo não é possível ser neutro ou não intervir, pois no encontro, no atravessar dos afetos, a pesquisadora produz interferência, produz ação política ativa, produz novos mundos e subjetividades que ganham e perdem sentidos em si e no outro, constitui-se nesse processo e contribui para a constituição do outro (ABRAHÃO, 2016).

Portanto, a pesquisadora cartógrafa assume um compromisso ético político na fabricação de estratégias que sustentem a vida em seu movimento de expansão,

ampliando o alcance do desejo e a produção de subjetividades, processos os quais são fundamentais na produção e reprodução de outros mundos (ROLNIK, 2016).

Ainda no compromisso ético político de análise do desejo e fabricação de novas subjetividades, o percurso cartográfico aposta em certas ferramentas da pesquisa, como o diário de campo cartográfico e momentos de processamento junto ao coletivo pesquisador.

Os momentos de processamento são espaços junto ao coletivo de pesquisadores, de maneira não necessariamente institucional ou linear, onde os afetos e inquietações são colocados em palavras e expressos para o coletivo (CRUZ *et al*, 2016).

O processamento possibilita que os afetos apareçam, as intensidades, sobreimplicações, histórias, memórias sejam evocadas e elaboradas em conjunto. Nesse momento, os demais pesquisadores também dão dizibilidade aos seus afetos e suas afetações sobre o que está sendo vivido, propõem outras formas de ver e possibilitam deslocamentos para todo o grupo (CRUZ *et al*, 2016).

As memórias da vivência no campo e as dos momentos de processamento se entrelaçam àquelas vividas no passado. Tais memórias, não são constituídas de maneira temporal linear, mas sim em um fluxo contínuo. Para ser possível o registro de tais afecções e apreensão deste fluxo de pensamentos e intensidade, o diário cartográfico surge como uma ferramenta que serve a este papel (SLOMP JR *et al*, 2020).

Assim, o diário cartográfico se constitui como ferramenta de registro do vivido pela pesquisadora como uma expressão de encontros e interferências:

> “um registro que se dá tanto simultaneamente ao ato de percorrer o campo e se experienciar concretamente os encontros produzidos pela pesquisa, como também antes ou depois desse “campo”, quando lembranças, percepções e emoções seguem dançando pelo corpo do cartógrafo a cada momento em que a intuição é ativada nas lembranças, e a cada novo encontro que processa encontros anteriores, emergindo um rebuliço que, por sua vez, faz emergirem mais outros escritos sobre anotações anteriores em uma cadeia intertextual” (SLOMP JR. *et al,* 2020, p.11)

Dessa forma essa ferramenta de registro permite a expressão dos encontros e interferências multivozes de maneira não linear. Indo ao encontro do corpo cartógrafo que está em constante atualização, ou seja, o vivido está a todo tempo produzindo novas intensidades e agenciamentos, e a pesquisadora cartógrafa ao produzir esse registro o faz de maneira que possibilite agenciar e criar intensidades em quem o lê,

também de maneira não linear (SLOMP JR *et al*, 2020).

No campo da saúde, a cartografia possibilita a análise de si enquanto produtor do cotidiano dos serviços de saúde. Ao olhar para si e para sua prática profissional, coloca-se em análise quais implicações e subjetivações existem no agir em saúde (BERTUSSI *et. al.,* 2016) e assim compreender as capturas ali envolvidas (FRANCO; MERHY, 2018). Para além do resultado objetivo e duro, a cartografia possibilita a análise da produção de saúde permeada pelas relações e suas nuances, a partir dos encontros.

4.2 O Campo de Pesquisa

Londrina é um município de grande porte localizado ao norte do Estado do Paraná, com estimativa populacional de 563.943 habitantes, e, segundo o Plano Municipal de Assistência Social 2018-2021, conta com 7.183 pessoas que vivem nas ruas registradas no sistema de Informatização da Rede de Serviços Socioassistenciais (IRSAS) do município (LONDRINA, 2018).

Enquanto rede socioassistencial o município possui 10 Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), responsáveis pela Proteção Social Básica, 4 Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS), um Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS), um Centro Pop, pertencentes à Proteção Social Especial. Conta também com serviços de acolhimento filantrópico conveniados com a prefeitura.

Conforme explicitado no Plano Municipal de Saúde de Londrina (2026), o município conta com diversos serviços de saúde, divididos nas seguintes diretorias: Diretoria de Atenção Primária em Saúde que engloba as 54 Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Apoio Social e o Consultório na Rua; Diretoria de Urgência e Emergência, que engloba o Complexo Regulador de Urgência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Central de Leitos e Interserviços, 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 3 Pronto Atendimentos (PA) e 1 Pronto Atendimento Infantil (PAI); Diretoria de Serviços Complementares em Saúde, que engloba o laboratório de análises clínicas municipal, o ambulatório de especialidades da Policlínica Municipal, o Sistema de Internação Domiciliar (SAD), os 3 Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS), sendo eles CAPS Álcool e Drogas, CAPS Infantil e CAPS III com um pronto atendimento em psiquiatria; Diretoria de Vigilância em saúde que engloba as Vigilâncias Ambiental, Sanitária, Epidemiológico e o Ambulatório de HIV/AIDS/Hepatites Virais, Ambulatório de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Ambulatório de Tuberculose, Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) e o Ambulatório Multiprofissional Transexualizador.

Conforme apresentado no parágrafo anterior, o equipamento que fez parte da pesquisa compõe a Diretoria de Atenção Primária à Saúde. O município hoje possui apenas uma Equipe Consultório na Rua Modalidade II, conforme as diretrizes da Portaria n.º 122/2012 que, durante o período de vivência da pesquisa, era composta por 1 enfermeira, 1 psicóloga, 1 assistente social, 2 técnicas de enfermagem e 1 médico. A equipe realiza atendimentos *in loco* conforme a necessidade das pessoas em situação de rua e articula suas ações com Unidades Básicas de Saúde, Rede de Atenção Psicossocial e Rede Socioassistencial (LONDRINA, 2018). A equipe tem sede em uma Unidade Básica de Saúde do município.

Destaca-se que este trabalho faz parte da pesquisa nacional intitulada: “População em Situação de Rua: acesso e barreira ao cuidado em saúde mental, interseccionalidades e equidade para redução das desigualdades” a qual foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal Fluminense, sob número de parecer: 6.794.661. Além disso, foram enviados à secretaria municipal de saúde o projeto e a apreciação do Comitê de Ética, a qual aprovou a realização da pesquisa no município por meio de assinatura de Termo de Autorização Definitiva de Pesquisa.

A entrada no campo de pesquisa ocorreu após aceite a carta convite feita à Secretaria de Saúde para a participação na pesquisa, a qual respondeu através da assinatura do termo de anuência de participação na pesquisa. Em seguida, iniciou-se o contato com uma profissional da Equipe do Consultório na Rua de Londrina e, tão logo ocorreu a compreensão da mesma em relação a pesquisa, iniciou-se a imersão da pesquisadora no campo.

A pesquisadora esteve com a equipe do Consultório na Rua de Londrina no período de agosto a novembro de 2024, três vezes por semana durante o período matutino (7h às 13h), acompanhando os trabalhos da equipe nas ruas da cidade, os atendimentos e encontros com os usuários e as relações do CnaR com os demais

componentes das redes socioassistenciais e de saúde do município.

A forma escolhida para apresentar o conhecimento propiciado por essa pesquisa foi por meio de cenas que exprimem encontros onde as relações estabelecidas entre profissionais, usuários e gestores apontam alguns dispositivos analisadores. Destaca-se que as cenas aqui trazidas foram processadas no coletivo do grupo de pesquisa Trabalho e Cuidado em Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, o qual faz parte do Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde Londrina e sistematizadas em formato de narrativas. São narrativas escritas em primeira pessoa, convidando a leitora a imergir nos encontros e afetações vividos pela pesquisadora.

A seguir apresento três cenas que me atravessaram durante minha vivência junto ao Consultório na Rua, essas narrativas apresentam tensionamentos relacionados à produção de cuidado, principalmente em saúde mental, na rede de saúde de Londrina onde o CnaR está inserido, no entanto, as cenas narradas aqui não dão conta da totalidade de estratégias, ferramentas e relações de cuidado que o CnaR estabelece com os usuários e demais atores desta rede.

5 CENAS E APRENDIZAGENS

5.1 Ação intersetorial e a mente manicomial

Às quintas-feiras a equipe do Consultório na Rua se deslocava no período da manhã para participar da “Ação Intersetorial”, na qual eram realizadas abordagens aos viventes de rua na região central do município, mais especificamente no calçadão e no quadrilátero central.

Esta ação surge, neste formato, a partir do ano de 2024, quando, provocado pela proximidade do período eleitoral, o secretário de saúde da época convocou o CnaR para participar em uma “Ação Intersetorial”, que contaria com a participação das secretarias de assistência social, saúde e segurança pública, envolvendo os serviços de Abordagem Social, Centro Pop, Consultório na Rua, Centros de Atenção Psicossocial, Serviço de Urgência e Emergência e a Guarda Municipal, com o objetivo de promover a retirada das pessoas que vivem nas ruas, principalmente no quadrilátero central (Figura 1).



Figura 1: Manchete de jornal acerca da Ação Integrada no Município de Londrina (ALBUQUERQUE, 2015).

A proposta era que os profissionais destes serviços se encontrassem, no início diariamente, e depois semanalmente, na região central e abordassem as pessoas que vivem nas ruas, na perspectiva de encaminhá-las para algum dispositivo conforme a necessidade (casas de passagem, acolhimentos, unidades de pronto atendimento, hospitais) e demonstrar a ostensiva presença do Estado naquela região. Ao fim de

cada dia de ação intersetorial era realizada uma reunião de avaliação da atividade, com as pessoas que estiveram presentes na ação e profissionais da gestão.

No começo a ação intersetorial foi realizada diariamente, depois, percebeu-se que não havia possibilidade de deslocar profissionais todos os dias para essa atividade e então determinou-se que a ação intersetorial seria realizada semanalmente. Durante minha permanência no CnaR participei das ações intersetoriais realizadas todas as quintas-feiras e, a maioria delas, seguidas de reuniões de avaliação da atividade.

Entre agosto e novembro de 2024, já não participavam mais todos os serviços previstos na proposta inicial da ação intersetorial. Estavam presentes nas ações a equipe do CnaR, profissionais do Centro Pop, do Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS), do CAPS AD e do Programa Nova Trilha[1] e nas reuniões somavam-se trabalhadores do CAPS III, e das gestões, tanto da assistência social quanto da saúde.

A rotina desse momento se dava da seguinte forma, finalizada a ação no calçadão, os profissionais se dirigiam a secretaria de saúde para um momento conjunto com as coordenadoras e gestoras dos serviços (do CnaR, da assistência social e da saúde mental principalmente). Sentávamos todos ao redor de uma mesa e começamos a falar sobre quem tínhamos abordado durante a ação, quase numa lógica de prestação de contas, ou pelo menos essa era minha leitura no começo.

A reunião quase nunca acabava com grandes consensos, mas muitas disputas ali eram explicitadas e algumas alianças construídas. As decisões feitas neste espaço apresentavam efeitos nas ações dos profissionais dos demais serviços da rede, e principalmente geram ação direta na construção do plano de ação a serem tomadas com os usuários, o caso abaixo ilustra as disputas entre os serviços e o efeito que implica na vida da usuária efetivamente:

Uma usuária (usuária 1) que está em situação de rua há muitos anos, que oscila entre momentos de maior ou menor desorganização, foi colocada em fila de internação em uma das reuniões intersetoriais, também pelas equipes entenderem que ela se colocava em risco. Durante a espera da vaga para internação, a qual a

[1] Programa pertencente à Organização da Sociedade Civil denominada Associação Ministério de Missões e Adoração, conveniado ao município, que ofertava espaço de convivência, higiene e alimentação às pessoas que vivem na rua. Hoje extinto.

usuária não tinha conhecimento, ela foi encaminhada para um serviço de acolhimento institucional, onde retomou o uso de suas medicações. Quando a vaga de internação saiu, os profissionais do acolhimento entendiam que não fazia sentido a internação para ela naquele momento, mas a conduta já tinha sido tomada no espaço da reunião intersetorial e, pela importância desse espaço, a decisão foi mantida e então, foi chamado o SAMU no acolhimento institucional, ela foi levada ao hospital psiquiátrico. Quando recebeu alta, voltou às ruas muito mais fragilizada do que quando havia sido internada, e com os vínculos com as equipes extremamente fragilizados, já não aceitava mais ir para o acolhimento, tinha medo que a internassem novamente, tinha medo de ser atendida pelo CnaR e ser encaminhada para internação. Demorou um tempo para aceitar nosso atendimento novamente, hoje, aos poucos, conseguimos retomar os vínculos com ela, ela voltou a acessar o acolhimento, e aceita tomar as medicações psicotrópicas quando está na rua ou no acolhimento. Se encontra muito mais organizada, se recorda dos períodos que precisa realizar medicação injetável e pede para as equipes levá-la ao CAPS, tem longos diálogos com os profissionais sobre sua vida e suas organizações.

A cena acima explicita como o encontro entre estes trabalhadores pode produzir decisões que interferem diretamente na vida dos usuários e que o poder do saber da saúde se sobrepõe a vida da usuária, o qual, pela avaliação do outro serviço, não caberia mais a conduta que havia sido decidida. Mesmo assim, a decisão tomada na reunião da intersetorial se manteve, sobrepondo a opinião de outros profissionais, implicando em um evento violento de descuidado com a usuária.

Merhy e colaboradores (2019) apontam que nos encontros entre gestores, trabalhadores e usuários emergem, na micropolítica cotidiana, nas relações de poder ali instituídas, campos de forças que disputam entre si na produção de processos subjetivantes dos modos de ser e estar no mundo. E que, em suas pesquisas, encontraram-se principalmente com cinco forças-valores que figuram nestes espaços de encontro: força-valor trabalho, território, governo de si e do outro, clínica-cuidado e trabalho em equipe.

Entre essas forças-valores a que mais percebi no espaço da reunião das ações intersetoriais foi a força-valor governo de si e do outro. A força-valor governo de si e do outro emerge quando falamos sobre os saberes do campo da saúde, visto que

estes saberes embasam dispositivos e estratégias que visam a disciplinarização dos corpos (Merhy *et al*, 2019).

À medida que a reunião acontecia, ia se compondo um conjunto de falas que expressavam o desejo, por parte de alguns profissionais, de fazer com que os viventes das ruas do centro da cidade saíssem das ruas, parassem de usar drogas, parassem de existir desta maneira. Falas as quais eram motivadas por diversas situações, como por ouvirem reclamações do comércio local, ou por compreenderem que estar na rua é estar em desproteção, ou que estar na rua não é "digno", ou que haviam situações que se compreendia como "problemas de saúde pública", ou por entender que estar na rua é se colocar em risco.

Era perceptível dentro do grupo da intersetorial um movimento de que em diversos momentos de abordagem às pessoas em situação de rua o questionamento sobre o que fazer e como fazer, e que nestes momentos os campos de forças eram evidenciados e dependendo dos atores e de sua força no coletivo algumas e não outras decisões eram tomadas. O próximo caso evidencia o desafio das equipes de efetivar as decisões tomadas na intersetorial e ao mesmo tempo tensiona a invenção não só do usuário, como por parte de alguns profissionais na criação vínculo:

Há um usuário (usuário 2) que está desde a infância em situação de rua, a equipe tem uma certa dificuldade de comunicar-se com ele, é como se ele "vivesse em seu próprio mundo", anda no meio dos carros, não presta atenção muito ao redor (isso sob o olhar das equipes/sistema) e por isso entende-se que ele se coloca em risco de vida. Ele já foi internado mais de 10 vezes, mas sempre retorna às ruas. Em certo momento, durante a reunião da intersetorial é optado por inseri-lo mais uma vez na central de regulação para internação. Quando sai a vaga, todas as equipes são acionadas para procurá-lo. E, meio que como se o usuário soubesse, neste dia ele corre da equipe, literalmente, corre pelo centro da cidade fugindo dos profissionais da saúde e da assistência social. Corre por dentro do terminal de ônibus, pelas ruas, e os profissionais correm atrás, na tentativa de conseguir mantê-lo parado em algum lugar e acionar a guarda municipal e o SAMU para que o mesmo seja internado. Por algum motivo, isso não é possível, ele corre tanto que as equipes o perdem de vista, e ele perde o prazo das 24 horas para dar entrada na internação. Ele se mantém na rua, continuamos encontrando ele, conversando, ofertando o que ele aceita. No

momento ele foi colocado novamente para fila de internação… E aqui seguimos esse ciclo (Anotações diário cartográfico).

Na discussão do que se fazer em relação a esse usuário evidenciava a disputa dos campos de forças ali presentes, do desejo, fundamentado a partir, principalmente, de saberes da saúde, da normatização do corpo biológico, do entender que, ao fazer uso de substâncias, ou apresentar algum transtorno de saúde mental, ou por simplesmente referir que deseja permanecer na rua, o usuário demonstrava a perda da sua autonomia e, portanto, colocava-se em risco. Nessa lógica de pensamento, a sugestão então era intervir na vida do outro, utilizando-se principalmente da estratégia da internação psiquiátrica involuntária. Tal compreensão pode ser analisada pela noção de biopoder, conforme discutido por Michel Foucault, para quem o poder moderno se exerce como “um conjunto de mecanismos pelos quais se tenta ‘fazer viver’ e ‘deixar morrer’” (FOUCAULT, 1988), operando por meio da produção de normas sobre os corpos e as condutas.

Essa racionalidade, entretanto, entra em tensão com perspectivas críticas do campo da Saúde Coletiva e da Reforma Psiquiátrica brasileira, que problematizam a redução da autonomia a critérios normativos e a centralidade de práticas coercitivas no cuidado. Como destaca Paulo Amarante, a reforma psiquiátrica propõe “a superação do modelo asilar e a construção de práticas centradas na liberdade e nos direitos dos sujeitos” (AMARANTE, 2007a). Nessa mesma direção, José Ricardo Ayres enfatiza que o cuidado em saúde deve ser compreendido como “um encontro entre sujeitos, mediado por saberes, práticas e valores” (AYRES, 2004), no qual a autonomia não é um atributo individual isolado, mas algo construído relacionalmente.

Nesse sentido, havia movimento de resistência à internação psiquiátrica involuntária entre os trabalhadores da ação intersetorial, eram um grupo menor de pessoas que defendiam a vida e o desejo do usuário, apontando os direitos dos pessoas em situação de rua. Elas compreendiam que a potência do cuidar ia além de uma ação que agiria de forma arbitrária sobre os corpos das pessoas.

Explicitam que compreendem o cuidado de forma similar apontada por Emerson Elias Merhy e colaboradores, onde o cuidado em saúde é produzido no “trabalho vivo em ato” (MERHY, 2002), no qual o encontro entre trabalhador e usuário constitui espaço privilegiado de invenção de práticas mais sensíveis às necessidades reais. Nessa mesma direção, estudos sobre redução de danos no contexto brasileiro

indicam que tais práticas “afirmam a autonomia dos sujeitos e ampliam suas possibilidades de cuidado” (PASSOS; SOUZA, 2011), ao priorizarem o vínculo, a escuta e a construção compartilhada das estratégias de intervenção. Dessa forma, a centralidade da internação involuntária como resposta tende a ser tensionada, abrindo espaço para estratégias territoriais, intersetoriais e orientadas pelos princípios do Sistema Único de Saúde, especialmente a integralidade, a equidade e o cuidado em liberdade.

Sentia meu corpo como um fluxo durante essas reuniões, sendo sempre atravessado. E às vezes assim como sentimos uma forte chuva chegando com uma forte neblina o sofrimento pairava durante as discussões. Sofrimento esse que o trabalhador expressava pela dificuldade de, ao encontrar situações tão complexas nos encontros com os usuários, conseguir ofertar apenas as ferramentas e estratégias que a rede apresentava, as quais mostravam-se insuficientes, principalmente no campo da saúde mental. Como expresso no excerto:

> “Se você estivesse por aí fora da realidade, você ia querer que eu te abandonasse pra ser atropelado, ou sofrer violência, ou ia querer que eu intervisse????”. Fala de uma trabalhadora na defesa da intervenção pela via da internação psiquiátrica involuntária (anotações diário de cartográfico).

E assim, na escassez de outras ofertas da rede de saúde mental, e também da rede socioassistencial, a internação psiquiátrica involuntária ia ocupando espaços, figurando espaço central nas caixas de ferramentas dos trabalhadores. Pela falta de ofertas, a força que opera em prol de não internar se vê refém, perdendo a disputa, e o processo subjetivante acaba capturado por essa lógica. Afinal, os campos de forças disputam também quais as ofertas que serão apresentadas enquanto rede de serviços de saúde e produzem processos de subjetivação também na maneira em que o profissional constroi e opera sua caixa de ferramentas. Nesse debate, compreendemos a subjetivação enquanto “processos contínuos de tensionamento (produzidos pelas forças em disputa) que conformam os sujeitos no cotidiano da vida” como apresentado por Merhy (p. 72, 2019), estes processos são permeados pelas histórias de vida das pessoas, pelos efeitos da composição dos coletivos, pelos encontros com os territórios, pelas crenças religiosas e políticas de cada um, entre muitos outros fatores.

A caixa de ferramentas do trabalhador é constituída de maneira diversa a partir

de suas experimentações a partir de sua formação, da sua história e de seus encontros no mundo do trabalho, portanto, a maneira que o trabalhador compreende subjetivamente seu espaço de trabalho com todas as relações que o atravessam neste espaço vai compondo sua caixa de ferramentas e sua maneira de agir e produzir cuidado no cotidiano (FRANCO, 2013).

A escassez de ofertas e a frequência de maus encontros, sejam com a gestão, com ferramentas, protocolos, outros trabalhadores ou usuários, pouco espaço para a invenção e experimentação, com pouca liberdade para o trabalhador exercer seu trabalho com autonomia e inventividade tende a produzir encontros redutores da potência de agir do trabalhador, Franco (2013) aponta que:

> "É como que se fosse necessário para que o estado, no seu ato de governar, produzisse no outro a redução da sua potência de agir, ou seja, o estado vive de produzir paixões tristes, é o modo singular de manter o controle sobre os movimentos próprios da atividade humana, em específico neste caso, sobre o trabalho em saúde."

Entretanto, mesmo na tentativa da captura através das "paixões tristes" na tentativa de reduzir sua potência, o trabalhador, com sua caixa de ferramentas forjada na experimentações do mundo do trabalho ainda busca bons encontros, que produzam paixões alegres e estimulem a retomada de um "agir-libertário" (FRANCO, 2013), que foge da captura das repetições e busca a inventividade junto aos usuários.

Ao encontro ao exposto acima, dialogando com Franco, a equipe do Consultório da Rua de Londrina não têm a internação involuntária enquanto ferramenta prioritária de oferta de cuidado, muito pelo contrário, o CnaR figura como defensor de outras alternativas na produção de cuidado junto às pessoas que vivem nas ruas, na busca de bons encontros, que consigam produzir no encontro entre trabalhadores e usuários cuidado em liberdade, autonomia e inventividade juntos. Entretanto, devido às inúmeras disputas travadas no cotidiano relacionadas às políticas para os viventes de rua, o CnaR, em alguns momentos, é utilizado como ferramenta de efetivação da lógica manicomial, mesmo sob resistências dos seus profissionais. E, na tentativa de produzir cuidado, mesmo sob fortes tensionamentos manicomiais, o CnaR tenta criar brechas, ampliar em pequenas atitudes a produção do cuidado junto ao usuário, como na situação abaixo:

O usuário (usuário 3) que permanece no centro de Londrina, está em situação de rua desde a infância, anda pelo centro de Londrina e pelas cidades vizinhas, acessa o acolhimento de vez em quando. Em uma das reuniões entende-se que ele pode estar se colocando em risco, e opta-se pela internação dele. Eu diria que numa perspectiva de "dar um tempo pras equipes". Sai a vaga de internação, ele é levado ao hospital psiquiátrico, a equipe do CnaR vai visitá-lo durante a internação. Ele reclama muito de estar lá, a equipe vai tentando ao longo do período da internação articular com a rede para que ele vá para algum lugar após a alta. Este usuário sempre nos contava de como tinha um sítio que ele vivia com a família quando era mais novo, e como ele gostava de mexer com a terra, com animais. Conseguimos negociar uma vaga de Comunidade Terapêutica no município, que possuía essa possibilidade de contato com horta e animais, pensamos enquanto equipe que ele poderia aceitar ir para lá já que gostava desse contato. A equipe, em visita, mostrou fotos e vídeos, ele ficou empolgado com a possibilidade e aceitou ir. Mesmo que alguns profissionais da equipe do CnaR não concordassem com a lógica das comunidades terapêuticas, a equipe avaliou que, dentro das possibilidades que a rede ofertava, era a possibilidade que mais produzia cuidado em conjunto com o usuário, a partir de sua história de vida e seus desejos.

Nessa cena os trabalhadores do CnaR construíram para essa pessoa uma rede antes considerada não possível de ser costurada. Pois, ela não estava nos protocolos e muito menos seguia a lógica dos fluxos tradicionais da rede de serviços de saúde e de assistência. Foi a partir de elementos construídos no caminhar com o usuário no seu cuidado que se pensou na opção da comunidade terapêutica como uma possibilidade de fuga da oferta do hospital psiquiátrico.

Reconhecer essa escolha como uma possibilidade de cuidado naquele momento não significa desconsiderar as importantes críticas dirigidas às Comunidades Terapêuticas, especialmente quando operam a partir de práticas segregadoras, moralizantes, disciplinares e centradas única e exclusivamente na abstinência. São espaços que em sua maioria reproduzem lógicas manicomiais e apagamento dos modos de existência das pessoas institucionalizadas, aproximando-se de uma gestão da vida que seleciona quais formas de viver são consideradas aceitáveis.

Entretanto, a cena também nos obriga a olhar para as contradições concretas da rede, pois existe uma rede insuficiente de saúde mental que não consegue oferecer alternativas suficientes para responder às necessidades das pessoas acompanhadas. Para aquele usuário, naquele momento, a Comunidade Terapêutica não aparecia como cenário ideal, mas como uma possibilidade construída a partir das poucas ofertas disponíveis e de elementos de sua própria história — seu desejo de estar próximo da terra, da horta e dos animais. Mais do que defender esse dispositivo, a cena tensiona a própria rede e nos pergunta sobre quais alternativas estamos conseguindo produzir quando, entre a internação psiquiátrica e uma rede territorial insuficiente, uma oferta tão controversa passa a ser aquela que, naquele encontro singular, ainda parece capaz de produzir algum cuidado.

Em outro cenário, numa rede de saúde mental mais fortalecida (não apenas em número de equipes e de profissionais, mas em diversidade de maneiras de ofertar cuidado em saúde mental alinhados com a perspectiva do cuidado em liberdade), a oferta de cuidado em outros dispositivos da rede na lógica da desinstitucionalização e da redução de danos poderiam suprir as necessidades de saúde mental deste usuário, entretanto, a rede de saúde mental do município apresenta-se de maneira frágil, mostrando-se insuficiente para as necessidades da rede e dos usuários tanto em número de dispositivos quanto em ofertas de produção de cuidado em rede.

Após vivenciar essas e outras cenas nas atividades promovidas pela ação intersetorial, minha leitura desse espaço é que ele se constitui em um momento muito potente para a produção, ou não do cuidado às pessoas em situação de rua. Visto que se constitui enquanto um espaço diverso com pessoas de visões de mundo bastante diferentes, constituídas cada uma a partir de sua própria história de vida, de suas convicções ético-políticas, de suas convicções religiosas, dos encontros e marcas já vividos com usuários, trabalhadores e gestão (Merhy *et al*, 2019).

Minha marca em relação a este espaço é de uma grande batalha, cada um com seus discursos disputavam modos de cuidados e faziam, quase que de maneira palpável, aparecer os campos de forças ali presentes. Campos de força estes que disputavam principalmente na força-valor governo de si e do outro, a interdição ou não do modo de viver dos usuários que encontrávamos, a partir de lógicas pautadas nos saberes da saúde, nos saberes da psiquiatria, das compreensões de cada um acerca do vivido nas ruas enquanto trabalhadores e gestores (Merhy, 2019).

As reuniões pós intersetorial produziram em mim afetações intensas, principalmente pelas relações de poder ali instituídas, na limitação, no pouco espaço de reinvenção das práticas, no esforço na manutenção de uma lógica manicomial e higienista e o quanto isso vai nos capturando, o quanto a nossa subjetividade fica impregnada por esses movimentos, e o quanto urge a necessidade de explorarmos e produzirmos outros espaços para desejarmos e inventarmos mil outras possibilidades de cuidado.

5.2 Longe do centro, longe dos olhos: Cuidado nas ruas e pela rede de apoio ao Gerânio

Fora da influência da ação intersetorial sobre o agir dos profissionais do CnaR, longe da região central, nas periferias do município, há muitas outras formas de experienciar o viver nas ruas, trago aqui um usuário que encontrei nessas andanças do consultório na rua: história do Gerânio.

Gerânio, há cerca de 15 anos, sofreu um acidente de moto que causou um dano neurológico permanente, e hoje ele não sabe bem que dia é, que ano estamos, repete palavras e frases, tem a memória de longo prazo bem preservada, mas a memória recente não e, após este acidente, passou a ter convulsões frequentes. Ele também é usuário de álcool desde muito jovem. A equipe do CnaR acompanhava Gerânio em atendimentos mais pontuais, solicitados pelo serviço de abordagem social, renovava as receitas, realizava exames de rotina e acompanhamentos periódicos à medida da necessidade do Gerânio, como é feito com boa parte dos usuários do CnaR.

Gerânio vivia em um sofá próximo à um Serviço de Saúde, sua família residia no mesmo bairro, suas irmãs levavam todos os dias comida e as medicações que Gerânio utilizava. Frequentava os estabelecimentos do território, os vizinhos o conheciam desde muito jovem, os moradores e comerciantes do bairro iam, ao longo do dia, cuidando do Gerânio cada um à sua maneira. Quando Gerânio tinha crises convulsivas, o serviço de saúde próximo a ele o atendia. Além dos acessos aos cuidados no território, Gerânio também ia eventualmente em consultas no CAPS AD, no centro da cidade. Entretanto, o acesso a esse serviço era mais difícil, pela distância do seu local de permanência. Pelo fato do Gerânio permanecer na rua, exposto às intempéries do tempo, a família sentia que não conseguia cuidar dele, e já havia internado ele diversas vezes, e agora, estava mais uma vez apostando nessa estratégia.

A rotina de Gerânio, sua permanência no bairro e suas relações neste território mostram que o local não é apenas um espaço físico, ele se dá nas relações que ali são estabelecidas, o território não é apenas um local inerte, ele se constitui pelas ações, relações, comunicações que se dão ali no cotidiano do território (SANTOS,

2006). A trajetória de Gerânio evidencia que o cuidado não se restringe aos serviços de saúde, mas se produz nas relações cotidianas construídas no território. Embora permanecesse em situação de rua, sua vida estava inserida em uma complexa rede de apoio composta por familiares, comerciantes, vizinhos, trabalhadores do serviço de saúde local e equipe do Consultório na Rua. Tal configuração revela aquilo que Merhy (2002) denomina de produção viva do cuidado, isto é, processos de cuidado que se constroem nos encontros e nas relações concretas entre sujeitos.

Mais do que um espaço geográfico, o bairro emerge como território existencial (Guattari; Rolnik, 1996), constituído por vínculos, afetos, memórias e formas de pertencimento. Nesse contexto, Gerânio não ocupava apenas uma condição de vulnerabilidade, mas produzia modos singulares de habitar a rua, sustentado por uma rede comunitária que reconhecia sua presença e participava cotidianamente de seu cuidado. Gerânio, ao permanecer neste local, próximo à suas irmãs, próximo ao serviço de saúde, em um local onde já é conhecido desde jovem, encontra-se envolvido em uma rede viva, onde os atos cotidianos (medicação, alimentação, diálogo) compõe o cuidado no território.

Práticas que por vezes eram discretas, nem sempre reconhecidas como ações formais de saúde, mas que compunham uma rede de cuidado e responsabilização em torno de sua vida. Nesse arranjo, a equipe de saúde era uma das participantes da trama, mas não constituía, sozinha, toda a rede, que era tecida também por atores, vínculos e recursos existentes no próprio território (YASUI, 2010; FRANCO; MERHY, 2013). Gerânio habitava uma brecha entre uma certa autonomia e a interdependência que tornava sua vida cotidiana possível (YASUI, 2010).

A história de Gerânio nos ajuda a aproximar, de forma concreta, aquilo que a Reforma Psiquiátrica Brasileira vem tentando afirmar ao longo das últimas décadas. Quando olhamos para sua vida no território, atravessada pelo uso prolongado de álcool, por um trauma neurológico e pela permanência na rua, não encontramos apenas marcas de vulnerabilidade ou de desassistência. Encontramos também uma rede de relações que sustentava sua existência de maneiras que não cabem facilmente nas formas mais tradicionais de cuidado.

Mesmo em uma vida atravessada por tantas rupturas, havia vínculos sendo produzidos e mantidos no cotidiano. Pessoas que o reconheciam, que sabiam de sua história, que de algum modo participavam de sua rotina e de sua sobrevivência. É

nesse ponto que o caso de Gerânio nos provoca: ele mostra que o cuidado não está restrito aos serviços de saúde ou às instituições, mas pode acontecer — e muitas vezes acontece — no próprio território, nas relações que se constroem no dia a dia. A Reforma Psiquiátrica, como aponta Amarante (2007b), desloca justamente esse olhar. Em vez de tomar a doença como centro, ela convida a olhar para a vida concreta das pessoas, para seus modos de existir, suas relações e seus contextos. Isso significa reconhecer que o cuidado não precisa necessariamente passar pela ruptura dos vínculos já existentes, mas pode, ao contrário, se apoiar neles e fortalecê-los. No caso de Gerânio, permanecer no território não era apenas uma condição de vida, mas também a possibilidade de manter laços familiares, convívio comunitário e formas de cuidado que dificilmente seriam reproduzidas em um espaço institucional fechado.

Essa experiência nos ajuda a perceber que a ideia de cuidado em liberdade não se reduz a uma oposição simples entre estar ou não internado. Ela envolve algo mais complexo, que diz respeito às diferentes formas de compreender o que é proteger alguém, o que é promover autonomia e o que significa apoiar uma vida. Em alguns momentos, essas dimensões podem entrar em tensão. O que o caso de Gerânio evidencia é justamente esse campo de disputas, onde não há respostas prontas, mas escolhas que precisam ser construídas a partir das situações concretas de cada vida.

A vida de Gerânio nos convida a pensar como o cuidado em liberdade se produz na prática, no encontro com as pessoas e com os territórios, e como ele depende menos de um lugar específico e mais da capacidade de sustentar relações que façam sentido para quem vive essas experiências.

Por mais que a existência da rede viva proporcionasse cuidados no território para o Gerânio, é preciso também considerar a vulnerabilidade de estar na rua, exposto às intempéries do tempo, à desproteção, à violência. É justamente nessa coexistência entre cuidado, vínculo, vulnerabilidade, desproteção e sofrimento familiar que a internação aparece como caminho de cuidado. Sua família, embora participasse ativamente dos cuidados, sentia que não conseguia protegê-lo adequadamente enquanto ele permanecia exposto na rua. A internação não surge como uma decisão isolada, mas como efeito de uma composição de forças: a preocupação das irmãs, as limitações das ofertas territoriais, as barreiras de acesso ao CAPS AD e a presença do hospital psiquiátrico como resposta concretamente disponível na rede formal.

Mesmo a equipe do CnaR não concordando completamente com a ideia da internação do Gerânio, neste momento, por conhecer a história dele e da sua família, a equipe optou por não intervir nesta escolha, afinal, a família viveu momentos com o usuário que a equipe não conhece. Yasui (2010) aponta que a produção de cuidado em saúde mental perpassa, entre muitos outros agenciamentos, pela negociação entre interesses divergentes entre equipe, família, usuário além de outros atores. Com Gerânio a equipe ficou dividida entre um modelo conhecido, hegemônico, centrado na internação, e a necessidade de inventar outras formas de cuidado em liberdade e por fim optou em acompanhar a escolha da família.

Tomada a decisão, a equipe do CnaR acompanhou Gerânio e a irmã até o CAPS AD para que ela solicitasse a internação, neste momento, Gerânio sinalizava que até concordava com a internação. O médico o inseriu na fila para internações involuntárias. Após algumas semanas, a vaga de internação foi liberada e a equipe do CnaR foi encontrá-lo para levá-lo. Fomos eu e Violeta (enfermeira da equipe) para encontrar o Gerânio. Encontramos Gerânio no sofázinho, conversamos um pouco e perguntamos se ele nos acompanharia numa consulta com o médico. Ele topou. Chamamos o SAMU (porque o CnaR não pode conduzir usuários dentro do carro) e esperamos cerca de 1 hora.

Durante esse tempo, fomos conversando com o Gerânio, que nos contava uma histórias da sua juventude, quando ele andava pela cidade de moto com seu irmão (gêmeo). Conversamos também sobre sua família, sobre seus pais, seus irmãos e assim seguimos durante esse tempo esperando o SAMU.

Aqui me senti de certa forma enganando o Gerânio, não sabemos se ele sabia que ele estava indo para uma internação, mas nós também não falamos abertamente que era uma internação. Há nessa cena a complexidade do trabalho na rede, e também o sofrimento do trabalhador. Por mais que eu e a enfermeira estivéssemos ali, escutando e refletindo sobre a vida que Gerânio nos contava, presentes nesse encontro, estávamos também operando uma estratégia de cuidado que leva muito pouco em consideração os desejos do usuário, que não abordamos novamente com ele para saber se ele ainda concordava com essa escolha.

Novamente dialogo com Yasui (2010) que traz o quanto a equipe de saúde, em especial de saúde mental, se equilibra em cordas bambas. Precisa tensionar as ofertas de cuidado com a família, com a rede de serviços e com a sociedade, tentando

a todo tempo inventar outras possibilidades de cuidado, enquanto, os demais serviços e instituições cobram, inclusive nos âmbitos políticos e midiáticos, condutas hegemônicas, hospitalocêntricas e médico-centradas.

Há também a corda bamba do cuidado que produz autonomia e não controle, que estimula e considera a autonomia e os desejos do usuário, para que ele faça suas escolhas enquanto a equipe o apoia, e a necessidade de cuidar para que isso não se torne tutela excessiva, que invalide e subjugue o usuário no seu processo de escolhas (YASUI, 2010; PETUCO, 2016). É preciso “atentar para um tênue limite, além do qual corremos o risco de criar uma estratégia que pode ter a pretensão de totalizar e controlar a vida do indivíduo.” (YASUI, 2010).

Fomos com o SAMU para o Hospital Psiquiátrico da cidade. Ao chegar, demos entrada com os documentos e aguardamos a médica chamar para avaliação, nisso Gerânio já estava ficando impaciente, negociamos, conversando, pra ele ficar, e ele foi ficando... Até que a médica chamou, entrei com ele, ela realizou a anamnese e pediu para aguardarmos. Logo após, uma outra profissional o chamou para trocar de roupa, nos deu seus pertences. Gerânio olhou pra nós, nos agradeceu, e foi para dentro acompanhado da profissional.

Enquanto aguardávamos, conversamos com a sobrinha do Gerânio, para informar a família sobre sua internação, e que deixaríamos os pertences e a carteirinha para visitação com eles ainda naquela semana.

E como foi pra mim? Complexo, um misto de captura, reflexão, furacão no meio dessa rede capenga da saúde mental.

Quando eu era residente, tive um embate complexo com uma outra residente psicóloga que fez uma “emboscada” para a internação de um rapaz de 18 anos com ideações suicidas. E eu fui bastante firme à época quanto a minha contrariedade sobre a internação. O que gerou diversos conflitos e situações no espaço de trabalho durante a residência.

Quando eu entro no consultório na rua, eu passo a compreender que é dessa maneira que a rede opera mesmo. Em um dia durante a ação intersetorial eu me pergunto:

– Será que fui radical demais? – pensando sobre a cena durante a residência, pois aqui, todos os profissionais topavam a internação, e entendiam como parte do processo. Como caminho principal.

O cuidado em saúde é um trabalho que opera no campo na subjetividade. Os encontros entre trabalhador-usuário, trabalhador-trabalhador, trabalhador-gestão são encontros entre subjetividades que disputam suas maneiras de produzir cuidado. Mesmo que haja protocolos, normativas que norteiam o trabalho em saúde, no momento do encontro, o profissional irá produzir cuidado junto ao usuário a partir de sua subjetividade e em conjunto à subjetividade do outro (FRANCO & MERHY 2013).

Encontros em que o trabalhador precisa operar com escassez de ferramentas e ofertas na rede, em que lida cotidianamente com desvalorizações, assédios, pressões higienistas podem produzir processos subjetivadores que fortalecem práticas manicomiais e castradoras e o modelo hegemônico, mesmo com equipes potentes que lutam cotidianamente para a invenção de outras formas de cuidar (YASUI, 2010; FRANCO & MERHY 2013).

O cuidado em liberdade não se efetiva na desinstitucionalização, na construção de CAPS e serviços territoriais, quando muda-se o local de atuação, mas não muda-se a maneira de produzir o cuidado. É na disputa cotidiana de modelo de cuidado, através de encontros e processos de subjetivação, que a aposta do cuidado em liberdade pode, ou não, efetivar-se. E para isso é necessário que haja tempo, tempo para diálogos, trocas, encontros, reflexões onde essas subjetividades possam aparecer e construírem conjuntamente maneiras de cuidado mais próximas da vida e do território (YASUI, 2010; ALMEIDA & MERHY, 2020).

Finalizo essa cena refletindo que nesses dois meses de imersão no serviço, eu fui também sendo subjetivada, e com certeza capturada, e minha malinha de ferramentas foi sendo (re)formada, e a internação passou a figurar um certo espaço dentro da minha valise. A forma como a rede opera as ofertas em saúde mental mexeu também em mim, me fez questionar meus incômodos e meus posicionamentos. Às vezes penso que na nossa mente existe um hospital psiquiátrico e que tentamos sair de dentro dos corredores, encontrar a saída, mas que em alguns momentos somos empurrados mais pra dentro ainda, para mais longe da porta.

5.3 Mansão

Logo na primeira semana conheci um espaço chamado "mansão". A trabalhadora que estava comigo me conta que a mansão era uma cena de uso: um

sobrado na região central da cidade que havia sido ocupado. Por ser uma cena de uso e tráfico, ocupada principalmente por pessoas em situação de rua era frequentemente alvo de ações realizadas pela polícia. Em 2024, agentes do Estado (Segurança Pública) em conjunto com a proprietária do imóvel demoliram este sobrado (Figura 2).



Figura 2: Reportagem sobre a demolição da antiga mansão ocupada por pessoas em situação de rua (MARCONI, 2024).

Antes mesmo de conhecer as pessoas que frequentam e permanecem na mansão, me deparo com a primeira forma que o Estado aparece neste território - de forma violenta, com a presença da força policial e com a posterior demolição do local, com vistas a eliminá-lo e, assim, desconsiderando as formas de existências das pessoas que ali permeiam. Essa cena dialoga com a discussão que Mbembe (2018) traz sobre a soberania enquanto poder exercido sobre a vida e a morte entrelaçado

com estratégias de necropolítica que produzem “mundos de morte” e definem quais vidas podem ser submetidas à violência e morte.

Na sua obra, Mbembe costura o conceito de biopoder de Foucault, o qual aponta que o poder parte da lógica biologizante para dividir e controlar as populações entre quem deve viver e quem pode morrer, o que Foucault apresenta como racismo - uma tecnologia do poder que permite a aceitabilidade do fazer morrer, Mbembe relaciona este conceito com a ideia de que a soberania se “expressa predominantemente pelo direito de matar” através produção de um estado de “exceção, emergência e inimigo ficcional”:

> “A percepção da existência do Outro como um atentado contra minha vida, como uma ameaça mortal ou perigo absoluto, cuja eliminação biofísica reforçaria meu potencial de vida e segurança, é este, penso eu, um dos muitos imaginários de soberania, característico tanto da primeira quanto da última modernidade.”

A história da demolição da mansão justificada por ser cena de uso e tráfico aponta como o poder Estatal opera na lógica necropolítica de escolher quais vidas podem ser submetidas à exclusão, invisibilidade, violência e morte. Este mesmo poder opera criando, por meio do uso das mídias, um “inimigo ficcional” e fortalece a construção subjetiva na população de que esse local deve ser atacado para que a segurança da “população geral” possa ser garantida.

Após a demolição, as pessoas que ali viviam se organizaram e alugaram uma casa próxima a região da antiga mansão, e formaram a nova mansão. A trabalhadora (trabalhadora 1) do Cnar fala que a equipe ainda não pode acessar a nova mansão, mas que iríamos hoje para ver se encontramos quem estamos procurando. Esse novo espaço fica na mesma região da anterior, em um portãozinho de ferro, ao lado de um prédio público abandonado, que dá acesso à uma casa de fundo, a trabalhadora me conta que como essa casa é alugada a polícia não pode invadir.

Chegamos, paramos em frente ao portãozinho, um menino que está sentado na frente da casa faz sinal para alguém lá dentro e depois fala que podemos entrar. Ficamos assustadas com o convite, pois até o momento não haviam deixado a gente entrar, a sensação que emerge é de “vamos aproveitar o convite!!”.

Percebi que desde a minha primeira semana no CNAR estranhei de como chegamos nos lugares, pois no CnaR nem sempre se bate palma, não se fala alto para chamar alguém. A gente para na frente e espera as pessoas nos verem e se manifestarem como querem que façamos, só então chegamos perto e falamos baixo. Entendo que os códigos e as formas de estabelecer as relações nesse novo lugar são muito diferentes e pedem ações distintas em cada situação, e que a equipe do CnaR é mais permeável a essas mudanças de abordagens.

Sobre a delicadeza da equipe do CnaR para as abordagem e entradas nos territórios gostaria de refletir sobre essa outra presença do Estado nestes espaços, para além da presença bruta da segurança pública, a saúde também faz parte do poder Estatal e pode construir uma outra lógica de relação nos espaços que entra.

Merhy (2013) compreende que o trabalho em saúde ocorre através do encontro e é nesse momento único de encontro entre trabalhador e usuário que o trabalhador faz escolhas em relação a maneira que o trabalho em saúde pode se desdobrar. O autor aponta que no trabalho cotidiano o trabalhador em saúde desenvolve, no espaço micropolítico, um núcleo tecnológico, que é composto pelo trabalho vivo e trabalho morto. O trabalho vivo é o momento do encontro entre o trabalhador e usuário em que há permeabilidade e disponibilidade para o outro, e assim, o cuidado em saúde é produzido em ato em conjunto entre trabalhador e usuário. O trabalho morto é compreendido pelos instrumentos e materiais que foram previamente produzidos e serão utilizados como ferramentas pelo trabalhador no momento do trabalho vivo.

Nesse mesmo sentido Feuerwerker (2014) nos faz compreender que o trabalhador pode articular ferramentas tecnológicas de trabalho que estão distribuídas em três caixas de ferramentas. A primeira diz respeito às tecnologias duras, que envolvem os materiais e protocolos utilizados no trabalho em saúde. A segunda se refere às tecnologias leve-duras, que correspondem aos conhecimentos técnico-científicos que precisam ser articulados durante o encontro para atender as necessidades em saúde. E a terceira compreende as tecnologias leves, que pertencem ao campo relacional, tecnologias que contemplam a escuta, o vínculo, o interesse, a construção da confiança e da relação com o usuário.

Ou seja o momento do encontro entre trabalhador e usuário pode ser centrado no trabalho vivo, onde as tecnologias leves predominam e o trabalhador está permeável ao usuário, disponível ao encontro a partir da escuta, e as tecnologias leve-

duras e duras, componentes do trabalho morto, compõem o encontro de maneira a apoiar as estratégias de cuidado escolhidas em conjunto entre usuário e trabalhador. Entretanto, a produção de cuidado também pode estar centrada no trabalho morto, onde as ferramentas duras e leve-duras predominam e a permeabilidade ao encontro está reduzida, diminuindo a disponibilidade ao encontro e à produção de cuidado que faça mais sentido com a realidade do usuário (Merhy, 2013; Feuerwerker, 2014).

Ao trazer a cena da delicadeza do CnaR ao aguardar os movimentos e respostas em relação à abordagem e o respeito ao espaço que será adentrado, compreendo que o processo de trabalho está mais voltado ao trabalho vivo e às tecnologias leves de cuidado. No trabalho cotidiano o trabalhador negocia aquilo que está instituído e o que o trabalhador acredita que seja necessário para cada momento de encontro e assim, o trabalhador reinventa a sua autonomia e modos de agir na produção de cuidado cotidiana durante a relação intersubjetiva do encontro entre trabalhador e usuário (Feuerwerker, 2014).

Seguimos por um corredor largo, tipo uma entrada de carros, que no fim tem uma casa, onde na varanda está sentado esse menino. Atrás da varanda uma porta marrom fechada, dela sai uma senhora, de uma maneira bem delicada, para que não seja possível ver lá dentro. Ao lado dessa casa tem uma outra casa e em frente dessa outra casa tem um espaço com uma cobertura, tipo uma cobertura de eternit de garagem, ali estão sentadas umas 10 pessoas, em roda, conversando, com seus cachimbos na mão.

Logo que entramos surgem diversas demandas, principalmente de pessoas trans, tanto relacionadas com as questões da transição (como encaminhamento ao ambulatório trans), quanto outras diversas. Um dos meninos, que é o menino que estava na frente, nos lembra que ele precisa realizar seu anticoncepcional. Além disso, há uma demanda mais urgente de um senhor que está muito mal, já está de cama há 3 dias, não come, não se levanta.

Avaliamos este senhor e outras pessoas, realizamos os procedimentos e encaminhamentos necessários. Já chegando ao fim dos atendimentos, nos encaminhamos para para aplicar o anticoncepcional do rapaz, nisso vou até ele pedir para que ele colete um pouco de urina, nesse momento ele pergunta "pode ser daqui a pouquinho", com uma lata na mão, para o uso de crack. Eu respondo que claro que a coleta pode ser daqui a pouco, e que não há problema em esperar um pouco para

que ele possa fazer o uso, ninguém precisa ter sua brisa atrapalhada por um exame de urina.

Ayres (2004) afirma que a assistência à saúde torna-se efetivamente cuidado no momento em que o profissional está permeável e atento ao que o outro tem a dizer e o que deseja como modo de vida, reconhecendo os saberes deste outro, construindo atitudes e espaços que permitam encontros intersubjetivos o mais simétricos possíveis entre usuário e trabalhador. E neste encontro produzir uma "sabedoria prática para a saúde" que abre espaço para negociação dos meios e objetivos das ações em saúde.

A cena que negocia o momento da coleta do exame a partir do respeito do modo de vida cotidiana do usuário demonstra que é possível construir práticas permeáveis à vida e ao tempo dos usuários, e que é possível convocar uma maior horizontalidade entre profissional e usuário no dia-a-dia dos serviços. Quanto mais disponíveis para o encontro estão trabalhadores e usuários, mais possível é o reconhecimento da legitimidade dos saberes, e mais potente se torna o encontro entre as pessoas e suas subjetividades, de maneira que ambas se afetam e se modificam no processo (Feuerwerker, 2014). Cada encontro é uma possibilidade de reflexão sobre os processos de trabalho e ampliação da escuta do outro no seu modo de existir.

A mansão me provoca pela ideia de ser um local com pessoas que estão juntas, vivendo e lidando com os atravessamos cotidianos, inclusive, nos momentos de uso de drogas. Não tenho a intenção de romantizar este espaço, compreendo que nele coabitam relações que perpassam conflitos, controles, violências, mas também, nas suas multiplicidades, relações de parcerias, de solidariedade e de cuidado.

A Mansão nos provoca justamente por aquilo que vai sendo produzido ali no cotidiano. Em um espaço atravessado pela precariedade, pelo uso de drogas, por conflitos e pela constante possibilidade da violência, também se constroem relações, acordos, formas de acolher, compartilhar e cuidar. Pelbart (2003) nos ajuda a pensar que, mesmo quando a vida é alvo de tantas tentativas de controle e captura, ela não se reduz completamente a elas. Há algo da vida que insiste, que encontra brechas, se rearranja e inventa outras maneiras de continuar existindo. A antiga Mansão foi destruída, mas as pessoas que viviam e circulavam por aquele espaço se reorganizaram, encontraram outra casa e, de alguma maneira, fizeram surgir uma

nova Mansão. Não sem perdas, não sem medo e muito menos sem precariedades, mas a vida encontrou outro lugar para seguir acontecendo.

A sociedade em que vivemos demoniza o uso de drogas, coloca a droga como a grande culpada pelas situações de vulnerabilidade que muitas pessoas vivem, inclusive a situação das pessoas que vivem na rua.

A mansão da forma que conheci hoje me produz reflexões do lugar da construção das relações, de um mundo outro, invisível e ignorado por esse mundo hegemônico. E que, pelo medo da invasão, da violência, do extermínio, prefere-se que fique de certa forma invisível. Se for para o Estado entrar para destruir, é melhor que não entre. Por isso um vínculo tão frágil, por isso talvez a dificuldade do CNAR entrar nessa nova mansão, afinal, a mansão está como um corpo medroso, há poucos meses ela sofreu a violência da destruição e teve que se reinventar.

Como os excertos apresentam, o espaço da mansão se caracteriza também por ser uma cena de uso de substâncias que apesar de receber a presença do Estado de maneira violenta e repressora, também recebe a entrada do Estado através da saúde, a qual pode reproduzir práticas moralistas e punitivistas, ou pode estar aberta e disponível ao encontro e a produção de cuidado no território em conjunto com os usuários.

O estigma e julgamento moral do uso de drogas fragiliza e dificulta o acesso a produção de dados confiáveis sobre as substâncias, dosagens e formas de uso mais seguras, e, quando há orientações na perspectiva da redução de danos, a resposta da sociedade conservadora é de rechaço, acreditando que a redução de danos estimula o uso de drogas. E assim, avança-se muito pouco nessa discussão.

No campo sobre o uso de álcool e outras drogas a ética de redução de danos (RD) também compreende que o cuidado é feito no encontro e que a oferta de cuidado não deve estar condicionada à abstinência do uso de substâncias (SURJUS, FORMIGONI E GOUVEIA, 2018).

As práticas de redução de danos, que nascem na distribuição de seringas na epidemia do HIV, ao longo do tempo se constituem enquanto diretriz ética através da crítica ao modelo proibicionista, que visa a abstinência, e apresenta outra aposta de cuidado às pessoas que fazem uso de substâncias, de maneira a ampliar a autonomia do usuário através de seu protagonismo, reconhecendo suas experiências sabedoria

de quem vive os códigos, os hábitos e as relações cotidianas nos territórios (SURJUS, FORMIGONI E GOUVEIA, 2018).

Quem usa descobre com quem já usou antes. E aqui me remete à uma característica comum em diversas coletividades, a generosidade. Generosidade de diversas formas, primeiramente no uso compartilhado, no oferecer para o outro a droga que usa, mas também, e principalmente, em acolher o outro na sua relação com a droga, a tecer orientações sobre as melhores formas de usar a droga: seja por segurança ou por maior aproveitamento. Quem usa compartilha sua experiência com quem tá começando, até porque, não tem outros lugares onde essas orientações existem, ou alguém conta, ou é preciso testar com o próprio corpo.

A RD compreende que o cuidado no campo e de álcool e outras drogas muitas vezes está relacionado à valores morais dos profissionais, que produzem dicotomizações em relação às experiências de uso e dessa maneira tem como objetivo exclusivo a abstinência numa lógica de cura a partir de um estado de vigília e obediência constante às regras propostas (SURJUS, FORMIGONI E GOUVEIA, 2018).

A RD se opõe a práticas que visam a abstinência a priori, pois compreende que as experiências com o uso de substâncias são múltiplas, não necessariamente danosas, e nem sempre o usuário deseja cessar o uso completamente. Dessa maneira, a RD propõe uma outra maneira de enxergar as relações, e portanto, de ofertar cuidado de maneira singular e partir das especificidades de cada pessoa e contexto. Para tanto, cabe aos serviços e aos profissionais estarem abertos à escuta e acolhida de cada usuário e família, atentos para as subjetividades e não presos à estigmas relacionados ao uso de substâncias, na busca da ampliação do grau de autonomia dos sujeitos para a produção de cuidado em conjunto (SURJUS, FORMIGONI E GOUVEIA, 2018).

A redução de danos ao longo do tempo se transforma de um conjunto de práticas desenvolvidas no território a partir das experiências dos usuários em um ética de cuidado (PETUCO, 2016), uma maneira de compreender as relações e as possibilidades de cuidado em conjunto, sem condicionalidades relacionadas ao uso. Essa transformação de maneiras de enxergar o cuidado e as relações é também uma produção de uma outra possibilidade de mundo, que nasce nas brechas e nas relações cotidianas do território.

A mansão me agencia nesse encontro a pensar sobre as experiências vividas nas experimentações cotidianas e as relações na sua múltipla potência para a construção de outros mundos. A invenção, a gestação de mundos outros dentro desse mundo aqui que existe.

Ainda que o poder opere na tentativa de capturar e fazer morrer este espaços e os modos de existências que aqui vivem, produzindo-os enquanto inimigos, a vida, enquanto coletividade, cooperação, afeto, desejo, insiste em resistir e produzir potência, se reinventar para afirmar seu modo de existência (PELBART, 2003). A vida se reinventa cotidianamente, nas estratégias de sobreviver e resistir ao poder, pelas pequenas ranhuras do cotidiano, seja no território, seja na maneira de produzir cuidado junto ao território.

A mansão que acabei de conhecer me faz muito pensar nas cidades que existem dentro dessa cidade, esses outros mundos possíveis, que estão se construindo em cada esquina, em cada rua, em muitos lugares invisíveis. E como muitas outras formas de se relacionar vão sendo elaboradas dentro desses espaços.

Conhecer essa nova mansão me fez pensar nas muitas cidades que existem dentro da cidade que conhecemos. Mundos que ali existem, sendo produzidos nas esquinas, nas casas, nas ruas e nas relações, mas que muitas vezes não conseguimos enxergar. Nesse caminho talvez Lapoujade (2017) nos ajude justamente a prestar atenção nessas existências que aparecem pouco, que são frágeis e que precisam de gestos, relações e encontros para ganharem consistência. Olhar para a mansão não significa transformá-la em um lugar idealizado de resistência, mas reconhecer que ali foi possível perceber uma existência que vai ganhando consistência nas relações que ali se produzem, seja nas formas de acolher, compartilhar, proteger, usar drogas, estabelecendo e criando formas de existir que possam ou não construir confiança entre quem transita e habita aquele espaço.

Uma das coisas que mais gerou afetação ao processar as vivências no campo foi perceber que, depois de uma ação que tentou fazer a mansão desaparecer, alguma coisa continuou. A nova mansão precisou encontrar outro lugar, reconstruir seus códigos, estabelecer novamente relações de confiança e decidir quem poderia ou não atravessar aquele pequeno portão de ferro da entrada. Quando os profissionais do CnaR esperam do lado de fora, falam baixo e aguardam a autorização para adentrar, eles reconhecem que ali naquele lugar existe um mundo de códigos que os sustentam.

Os espaços de brechas que estão existindo, as outras relações que estão sendo tecidas, os processos de subjetivação existentes ali, a subversão daquilo que está posto, o avesso da vida como ela nos é imposta. O que está sendo gestado? Que outros mundos estão por vir? Que potência nós, enquanto normativo, capturamos, matamos? E que potências estão surgindo apesar desses movimentos violentos?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cartografia realizada junto ao Consultório na Ruas possibilitou a todos envolvidos na pesquisa melhor compreender que as práticas de cuidado em saúde, mental ou não, com as pessoas em situação de rua não se constituem de maneira homogênea previamente pensadas e definidas, mas que elas emergem dos encontros e nas disputas que atravessam os trabalhadores, usuários, familiares, gestores e outros atores de outros serviços ou do território. O cuidado que se efetiva no encontro sofre influência de diferentes concepções de autonomia, proteção, risco, uso de drogas, sofrimento mental e modos de viver, fazendo com que as práticas orientadas pelo cuidado em liberdade coexistem e entram em constante tensão com racionalidade de tutela, manicomiais, moralizantes e higienistas.

Ao buscar acompanhar os campos de forças envolvidos nessa produção, foi possível perceber que as disputas não acontecem entre diferentes serviços ou modelos assistências, mas atravessam os próprios trabalhadores e suas práticas cotidianas. A ação intersetorial tornou essas forças particularmente visíveis ao evidenciar como decisões sobre a vida das pessoas em situação de rua são produzidas em meio às diferentes compreensões sobre aquilo que deve ser considerado cuidado, proteção ou risco. Nesse cenário, a internação psiquiátrica apareceu ocupando um lugar importante entre as ofertas disponíveis, sobretudo diante da fragilidade da rede de saúde mental. Ao mesmo tempo, trabalhadores e equipes produziram tensionamentos e buscavam construir outras possibilidades, revelando que o cuidado se constitui nesse movimento entre capturas, resistências e invenções.

As cenas também permitiram evidenciar práticas de produção de cuidado e de vida que nem sempre são reconhecidas como cuidado quando analisadas a partir das formas instituídas na organização da rede de saúde. A trajetória do Gerânio tornou visível uma rede viva composta por familiares, vizinhos, comerciantes, trabalhadores e serviços que, em diferentes intensidades, participavam da sustentação de sua existência no território. Na mansão, por sua vez, em meio à precariedade, ao uso de substâncias, às violências e às diversas intervenções repressivas do Estado, também foram encontradas relações de solidariedade, compartilhamento, proteção e cuidado.

Essas experiências mostram que as pessoas em situação de rua não são apenas destinatárias das práticas produzidas pelos serviços, mas participam ativamente da construção de redes, relações e estratégias que permitem a eles sustentarem suas vidas.

Nesse caminhar o Consultório na Rua se destaca como um dispositivo importante para aproximar o cuidado aos territórios existenciais das pessoas em situação de rua. Sua potência parece estar menos relacionada à capacidade de oferecer respostas previamente pensadas e mais na possibilidade de produzir encontros permeáveis às singularidades, reconhecer saberes e modos de existência e construir estratégias junto aos usuários. No entanto, o CnaR não está fora do campo de forças que atravessam a rede: seus trabalhadores também podem ser capturados pelas lógicas instituídas e, ao mesmo tempo, produzir brechas para outras formas de cuidar. É nessa tensão que práticas orientadas pelo vínculo, pela redução de danos, pela autonomia e pelo cuidado em liberdade precisam ser continuamente sustentadas.

Cartografar essas cenas foi se deixar atravessar por elas. Ao acompanhar o cotidiano das ruas, dos serviços e dos encontros, foi possível perceber tanto as forças que tentam enquadrar, controlar e decidir sobre determinados modos de viver quanto os movimentos que escapam a essas capturas e fazem a vida seguir encontrando maneiras de acontecer. Nesse percurso, a pesquisadora também não permaneceu no mesmo lugar, foi afetada pelas histórias, pelos encontros e pelas contradições do campo, revendo certezas e colocando em questão suas próprias compreensões sobre autonomia, proteção, internação e cuidado. Para buscar compreender como se produz o cuidado em saúde mental junto às pessoas que vivem nas ruas, primeiro foi necessário estar disponível ao que essas vidas e esses encontros têm a dizer, inclusive quando desorganizam aquilo que previamente entendíamos como cuidado. Talvez seja justamente aí que outras possibilidades possam ser construídas, não tentando fazer a vida caber em formas previamente definidas, mas produzindo, junto às pessoas, caminhos de cuidado que reconheçam seus desejos, relações, modos de existir e as possibilidades que vão sendo inventadas no próprio viver.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L., *et al.* O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: MERHY, E. E., *et al*. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde:** Surpreendendo o instituído nas redes.v. 1. Rio de Janeiro: Hexis. 2016. p. 22 - 30.

ALBUQUERQUE, D. Prefeitura realiza ação integrada com população em situação de rua no Calçadão. **Blog Londrina**, Londrina, 15 jan. 2025.

ALMEIDA, S. A. de; MERHY, E. E. Micropolítica do trabalho vivo em saúde mental: composição por uma ética antimanicomial em ato. *Revista Psicologia Política*, v. 20, n. 47, p. 65-75, 2020

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2007a.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2007b.

ARAÚJO, J. R. S.; SUGIZAKI, E. A história da loucura através dos séculos: de Foucault à modernidade. **Research, Society and Development,** v. 13, n. 9, e12713947005, 2024. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i9.47005.

AYRES, J. R. C. M.. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73–92, 2004.

BERTUSSI, D. C. et al. Viagem cartográfica: pelos trilhos e desvios. In: FEUERWERKER, L. C. M., BERTUSSI, D. C., MERHY, E. E. (org.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde:** Surpreendendo o instituído nas redes.V. 2. Rio de Janeiro: Hexis. 2016. p. 48 - 61

BRASIL, **LEI Nº 10216 DE 06 DE ABRIL DE 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. Brasília. 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAP**S). Seção 1, Brasília, DF, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. **Política Nacional da Assistência Social - PNAS 2004**: Norma operacional básica - NOB/SUAS. Brasília. 2005a.

BRASIL. **LEI Nº 11.258, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2005**. Altera a lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da assistência social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. Brasília. 2005b.

BRASIL. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Ministério da Saúde. OPAS: Brasília. 2005c

BRASIL. **Política nacional para inclusão social da população em situação de rua.** Brasília: Governo Federal, 2008.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009.** Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 128-130, 5 jun. 2009.

BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**: Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento e dá outras providências. Brasília: DOU. 2009.

BRASILa. **Política Nacional da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

BRASILb. **Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2012**: Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília: DOU. 2012.

BRASIL. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017**: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DOU. 2017

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas** – *2017*. Brasília, DF: CFP, 2018

CRUZ, K. T., *et al.* Na cozinha da pesquisa: conversações sobre os encontros do trabalho e o trabalho dos encontros. In: FEUERWERKER, L. C. M., BERTUSSI, D. C., MERHY, E. E. (org.) **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde:** Surpreendendo o instituído nas redes.V. 2. Rio de Janeiro: Hexis. 2016. p. 252 - 269.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica.** 8ª ed. São Paulo: Perspectiva. 2008

FRANCO, T. B.; **O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho.** In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. Micropolítica: cartografias do desejo. 1996.

JORGE, J. S.; MOREIRA, R. D. Consultório na Rua: trajetória, limites e possibilidades para o cuidado de pessoas em situação de rua. In: TEIXEIRA, M.; FONSECA, Z. (orgs.). **Saberes e práticas na Atenção Primária à Saúde: Cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas**. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2015. p. 125-136.

LAPOUJADE, David. As existências mínimas. São Paulo: n-1 edições, 2017

LONDRINA. Secretaria Municipal de Assistência Social. **Plano Municipal de Assistência Social: 2018-2021**. Londrina: Secretaria Municipal de Assistência Social. 2018

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2026–2029.** Londrina: Secretaria Municipal de Saúde, 2025

MARCONI, P. Após uma década de abandono, mocó na rua Belém é demolido. **Folha de Londrina**, Londrina, 27 mar. 2024. Atualizado em: 1 abr. 2024.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; SANTOS, M. L. de M.; BERTUSSI, D. C.; BADUY, R. S. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 6, p. 70-83, 2019.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. **Em Busca Do Tempo Perdido: A Micropolítica Do Trabalho Vivo Em Ato, Em Saúde. In:** In: FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MBEMBE, A. **Necropolítica.** São Paulo: n-1 edições, 2018.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

NATALINO, M. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012-2022)**. 1ª ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2022.

OLIVEIRA, M. L. N. L. A. de; OLIVEIRA, A. de. As Comunidades Terapêuticas no Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 3, p. 78-99, 2026

PASSOS, E.; SOUZA,T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política proibicionista. **Psicologia & Sociedade,** v. 23, n. 1, p. 154–162, 2011.

PELBART, Peter Pál. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PELBART, P. P. Políticas da vida, produção do comum e a vida em jogo… **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, supl.1, p.19-26, 2015

PETUCO, D. R. da S. **O pomo da discórdia? A constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil.** 2016. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2016.

PRUDENCIO, J. D. L.; THEODORO, L. S.; BAQUEIRO, V. L. O. Comunidades terapêuticas: a construção de uma política manicomial e proibicionista. **Argumentum**, Vitória, v. 15, n. 3, p. 141-155, set./dez. 2023.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental.** 2ª ed. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2016.

SAMPAIO, M. L. & BISPO JR., J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde,** v. 19, 2021

SLOMP JUNIOR, H. *et al.* Contribuições para uma política de escritura em saúde: o diário cartográfico como ferramenta de pesquisa. **Athenea Digital**, v. 20, n. 3, nov. 2020.

SURJUS, Luciana Togni de Lima e Silva; FORMIGONI, Maria Lucia Oliveira de Souza; GOUVEIA, Fernanda (org.). **Redução de danos: conceitos e práticas**. 1. ed. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), 2018. 56 p.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.