



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Mirtes do Nascimento Medeiros

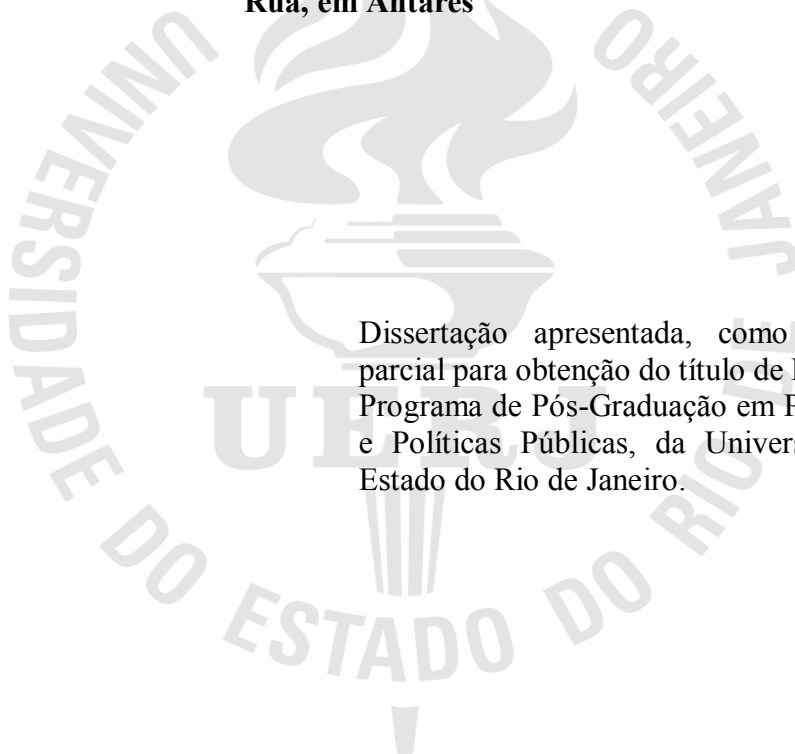
**A Psicanálise possível no território: um recorte do trabalho no  
Consultório na Rua, em Antares**

Rio de Janeiro

2022

Mirtes do Nascimento Medeiros

**A Psicanálise possível no território: um recorte do trabalho no Consultório na  
Rua, em Antares**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Renata Patrícia Forain de Valentim

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

M488 Medeiros, Mirtes do Nascimento.  
A Psicanálise possível no território: um recorte do trabalho no Consultório na Rua,  
em Antares / Mirtes do Nascimento Medeiros. – 2022.  
37 f.

Orientadora: Renata Patrícia Forain de Valentim,  
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Rede – Teses. 3. Cartografia – Teses. I. Valentim,  
Renata Patrícia Forain de Valentim. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.  
Instituto de Psicologia. III. Título.

bs

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial  
desta tese, desde que citada a fonte.

*Mirtes do Nascimento Medeiros*

Assinatura

16 de novembro de 2022.

Data

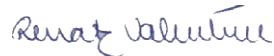
Mirtes do Nascimento Medeiros

**A Psicanálise possível no território: um recorte do trabalho no Consultório  
na Rua, em Antares**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise e Políticas Públicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 06 de setembro de 2022.

Banca Examinadora:



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Renata Patrícia Forain de Valentim (Orientador)  
Instituto de Psicologia - UERJ



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Ana Paula Procopio da  
Silva Instituto de Psicologia - UERJ



---

Prof. Dr. Richard Harrison Oliveira Couto  
Universidade Estácio de Sá - UNESA

Rio de Janeiro  
2022

## RESUMO

MEDEIROS, Mirtes. **A Psicanálise Possível no Território:** um recorte do trabalho no *Consultório na Rua*, em Antares. 2022. 37f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O objetivo desse artigo é apresentar um trabalho desenvolvido pelo Consultório na Rua, em Antares, com sujeitos em situação de rua, realizado no território da Área Programática da 5.3: Paciência, Santa Cruz e Sepetiba, no município do Rio de Janeiro. A proposta busca demonstrar as possibilidades de um trabalho em parceria com a rede do entorno de cada sujeito atendido pela equipe. O reconhecimento dessa rede, que pode ser constituída a partir de equipamentos públicos, privados, familiares, amigos, entre outros, torna-se evidente a partir da escuta do sujeito em processo de acolhimento e precisa ser sustentada pelo técnico ou a equipe que o acompanha.

**Palavras-chave:** Psicanálise. Consultório na Rua. Rede. Cartografia

## ABSTRACT

MEDEIROS, Myrtes. The Possible Psychoanalysis in the Territory: a clipping of the work at the Consultório na Rua, in Antares. 2022. 37f. Dissertação (Mestrado Profissional em Psicanálise e Políticas Públicas) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The objective of this article is to present a work developed by Consultório na Rua, in Antares, with homeless individuals, carried out in the territory of the Programmatic Area of 5.3: Paciência, Santa Cruz and Sepetiba, in the municipality of Rio de Janeiro. The proposal seeks to demonstrate the possibilities of working in partnership with the surrounding network of each subject served by the team. The recognition of this network, which can be constituted from public, private, family, friends, among others, becomes evident from listening to the subject in the reception process and needs to be supported by the technician or the team that accompanies him. .

Keywords: Psychoanalysis. Street Office. Network. Cartography

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b>	6
.....		
1	<b>UMA BREVE HISTÓRIA</b>	10
2	<b>A PERVERSA DINÂMICA DO ABRIGÃO</b>	14
3	<b>A FORMAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA, EM ANTARES</b>	16
4	<b>MAPEANDO OS LOCAIS DE ATENDIMENTO</b>	19
.....		
5	<b>OS ACOLHIMENTOS E PARCERIAS</b>	23
.....		
6	<b>AS ABORDAGENS<sup>1</sup> NO TERRENO DA CBTU E ADJACÊNCIAS</b>	25
.....		
7	<b>O LOCAL DO ACOLHIMENTO E A CONSTRUÇÃO DE PARCERIAS</b>	27
.....		
8	<b>A REDE DE SERVIÇOS DO TERRITÓRIO</b>	31
.....		
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	35
	<b>REFERÊNCIAS</b>	36
.....		

---

<sup>1</sup>Abordagem é o nome utilizado pelas equipes de Consultório na Rua para definir a aproximação aos sujeitos em situação de rua.

## INTRODUÇÃO

O ano era 2012, auge das contratações de trabalhadores terceirizados para a saúde, por parte das organizações sociais, que recebem da prefeitura o repasse para gerenciar as unidades de Saúde Pública. A cidade do Rio de Janeiro começava a inaugurar novos Centros de Atenção Psicossocial e Clínicas da Família. Estávamos prestes a sediar dois grandes eventos esportivos.

A ideia de cidade organizada e limpa retorna às rodas de conversa. Eduardo Paes, o prefeito do município do Rio de Janeiro à época, afirmou, em entrevista, que gostaria de ser lembrado como “um urbanista *à lá* Pereira Passos com um coração *à lá* Pedro Ernesto” (TABAK, 2012), o retrocesso batia à nossa porta.

Talvez isso explicasse o fato da enfermaria psiquiátrica, do antigo Hospital Pedro II, estar assustadoramente lotada, já que mesmo sendo um hospital público municipal, era gerido por uma Organização Social, que recebia verba da prefeitura para administrar os serviços de saúde de dentro dos equipamentos públicos.

O Hospital estava lotado, assim como o “Abrigão”, para atender aos anseios de uma gestão que escondia seus pretos, pobres e psicóticos longe do grande centro e da Zona Sul, em uma nova forma de higienização da cidade.

A lotação daquele “abrigão”, assim como das enfermarias do hospital, torna a reflexão desenvolvida por Delgado, em 1987, atualíssima: O autor nos chama a atenção para o fato de que o “financiamento do sistema de atendimento psiquiátrico é baseado na compra de serviços da rede privada” (DELGADO, 1987, p.176) No Município do Rio de Janeiro essa condição já se cristalizava como uma cruel realidade, por meio das organizações sociais que assumiam a gestão de alguns CAPS e da Atenção Básica.

O modelo de gestão dessas organizações, apesar de ser “aparentemente moderno”, em relação aos macro-hospitais públicos, estabeleceu locais que “valiam-se da mesma palavra de ordem: aos loucos o hospício” (DELGADO, 1987, p.176).

O acompanhamento dos casos, diante do número assustador de pessoas acolhidas pelo “abrigão”, no hospital e nas ruas da Área Programática 5.3, só foi possível a partir do trabalho com a rede no entorno de cada sujeito acolhido/atendido pela equipe do Consultório na Rua, em Antares.



Conforme já sinalizamos, a partir das informações trazidas pelo próprio paciente, conseguimos verificar que a rede, formada em seu entorno, incluía a família, os vizinhos, o comércio local, as instituições públicas e privadas, de saúde ou não.

Partindo dessas observações, compreendemos que a rede de serviços e de pessoas, a ser formada no entorno do paciente em acompanhamento, precisa ser informada exclusivamente por ele. Só assim ela se sustentará. Por fazer parte da história e do cotidiano do sujeito em acolhimento, a referida rede é reconhecida e legitimada por ele. Nesse sentido, o que cabe ao profissional que acompanha o caso é: acolher essas informações e articular essa rede a partir das dicas dadas por seu paciente.

A rede do entorno não é, necessariamente, composta por especialistas ou de forma burocrática. Não há impedimentos para que a rede seja composta por leigos, entretanto, é fundamental que o técnico ocupe o papel de ordenador dessa rede e tenha a sua própria orientação a partir do que o paciente lhe traz no atendimento. Para isso é necessário que se faça uma aposta “na causa freudiana de que o desejo é a Fênix que sempre renasce – por maiores que sejam as dificuldades” (ALBERTI; FIGUEIREDO, 2006, p.9).

Tomando como norte toda essa reflexão, pela qual estamos perpassando, e para que seja possível compreender amplamente os aspectos destacados até aqui, além de demonstrá-los, pretendemos realizar, a partir desse artigo, uma apresentação do trabalho que foi desenvolvido no dispositivo *Consultório na Rua*, em Antares, situado em Paciência, bairro na cidade do Rio de Janeiro.

É importante dizer que, o dispositivo de atendimento sobre o qual nos dedicamos a refletir foi pensado por conta do grande aumento da demanda nos atendimentos à saúde mental. E gerado a partir da inauguração do equipamento de abrigo nomeado Rio Acolhedor, o “Abrigão”.

Nesse sentido, ao colocar como objeto de discussão a rede construída naquele território, a partir do *Consultório na Rua*, a ideia não é fazer uma discussão sobre uma rede que deverá ser idealizada pelo técnico que acompanha o caso ou por uma rede burocrática, já pronta e imposta ao sujeito em tratamento, mas uma rede que derive da escuta do sujeito em tratamento.

Tomando como ponto de partida o ato da escuta do paciente, os técnicos/equipe precisam assumir a direção do tratamento do caso, nas reuniões de equipe e junto aos “Inter equipamentos, fóruns coletivos semanais, quinzenais, mensais, conforme o caso” (ELIA, 2013, p.6). Os técnicos/equipe não podem ficar restritos “a

tarefas clínicas de um cotidiano rotineiro e repetitivo, ele precisa estar em plena articulação no território” (idem).

Para construir essa análise, utilizamos o método cartográfico, proposto por Deleuze e Guattari, que se impôs durante todo o processo de trabalho desenvolvido no *Consultório na Rua*, em Antares, já que o que mais fizemos foi trabalhar clinicamente fora de um “setting clínico” (PASSOS; BARROS, 2015, p.26), tanto no que diz respeito ao consultório de um psicanalista, quanto no consultório de um médico.

O acompanhamento clínico era feito na rua. Não houve uma separação entre o conhecimento que já possuíamos, a priori, partindo de nossa prática; e o que fazíamos, a partir das necessidades de cada sujeito atendido. Assim, a Cartografia, como método, privilegia o percurso e a trajetória de cada sujeito, ao levar em consideração sua singularidade, tomando-a como ponto de partida para melhor compreender as problemáticas sobre as quais se pretende investigação.

Desse modo, o envolvimento deste trabalho com a cartografia também se dá pela espontaneidade a que esse trabalho se propôs, explorando o território e ouvindo sujeitos envolvidos em uma realidade que estabelece profundas relações com a existência desses sujeitos.

Além disso, o método cartográfico se relaciona com este trabalho na medida em que o rigor no processo de investigação está intensamente atrelado ao entendimento sobre os sujeitos, no ato da intervenção.

Finalmente, o método cartográfico alinha-se, uma vez mais, ao nosso trabalho no instante em que torna possível a suspensão de prescrições e regras pré-estabelecidas, ao oferecer, em contrapartida, o desenvolvimento de um processo de investigação.

É válido reiterar que, em acordo com as reflexões de Passos, Escóssia e Kastrup (2015), não estamos falando, aqui, de uma intervenção aleatória. Há, sim, um caminho, uma ou mais pistas a serem seguidas, porém, estas foram encontradas a partir da vivência no território, fora do ambiente formal clínico, no contato direto com os sujeitos interpelados.

Nesse sentido, o ato de atender também se tornou um ato de investigar, de refletir e de produzir conhecimentos, aspectos que nunca poderiam ser verificados, com profundidade, em uma coleta quantitativa de dados que serviria, apenas, como base de dados de “acolhimento” institucional.

Ao contrário disso, o mergulho na experiência foi o principal motivador para se entender, escutar e, finalmente, produzir intervenções relevantes que, de algum modo,

possam contribuir para o estabelecimento de outras possibilidades para aqueles sujeitos atendidos no consultório na rua, apesar de todas as limitações que os rodeiam.

Mais do que meramente buscar a manutenção de um atendimento baseado em um status clínico, insistir na vida que segue pulsando em meio a um ambiente tão marcado por adversidades é o principal objetivo dessa análise.

## 1 UMA BREVE HISTÓRIA

Em Copenhague, na Dinamarca, no dia 02 outubro de 2009 é anunciado, oficialmente, na 121ª Sessão do Comitê Olímpico Internacional, que a cidade do Rio de Janeiro seria a sede da XXXI Olimpíada.

A Delegação Brasileira, presente no evento, era composta pelos políticos gestores à época, o presidente do Comitê Olímpico Brasileiro – COB, um famoso ex-jogador de futebol e alguns Empresários. Dois anos antes, o Brasil já havia sido confirmado como sede da Copa do Mundo da FIFA de 2014 e já se sabia que a cidade do Rio de Janeiro sediaria sete jogos desse evento, além do jogo final, assim como a Copa das Confederações. Estava, portanto a cidade do Rio de Janeiro, no centro das atenções.

Mesmo nunca tendo sediado eventos mundiais, a cidade do Rio de Janeiro, segundo maior município do Brasil, capital do país de 1763 a 1960, um dos principais centros econômicos, culturais e financeiros do país e da América do Sul, já era o principal destino turístico da América Latina. Entretanto, apesar desses atrativos turísticos, e agora esportivos, de acordo com pesquisas desenvolvidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE (2013), 23,85% de sua população encontrava-se em situação de pobreza, mas ainda não se sabia o índice da população em situação de rua, pois esses dados nunca foram até então contabilizados, já que as minorias sociais e raciais no Brasil não eram o centro da atenção dos Governos Federais anteriores.

Mônica Dantas(2007), em sua dissertação de mestrado: **Construção de Políticas Públicas para População em Situação de Rua no Município do Rio de Janeiro: Limites, Avanços e Desafios**, afirmou que “Segundo o levantamento realizado pelo MDS<sup>2</sup> e a SNAS<sup>3</sup>, em 2005, inexistem atualmente informações sistematizadas sobre população em situação de rua no município” (2007, p.54). Posteriormente, Dantas esclarece, em meio a sua análise, que só foi possível colher dados para sua pesquisa por intermédio do Sistema Municipal de Vigilância da Exclusão (SMVE), do levantamento sobre a população de rua do município, realizado pela SNAS, em 2006, e do Relatório de Gestão da SMDS<sup>4</sup>, do ano de 2003.

---

<sup>2</sup> Ministério do Desenvolvimento Social

<sup>3</sup> Secretaria Nacional de Assistência Social

<sup>4</sup> Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

Apesar da ausência de informações sistematizadas, produzidas pelo IBGE e pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, já era possível constatar, a olho nu, o gradativo aumento de pessoas em situação de rua. Diante desse fato, e da proximidade do primeiro evento esportivo, a Copa das Confederações, a prefeitura da cidade anuncia, com grande alarde, a inauguração do Centro para recuperação de dependentes químicos e abrigo de moradores de rua em parceria com a SMDS. O site Agência Brasil e outros meios de comunicação já anunciavam em outubro/2011:

Os usuários de drogas, principalmente os dependentes de crack, e moradores de rua do Rio de Janeiro receberão acolhimento e atendimento especializado com a inauguração da primeira Unidade de Reinserção Social, instalada em Paciência, zona oeste da cidade. (CRISTINA, Agência Brasil, 2011)

Esse dispositivo, nomeado como equipamento, pela SMDS, é a Unidade de Reinserção Social Rio Acolhedor, popularmente conhecida como “Abrigão”, localizada a 70 km de distância do grande centro, do outro lado da cidade, na chamada Zona Oeste.

Segundo esclarecimentos do então coordenador geral do equipamento na ocasião, em entrevista concedida ao RJTV, os sujeitos abrigados precisam e querem limites e, nesse sentido, a distância e o valor do transporte acabam por desencorajá-los a ficarem transitando, o que, automaticamente, faz com que tenham um comprometimento maior com o abrigo. Sua fala reafirma a política de exclusão dos mais pobres e dos sujeitos em situação de rua, por parte da gestão municipal.

Nesse sentido, buscando refletir sobre as palavras do diretor nomeado, temos, na verdade, uma realidade em relação ao abrigo, que o apresenta muito aquém de uma escolha, pelo comprometimento desses usuários, para os quais ele chama a atenção.

Sabemos que esses equipamentos públicos funcionam em um nível de precariedade, que fica muito difícil a opção pelos usuários em tê-lo, de fato, como o espaço de acolhida que, obviamente, deveria ser, funcionando como um lugar de passagem, a partir do qual os sujeitos retornariam para suas vidas mais estruturadas, tendo, então, a possibilidade de dirigir um pouco melhor suas trajetórias. Entretanto, se estes espaços públicos não são, de fato, esse espaço de acolhida e de reconstrução de vidas, qual seria o lugar desses sujeitos dentro dessa realidade extremamente limitada?

Continuariam sob o jugo das ausências subjetivas ou materiais? O espaço das ruas seria novamente o lugar destinado a esses sujeitos? Como falar de um comprometimento em meio a uma tamanha contradição institucional?

O prédio utilizado para viabilização de tal projeto foi cedido pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial - SENAI, que finalizou suas atividades na localidade por conta da grande violência na região. Funciona dentro do primeiro conjunto habitacional construído na região de Santa Cruz, implantado na década de 1970 pela Companhia Estadual de Habitação - CEHAB.

O conjunto habitacional em questão, surgiu em caráter provisório. Tinha como objetivo servir à triagem de famílias oriundas de remoções, das favelas da Zona Sul, para que fossem transferidos para outras localidades assim que as casas destinadas a eles, em seus locais de escolha, ficassem prontas.

Essa transferência nunca se concretizou, dando origem, então, a um processo de favelização, por conta da ausência de políticas públicas. E assim surgiu a Favela de Antares, que fica localizada entre as Estações de Paciência e Santa Cruz, e que até a inauguração da Estação Tancredo Neves era totalmente isolada e de difícil acesso.

O prédio cedido pelo SENAI à Prefeitura do Rio também surgiu na década de 80, na mesma época da Estação de Trem. Com características de uma grande fábrica, é construído em um terreno plano e dividido por grandes galpões. Serviria tanto aos moradores da Favela de Antares, como também à toda população dos bairros de Paciência, Santa Cruz e Sepetiba, com cursos técnicos voltados para o mercado de trabalho.

Para tornar-se adequado, de alguma maneira, tendo o mínimo de condições de receber os futuros moradores do abrigo, os galpões foram transformados em quartos. As salas menores foram transformadas em salas de equipe e entretenimento. No terreno externo encontramos um estacionamento, a piscina, a área livre e no outro extremo a Unidade Básica de Saúde Sávio Antunes, onde a equipe do *Consultório na Rua*, em Antares, tinha sua sala. Portanto, assim como a Favela de Antares, o Rio Acolhedor, ou Abrigão, também era um improvisado, um arranjo temporário para a triagem de sujeitos em situação de rua, com a promessa de retorno para a terra natal e outras benesses.

O projeto inicia suas atividades já contrariando o Decreto Federal Nº 7053/12/2009, que orienta o número máximo de 50 pessoas por abrigo. O Rio Acolhedor recebia diariamente aproximadamente 100 pessoas, inclusive durante a noite e madrugada, tendo seu auge de acolhimento as vésperas do evento Copa do Mundo e das Olimpíadas.

A ordem era “limpar” a cidade para os eventos. A princípio, antes dos eventos esportivos, o processo de retirada das pessoas da rua tinha uma certa humanização e uma

propaganda positiva do Abrigão. Mais tarde, com a proximidade dos eventos e a cidade lotada, as pessoas eram violentamente obrigadas a entrarem nas vans, através da ação de profissionais erroneamente chamados de educadores, uma vez que assemelhavam-se, muito mais, a carcereiros, ou capitães do mato, que agora estavam auxiliados pela guarda municipal.

## 2 A PERVERSA DINÂMICA DO ABRIGÃO

Diante da chegada diária de pessoas, o Rio Acolhedor passou a sofrer com péssimas condições de higiene e superlotação, chegando a comportar mais de 800 moradores. Muitos ficavam pelo pátio externo, por não haver local para dormida dentro dos quartos do abrigo. A insalubridade era uma marca do local

A instituição tinha horário de entrada, e quem não chegasse no horário, dormia na rua, com exceção das pessoas que chegavam nas vans, durante toda a madrugada. Quem já estava cadastrado como morador do abrigo e chegasse depois das 22:00h, dormia na rua. Uma contradição.

Quem se ausentasse por 3 dias consecutivos era desligado da instituição. Os desligados que quisessem voltar a morar no Rio Acolhedor deveriam fazer nova entrada, mas não pela porta do abrigo, teriam que retornar para o local onde as abordagens da Secretaria Municipal de Assistência Social se davam, ou seja, nas ruas do Centro, Lapa e Zona Sul.

Como previsto pelo Diretor do local, o fato do abrigo ser longe do grande Centro e da Zona Sul, trazia dificuldades para o retorno daqueles sujeitos para essas regiões, por falta do dinheiro para pagar a passagem. Então, o que lhes restava era permanecer nas redondezas.

Ser desligado do Rio Acolhedor significava ficar na rua, em um território desconhecido e sem as refeições. Logo formou-se no território uma grande população em situação de rua, um comércio informal e a potencialização do comércio de drogas.

No início da rampa de acesso ao trem, entrada da favela de Antares, existiam vários pequenos comércios e algumas bancas de feiras, vendendo drogas. Abaixo da rampa de acesso moravam algumas pessoas. No terreno da estação de trem havia outro comércio destinado, exclusivamente, a prostituição e mais atrás, próximo a UBS, em um terreno abandonado, de uma conhecida marca de refrigerante, havia moradias feitas de madeira e lona, uma pequena birosca e, do outro lado, a “Baiuca”, espaço localizado embaixo da plataforma do trem, onde residia um pequeno grupo de pessoas.

Segundo o relato de moradores da favela, o comércio de drogas se intensificou após a inauguração do “abrigão”. Portanto, até a inauguração do Rio Acolhedor, a venda de drogas era discreta, feita apenas na plataforma de trem e nas bocas de fumo, dentro da favela.



A equipe do Rio Acolhedor era robusta e com trabalhadores por 24 horas diárias. Entretanto, apesar do grande contingente de RH, não sabíamos ao certo qual era o trabalho desenvolvido pela equipe. O que se sabia é que a equipe não estava autorizada a conduzir o tratamento clínico e psicológicos dos moradores, encaminhando todos para o consultório na rua, o que gerava sempre muito mal-estar e desinformação.

A equipe era muito endurecida e se recusava a fazer reunião conosco. Quando finalmente conseguíamos nos reunir para discutirmos a direção de algum caso mais delicado, os acordos feitos na reunião não eram sustentados por toda a equipe. A comunicação entre os turnos e os setores daquele equipamento ficava muito aquém do esperado, gerando muitos mal-entendidos entre eles e a equipe do Consultório na Rua, que era a referência para os moradores do Abrigão.

### 3 A FORMAÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA, EM ANTARES.

Com a inauguração do Rio Acolhedor e o enorme aumento de demanda para o atendimento na Unidade Básica de Saúde – UBS – da região, que, até então, atendia exclusivamente aos moradores da Favela de Antares (que na ocasião já contabilizava aproximadamente 150 mil habitantes) foi contratado um grupo de trabalhadores da Saúde para compor a equipe do Consultório na Rua, que serviria, exclusivamente, aos acolhidos no Rio Acolhedor.

Nesse contexto, a equipe do *Consultório na Rua* costumava ser rechaçada pelo Apoiador de Área que nos dirigia frases como: “Vocês só existem por conta do abrigo”. Tal afirmativa gerava mal-estar e estranheza a equipe.

Tempos depois da inauguração do *Consultório na Rua*, em Antares, a equipe se dirigiu ao Fórum de Saúde Mental do território e solicitou ajuda. Afirmou que precisavam de um técnico para sua composição, com experiência em saúde mental, pois entendiam que havia uma enorme demanda para esse público, ou seja, pessoas com transtornos mentais.

Diante de tal pedido a CAP me faz o convite<sup>5</sup>, para compor a equipe do *Consultório na Rua*, em Antares. Na primeira conversa com a equipe houve a advertência a respeito do público a ser atendido por nós: somente os abrigados pelo Rio Acolhedor. Já nesse primeiro momento convoco a equipe a pensarmos sobre tal determinação e assim conversamos sobre o que são políticas públicas e qual era a determinação do Ministério da Saúde para as ações do *Consultório na Rua* em um Território.

Diante desse chamado, e de tal advertência, se fazia urgente que nós nos ocupássemos das diretrizes do Ministério da Saúde para o programa *Consultório na Rua*, afinal seria apenas em poder desse saber que poderíamos falar sobre o nosso lugar naquela Unidade.

A estratégia era convocar a equipe a pensar em saídas a partir das políticas públicas já estabelecidas em leis e portarias. O momento era tenso, nosso contrato de trabalho era via Organização Social, e a ameaça do desemprego era uma realidade

---

<sup>5</sup> Não foi exatamente um convite, foi uma determinação, se eu não concordasse seria despedida, mas estava tudo velado

constante. Precisávamos ser cuidadosos, não romper laços, construir parcerias de trabalho e fortalecimento da equipe do *Consultório na Rua*.

A oportunidade surge em um seminário interno da Unidade Básica de Saúde. As equipes de Saúde que compunham a Unidade deveriam apresentar seu trabalho, seus números e suas metas, para todos os trabalhadores da Unidade. Era a preparação para o novíssimo sistema de avaliação de produção implantado no município, pela Secretaria Municipal de Saúde, o famigerado *Accountability*.

A nossa apresentação foi toda pautada dentro das diretrizes do SUS. Apontamos a importância do Movimento Nacional de População de Rua – MNPR – e sua história de luta para viabilização de uma política nacional de saúde voltada, exclusivamente, para a população em situação de rua, em todo o território nacional.

Uma das reivindicações desse movimento era a formação de uma equipe especializada, dentro das Clínicas da Família, dirigida para o atendimento de sujeitos em situação de rua. Esclarecemos sobre a lei e as diretrizes instituídas pelo Ministério da Saúde, para o trabalho de uma equipe de *Consultório na Rua*, em sua Abrangência Territorial.

Durante o seminário, foi possível transmitir a ideia de que o *Consultório na Rua* é uma política de âmbito nacional, implementada a partir dos dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que identificou, a partir do censo realizado em 71 municípios, entre 2007 e 2008<sup>6</sup>, 31.922 pessoas morando nas ruas. Assim, da junção entre o programa *Consultório de Rua*, que eram as equipes com foco na saúde mental, e do programa Estratégia da Saúde da Família Sem Domicílio, foi criado o dispositivo *Consultório na Rua*, regulamentado pelas portarias 122 e 123, de 25 de janeiro de 2012. A apresentação foi bastante elogiada por todos. Saímos fortalecidos. Soubemos usar aquele espaço e o *accountability* para falar do que realmente interessava, além de nos apresentarmos como uma equipe potente e capacitada para aquele trabalho.

Tendo a clareza do nosso papel naquele território, pudemos nos fortalecer e compreender que a estratégia de instruir uma equipe de saúde do *Consultório na Rua* para acompanhar apenas a demanda do tal “Abrigão” era uma distorção na compreensão e na execução de uma política pública, que, naquele momento, servia apenas para atender a demanda de uma sociedade que se recusava a olhar para suas mazelas, de forma ética e eficaz.

---

<sup>6</sup> Fonte: [www.ensp.fiocruz.br](http://www.ensp.fiocruz.br)

Pudemos, assim, deixar claro para a equipe do “Abrigo” e para os gestores locais que iríamos atender aos moradores do Rio Acolhedor, nas questões relacionadas a qualquer situação de saúde, mas, as questões sociais e encaminhamentos diversos, deveriam ser feitos pela equipe técnica do abrigo.

Deixamos claro que iríamos atender àqueles sujeitos abrigados nas questões referentes à saúde, como preconizado no SUS. Que faríamos todos os encaminhamentos e parcerias necessárias aos sujeitos que se aglomeravam ao redor do abrigo, e aqueles que estavam em situação de rua por todo o território da Área Programática 5.3, que compreende os bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba, na Zona Oeste do município. A meta era levar a equipe do consultório na rua para a rua, fazer parcerias de trabalho, ou seja, trabalhar em e com a rede de equipamentos públicos e privados do território.

#### 4 MAPEANDO OS LOCAIS DE ATENDIMENTO

Os espaços que estavam dentro do território de abrangência do *Consultório na Rua*, tinham suas particularidades e divisões bem definidas pelos usuários. Quem morava em um local, não entrava facilmente no outro. Tudo estava dentro de uma lógica, que era respeitada por todos. Os únicos que tinham licença para circular por todos os espaços eram os componentes da equipe do *Consultório na Rua*. Essa licença tinha como fundamento a confiança depositada na equipe pelos sujeitos que ocupavam aqueles espaços.

No texto **Novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise**, sobre o início do tratamento, Freud faz algumas recomendações aos psicanalistas, no que diz respeito ao período inicial do trabalho psicanalítico. Em dado momento, ele fala sobre a confiança que precisa se estabelecer no processo analítico:

Sua confiança ou desconfiança inicial é quase desprezível, comparadas a resistência interna que mantêm a neurose (...). É verdade que a confiança alegre do paciente torna nosso primeiro contato com ele muito agradável...Ao cético (...) não encaramos sua atitude de modo algum como sendo efeito de seu julgamento (...) sua desconfiança é apenas um sintoma, como os seus outros sintomas. (FREUD,1911/1913 p. 141/142)

Tendo esta direção de trabalho como norte, era preciso cuidar para que essa confiança não fosse rompida. Foi com ela ao nosso lado, que pudemos levar conosco técnicos de outros dispositivos parceiros. Trataremos dessa parceria mais adiante.

Logo no início, na entrada da rua, localizava-se o “Paredão”, onde ficavam os sujeitos que eram desligados do “Abrigo”. Ao final do paredão, logo na entrada da Favela, se encontrava o espaço nomeado de Fábrica, terreno abandonado que pertencia a uma grande marca de refrigerante. Dentro da favela, embaixo da rampa de acesso à estação de trem, três pessoas moravam, e tantas outras faziam daquele espaço local para consumo rápido de entorpecentes. Não permaneciam lá por muito tempo. Algumas vezes ficavam por determinados dias, outros usavam, apenas, nos finais de semana.

Um pouco mais a frente, na entrada principal da favela, ficava o local nomeado como “Boca”. Conhecida como o principal ponto de venda de droga, estabelecida em ponto estratégico e de fácil acesso. Ali não se podia parar para o consumo das drogas, era comprar e “meter o pé”. Esse comércio era fortemente protegido por jovens armados e o dono estava sempre por perto.

Para acessarmos a região da localidade chamada de “As Casinhas”, precisávamos passar pelo meio da Boca, este acesso se fazia por um buraco, feito pelos moradores da Favela, para não precisarem pagar as passagens de trem, no próprio muro da estação. “As Casinhas” ficavam localizadas dentro do terreno da CBTU, composta por dois pequenos comércios que vendiam bebidas e algumas medicações, e três pequenos casebres, destinados a prostituição. Nesse local o consumo de entorpecentes era livre. Não era um braço do tráfico, mas estava submetido às suas regras.

Do outro lado do terreno, localizado embaixo da plataforma de trem, ficava o espaço chamado de Baiuca, onde, aproximadamente, 10 pessoas moravam. Os moradores desse espaço fizeram um buraco na parede da plataforma e improvisaram naquele lugar as suas moradias. Em cima da Baiuca ficava o local que elegemos para os atendimentos. A plataforma do trem que ia na direção de Santa Cruz, era o espaço para venda de drogas, algumas pessoas desciam do trem para consumirem na plataforma e ficavam ali, por alguns dias, outros nem saiam do trem. Compravam pela porta ou janela do vagão, tudo muito rápido.

Nunca deixávamos de falar com os rapazes do tráfico. Cumprimentávamos, oferecíamos camisinhas e perguntávamos se alguém estava com tosse e febre há mais de 2 semanas, uns dos primeiros sintomas da tuberculose. O rapaz que estava como “patrão<sup>77</sup>” na localidade, nos falava se algum de seus funcionários estava adoecido.

Alguns rapazes pediam para fazermos curativos, estavam sempre machucados pelos corres que faziam da polícia ou facção rival. Todos os atendimentos eram feitos na plataforma, a regra era não estarem armados para que não nos colocassem em perigo. Eles sempre falavam das feridas espontaneamente, o que me dava abertura para o acolhimento e algumas pequenas intervenções. Um ou outro sempre retornavam para uma conversa “com a psicóloga” na plataforma e as vezes dentro da Clínica da Família.

Todos esses espaços, ou cenas de uso descritas, ficavam dentro do mesmo território, na entrada da Favela de Antares, que poderia ser acessada pela Rua Cesário de Melo ou pela estação de trem Tancredo Neves. Também estávamos responsáveis por outros territórios da AP 5.3: as ruas localizadas nos bairros de Paciência, Santa Cruz e Sepetiba. Nesses bairros, fomos em locais já conhecidos por nós como sendo de cenas de uso ou moradia para sujeitos em situação de rua.

---

<sup>77</sup> Nomeação pelos funcionários do tráfico a pessoa que estava como chefe do tráfico na localidade

Todos esses locais eram considerados pelos moradores fixos como suas residências, assim, precisavam ser respeitadas como tal. Por isso, sempre chegávamos de forma cuidadosa visto que a casa:

possui outro sentido(...) a habitação no cotidiano dos espaços populares exerce funções muito mais amplas do que a de uma simples residência (...) há problemas, desentendimentos e disputas, sim, mas também há acordos, pactos e regras que celebram convivências solidárias. (SILVA; BARBOSA, 2005, p.98)

Dividimos os locais para atendimento por dias da semana, mas às vezes era tudo junto e atendíamos algumas urgências a mando da CAP. Nós não atendíamos aos moradores com residência fixa dentro da favela. Esses eram de responsabilidade das equipes de saúde da Unidade Básica de Saúde. Em uma conversa com os outros técnicos que compunham a equipe, entendemos que era importante a implementação de uma reunião de equipe semanal e com a presença de um supervisor, mesmo que a supervisão acontecesse apenas uma única vez ao mês.

A proposta de um supervisor aconteceu não por achar que ele iria trazer um saber pronto e com “coisas a ensinar à equipe” (ELIA, 2005, p.1), pois nós, equipe, sabemos o nosso fazer clínico. É a equipe quem sabe o trabalho duro que ali fazíamos diariamente.

Por outro lado, a presença do supervisor iria proporcionar e sustentar a ideia de que a equipe pudesse expor suas sensações sobre essa clínica tão árdua.

[...]falar, compartilhar suas angústias, colocar suas questões e impasses em palavras, junto ao demais, entre muitos, mas com a presença do supervisor que encarne, como fiel depositário, mas também como polo de endereçamento, este movimento do falar (ELIA, 2005, p.2)

Levamos a proposta de supervisão até a Coordenação de Atenção Primária – CAP. Entretanto, mesmo apresentando uma boa argumentação e comprovando, a partir das situações que vivenciávamos no território, a ideia de um supervisor para a equipe foi logo descartada pela CAP, mas concordaram que destinássemos um turno de nossa carga horária para a nossa reunião semanal.

Apesar da ausência de supervisão clínica para a equipe na reunião semanal, não havia inviabilidade nas conversas e ações entre nós. Estávamos todos com o mesmo desejo, e com uma belíssima transferência de trabalho, que tinha relação com a história e a origem de cada um dos sujeitos que compunham aquela equipe, fazendo com que, de alguma forma, nos reconhecêssemos, um no outro.

Havia um lugar dado a mim, pela equipe, que fazia com que em todas as saídas para o nosso local principal de trabalho, o terreno da CBTU e adjacências, minha presença fosse necessária. Afinal, eles foram ao Fórum de Saúde Mental solicitar um técnico, com conhecimento em saúde mental.

A busca por aquele perfil técnico devia-se à concepção de que era necessária a contribuição de alguém com conhecimento, a respeito da saúde mental e, nesse sentido, eu representava a saúde mental. Portanto estava posta uma transferência endereçada a mim, da qual eu precisava cuidar e manejar. A partir dessa posição que a equipe me colocava, a transferência estava do meu lado, ou seja, do “lado do analista” (LACAN,1992).

Diante disso, e com todas as possibilidades de uma supervisão clínica institucional findadas, compreendemos a urgência para a minha supervisão individual e tratei de encontrar uma para mim. A partir da supervisão individual compreendemos que todos aqueles sujeitos em situação de rua precisavam de escuta e manejo, em suas questões sociais e clínicas. E que era necessário criarmos uma forma de trazê-los até nós, sem nos colocarmos em risco.

Aquele era um território deflagrado e com constante inserção violenta da polícia e da milícia local, que disputava o território com a facção que comandava o comércio de drogas na favela. Portanto, urgia o tempo de construirmos parcerias naquele território.



## 5 OS ACOLHIMENTOS E PARCERIAS

A proposta, aqui, é apresentar como fazíamos o acolhimento daqueles sujeitos. Como era a abordagem, em que lugar e com quais equipamentos contávamos como parceiros nos territórios e fora deles. Afinal, os sujeitos que ali se encontravam, chegaram àquele território trazidos de outros locais por uma ação da gestão pública do município.

Eram sujeitos desterritorializados, estavam em um local que não era o deles. Mesmo que seus lugares de origem fossem as ruas do Centro do Rio, do bairro da Lapa, ou das ruas da Zona Sul e da Orla do Município, esses sujeitos estavam em um território que eles reconheciam como seus, e onde também eram conhecidos. Agora, estavam colocados em um local estranho. Augé, em seu livro **Não-lugares** (1994), define que o não-lugar é oposto ao espaço personalizado, à residência, ao lar:

O lugar se completa pela fala, pela troca alusiva de algumas senhas, na convivência e na intimidade cúmplice dos locutores...Se um lugar pode se definir como identitário, relacional e histórico. Um espaço que não pode se definir nem como identitário, nem como relacional, nem como histórico, definirá um não-lugar (AUGÉ, 1994, p. 73).

Portanto estávamos lidando com sujeitos sem voz e sem lugar, entregues ao terreno baldio, ao vazio. Eram estrangeiros, em um espaço no qual não tinham nenhuma relação. Ocupavam o lugar da exclusão, não era o seu espaço de sociabilidade. Era um local excluído, à margem de tudo, na via férrea, local de passagem e não de morada. Nesse aspecto, eram estrangeiros em terras que não são tão desconhecidas assim, já que se reconheciam em um lugar também excludente.

A intervenção do estado na vida daqueles sujeitos, desconsiderando o lugar de origem, os laços sociais e familiares, a cultura do local e o direito de ir e vir, apenas produzia mais segregação e desfiliação. Essas intervenções estão claramente pautadas na ignorância e no desprezo à vida dessas pessoas, tendo como consequência a reprodução do estigma desses sujeitos em situação de rua

Vale ressaltar que os atendimentos feitos àqueles sujeitos aconteceram na rua, a céu aberto, não estávamos protegidos por uma instituição física, eramos de um equipamento público e não estávamos ali fazendo caridade, estávamos cumprindo um mandato, atendíamos aos mais excluídos, íamos em direção a eles e não aguardávamos a sua chegada até nós. Seguíamos, portanto, a previsão de Freud, no início do século XX:

Por outro lado, é possível prever que, mais cedo ou mais tarde, a consciência da sociedade despertará e lembrar-se-á de que o pobre tem exatamente tanto direito a uma assistência à sua mente, quando o tem, agora, à ajuda oferecida pela cirurgia, e de que as neuroses ameaçam a saúde pública não menos do que a tuberculose (FREUD, 1919, p.180).

## 6 AS ABORDAGENS<sup>8</sup> NO TERRENO DA CBTU E ADJACÊNCIAS

Definido os dias e locais de nossas saídas para o território, precisávamos pensar como seriam as nossas abordagens e as estratégias para o atendimento. Entendíamos que precisávamos criar formas de sermos imediatamente reconhecidos na localidade.

Compreendemos que precisávamos estar devidamente uniformizados, de jaleco branco, crachá e sempre com um dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) conosco. Os agentes eram moradores da localidade e conheciam bem a região.

Nas primeiras semanas, não levávamos nenhum tipo de bolsa ou qualquer aparelho de mídia. Nossos bolsos eram as nossas bolsas. Como havia muita dificuldade de levarmos aqueles moradores para serem atendidos na Clínica da Família, localizada a alguns passos das casas de uso, precisávamos levar conosco alguns elementos: preservativos, analgésicos, termômetro, kit para curativos, potes para a coleta do BK<sup>9</sup>, e um cartão improvisado com telefones da Clínica da Família e nossos nomes. Conforme fomos nos apropriando dos espaços, e nos tornando bem conhecidos na região, passamos a adotar as pequenas mochilas dos ACS e um carrinho de feira, doado pelo CRAS.

As inserções no território eram sempre feitas com a maioria da equipe, apenas dois técnicos ficavam na base. Por ser uma população itinerante, alguns retornavam apenas para dormir, outros nunca retornavam. Nós sim, retornávamos sempre. Nos primeiros dias, a abordagem consistia em circularmos por todo o território, devidamente identificados. Passávamos por todos os espaços nos apresentando, perguntando se precisavam de algo, era uma tentativa para o início de uma conversa.

Deixávamos a Baiuca por último, por ser a plataforma da Baiuca o local que, estrategicamente, escolhemos para ser o espaço de atendimento. Ficávamos sentados, nos bancos de passageiros, aguardando que chegassem até nós, não sem antes passarmos na parte de baixo e chamar por quem estivesse lá dentro.

---

<sup>8</sup>Abordagem é o nome utilizado pelas equipes de Consultório na Rua para definir a aproximação aos sujeitos em situação de rua.

<sup>9</sup>Coleta de escarro para detecção de tuberculose

A estratégia era passar por todos, oferecer medicamentos e preservativos, fazer uma breve conversa e sempre informar que estaríamos na plataforma caso quisessem algo mais.

Para chegarmos até à plataforma seria necessário pagarmos a passagem. Assim, fizemos uma conversa com a chefia daquela estação e solicitamos o livre acesso. Tínhamos como acessar a plataforma pelo buraco feito pelos moradores da comunidade no muro da Estação, mas esse arranjo era proibido, e gerava alguns conflitos entre os funcionários da CBTU e os moradores.

Nós precisávamos incluir a CBTU como parceiros de nosso trabalho, e não romper com eles, portanto não utilizávamos essa passagem nunca, nem para irmos para nossas casas. Esse era um posicionamento pautado na ética, pela equipe.

O número de habitantes só aumentava naquela região, muitos usavam o local apenas para o consumo de entorpecentes e iam embora. Alguns passavam uma noite ou alguns dias, outros usavam aquele local como moradia fixa. A segunda-feira era o dia mais lotado, sempre com gente nova. Eram muitas demandas, desde o pedido de um analgésico até o pedido para a retirada de documento, auxílio para o retorno à terra natal. Desta forma, era de extrema importância contarmos com parceiros da rede de serviços do território, tanto público quanto privado.

## 7 O LOCAL DO ACOLHIMENTO E A CONSTRUÇÃO DE PARCERIAS

Os moradores que mais chamavam a nossa atenção eram os que moravam embaixo da plataforma do trem. O espaço tem aproximadamente 300 metros de comprimento e, no máximo, uns 1,50 metros de altura. Ali, moravam aproximadamente 10 pessoas.

A entrada naquela plataforma era por um buraco, com acesso pelo terreno baldio da CBTU. Tudo ali era instigante, inclusive o nome: Baiuca. Recorri ao dicionário on-line para entender o seu significado. Deparei-me com definições que apontavam para Bodega; local em que bebidas alcoólicas são vendidas. Outra compreensão apontava para um lugar mal frequentado, sem higiene; ou ainda para casa de jogo, local desenvolvido para jogar, geralmente jogos de tabuleiros. O termo também define um lugar destinado à prostituição e um local de difícil acesso, e composto por sujeitos invisíveis.

Aqueles sujeitos moravam no que tinha de mais degradante e excluído naquela região. Dividiam a moradia com ratos e alguns animais domésticos. Esse nome, Baiuca, foi dado por outros moradores da localidade, que sempre se referiam aos moradores da plataforma como sendo os mais complicados por usarem droga com maior intensidade e arrumarem muita confusão, além de serem considerados como adoecidos. Eram os excluídos dentro da exclusão.

Logo nos deparamos com algumas questões sociais: muitos estavam sem documentos, eram de outro estado, outros municípios, evadidos do sistema carcerário, desempregados, expulsos de casa, vítimas de violência doméstica e tantas outras questões.

No início, eram todos muitos tímidos. Com o passar do tempo, a nossa presença já era aguardada e alguns estavam conosco toda a semana. Outros, pela gravidade da situação, por estarem em tratamento da tuberculose ou por uma ferida grave, pedíamos que fossem até o *Consultório na Rua*. Algumas vezes, não conseguíamos chegar até a plataforma, éramos surpreendidos por alguma emergência no meio do caminho.

Certa vez encontramos na porta da Unidade Básica de Saúde uma jovem, recém-chegada ao abrigo, que andava de um lado a outro, muito agitada e falando coisas desconexas. Guardando sigilo sobre a sua identidade, chamaremos ela de *M*. Estava grávida de uns 04 ou 5 meses. Havia um homem com ela, aparentava ser mais velho e afirmava ser seu companheiro. Ele dizia que estavam ali para falar com o “pessoal que

atende a rua”, a mando da enfermeira do abrigo. Ou seja, a técnica do abrigo mandou uma pessoa em claro surto, sozinha, grávida, para procurar o “pessoal que atende a rua”.

*M.* não parava de andar e falar. Ao me aproximar, me apresento e peço que me diga seu nome, que fale mais devagar, para eu poder entender o que ela dizia. Apontei a dificuldade para eu acompanhá-la. Disse que ela não precisava entrar, mas era bom, para mim, que ela parasse e falasse mais devagar para que eu pudesse entendê-la, e assim ajudá-la. Nisso ela para, me fala seu nome e me passa um número de um telefone fixo. *M.* parou de andar, começou a tentar ser compreendida por mim. Quando isso aconteceu, consegui olhar em seu rosto e me surpreendi ao perceber que ela tinha aparelhos nos dentes, que estavam com alguns grampos presos em sua gengiva, aparelhos superior e inferior, a boca não sangrava e nem estava inchada, indicando que a situação já estava assim há algum tempo.

Apesar da grave situação odontológica, era exatamente isso que me indicava que talvez ela não fosse uma pessoa em situação de rua por longa data. Aquele aparelho dentário indicava para nós a existência de um laço de família rompido recentemente, e esse era o sinal de que, talvez, tivesse um familiar a sua procura.

As pessoas que ficam em situação de rua por um longo período, apresentam certa degradação corporal e, especialmente, odontológica. Imaginei que talvez *M.* tenha saído de alguma internação psiquiátrica, tendo em vista sua visível desorganização psíquica, talvez à revelia, ou que talvez tenha se perdido, exatamente por conta da desorientação. O tal homem que estava com ela, apesar de afirmar ser seu companheiro, pouco sabia sobre *M.* Afirmava, ainda, ser o pai do filho que *M.* esperava, enquanto ela balançava a cabeça, negando a afirmação dele.

Claramente *M.* estava em um lugar totalmente estranho para ela. O abrigo disse não saber informar em qual região do Rio ela havia sido abordada. O técnico do abrigo informou não ter conseguido interlocução. Afirmou que ela estava surtada. Em suas palavras, ela não falava nada com nada. O técnico acreditava, ainda, que *M.* estava sob intenso efeito de drogas. Em sua perspectiva, a solução seria internar a moça.

Os técnicos não realizaram o trabalho deles de forma coerente, mas isso era pedir muito. Apesar de nossa chateação com a conduta da técnica, compreendemos que tenha sido bom que eles não tivessem internado *M.*, que tivessem mandado a jovem nos procurar.

As equipes das Clínicas da Família contavam com um programa chamado Cegonha Carioca, que acompanhava todo o pré-natal e fornecia parte do enxoval do bebê.

Conseguimos levá-la para dentro da Unidade de Saúde para que a enfermeira e o médico fizessem o atendimento.

Enquanto o atendimento acontecia, um técnico da nossa equipe fez a ligação para o número que *M.* nos deu. Era o telefone da casa dos pais dela. Viviam em um Município da Baixada Fluminense. Segundo o relato dos pais, a filha havia ficado muito estranha depois que colocou o aparelho nos dentes, começou a se achar diferente, dizendo que estava feia. Tentou arrancar o aparelho algumas vezes, causando o acidente de alguns grampos entrarem na gengiva, então foi ao dentista e não retornou para casa. Isso há aproximadamente 3 meses. Já estava grávida na ocasião e tinha um companheiro, pai de seu bebê, que também a procurava.

Após o relato desses familiares entramos em contato com o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS – da nossa região e solicitamos apoio para o caso. Outra pessoa da equipe do *Consultório na Rua* fez contato com o Hospital Geral de nossa região, que além da maternidade, tinha também uma enfermaria psiquiátrica. Conversamos com as duas equipes, informamos toda a situação e a chegada da família.

O CRAS se articulou com o CRAS do município de origem de *M.*, nós conversamos com o CAPS daquele território e com o Posto de Saúde que acompanhava a gravidez da jovem. Conseguimos interná-la no mesmo dia, os familiares chegaram no dia seguinte. A parceria mais importante neste caso foi com o CRAS de nossa região e com a equipe do Cegonha Carioca de nossa Unidade de Saúde.

Toda essa articulação só foi possível pela transferência de trabalho estabelecida dentro da equipe do *Consultório na Rua*. Ao conseguir abrir uma conversa com *M.* e, logo depois, levá-la para a sala do *Consultório na Rua*, a equipe se reúne e, de forma rápida, definimos com quem iríamos falar e quem iria fazer o que.

Tudo aconteceu de forma simultânea, utilizando os telefones da Unidade de saúde. Entendemos que *M.* precisava sair do abrigo, já que estava muito desorganizada e se colocando em risco. Consideramos necessária a internação psiquiátrica naquele momento, já que ela não poderia ser medicada por conta de sua gravidez.

A internação tinha como prioridade a sua própria proteção. Temíamos que ela retornasse para a rua e voltasse a ficar perdida. Lançar mão da internação psiquiátrica foi de extrema importância nesse caso, mas não sem antes contar com uma rede de proteção a *M.*, até que sua família pudesse chegar.

A família chegou no dia seguinte, indo diretamente para o *Consultório na Rua*, trazida pelo CRAS. Estava acompanhada por um técnico do CAPS, que não

conhecia a paciente, mas que se colocou à disposição na articulação com a família e a jovem *M.* Nós os aguardávamos com uma pessoa do CRAS de nossa região. Todo o procedimento social foi feito por essas equipes.

Após o retorno de *M.* ao seu município, não tivemos mais contato. Não há como precisar o que se passou com ela antes de sair de casa. Aparentemente, se tratava de um sujeito psicótico, em um surto que pode ter sido desencadeado pela gravidez ou pela própria mudança de seu rosto, ao colocar o aparelho odontológico, fazendo ela não mais se reconhecer. O que fez a diferença na condução do caso e, por esse motivo, deve ser salientado, foi a transferência de toda a equipe com o caso e a aposta de que era preciso escutar *M.* e seguir as dicas que ela nos dava.



## 8 A REDE DE SERVIÇOS DO TERRITÓRIO

A Área Programática 5.3 é composta pelos bairros de Santa Cruz, Sepetiba e Paciência. Sepetiba não tem Estação de trem. É servida por vans legalizadas durante o dia, e no período noturno, pelas clandestinas. O bairro também é servido por linhas de ônibus oficiais, entretanto, os carros da frota são totalmente depredados, escassos, chegando, em alguns casos, a ser raríssimos. 99% deste território tem cobertura da atenção básica, contando com Clínicas da Família. Conta ainda com CAPS II, CAPSAD III, CRAS, CREAS, Hospital Geral e *Consultório na Rua*. Apesar disso, também é local de abandono por parte do Estado, além de constituir-se como principal reduto eleitoral e de poder da milícia. Foi nesta região que surgiram as primeiras contratações de trabalhadores para a Saúde através das Organizações Sociais. O território é bem servido de equipamentos, entretanto a articulação para construção de parcerias não é fácil.

O CAPSII tinha uma compreensão equivocada do seu lugar, fazia uma certa parceria com o discurso do Abrigão. Consideravam que não precisavam estar na rua com o *Consultório na Rua*, mas também não se implicavam quando eram convocados a avaliar os casos de possíveis candidatos ao tratamento no CAPS, e esse equívoco gerava certo desconforto e confusão.

A saída que nós encontramos para tal impasse foi levar casos para o Fórum de Saúde Mental da região, sem apontar para os mal-entendidos nas articulações com o CAPSII. O Fórum era um espaço interessante, contava com a presença de várias equipes de saúde e da assistência. Era coordenado pelos CAPS's da região. Outra estratégia era levarmos para a Supervisão de Área, que contava com a presença de outros equipamentos, e era um local onde casos eram discutidos e conduzidos pela Supervisão.

Esses dois dispositivos, Fórum de Saúde Mental e Supervisão de Área, foram de extrema importância para que as Clínicas da Família, CRAS e CREAS conhecessem o mandato público de um *Consultório na Rua*. Neste mesmo Fórum fizemos uma apresentação do dispositivo *Consultório na Rua* e suas diretrizes. Passamos a ir em todas as Clínicas da Família a fim de esclarecer nosso trabalho e fazer parcerias com as equipes de Saúde.

Essa ação se fazia necessária para falarmos da função do dispositivo *Consultório na Rua* para os outros Equipamentos de saúde da região. Pairava o entendimento de que toda e qualquer ação em saúde, direcionada ao sujeito em situação

de rua, era exclusividade das equipes dos *Consultórios na Rua*. Assim, os casos deveriam ser resolvidos dentro do equipamento em que estava abrigada a equipe de saúde.

Parte das equipes de saúde não compreendia a importância da parceira e que esse dispositivo trabalhava de forma itinerante pelo território, especialmente os médicos. Desconsideravam que além de ser, humanamente, impossível, que o trabalho fosse solitário e exclusividade de uma única equipe, isso estava em desacordo com as diretrizes do SUS.

Em decorrência da má compreensão do que seria o mandato público do *Consultório na Rua* e das equipes de Saúde das Clínicas da Família, vivemos situações bem complicadas, por exemplo, quando uma pessoa em situação de rua, sem domicílio fixo, sem documentos, entrava em uma Clínica da Família para solicitar algum tipo de atendimento. A equipe do *Consultório na Rua* era imediatamente acionada para ir até lá atender àquele sujeito. Era uma exigência sem nenhum cabimento, que gerava desgastes a equipe, sendo, inclusive, uma exigência da CAP para que fossemos até o local atender àquele sujeito, ficando claro que as diretrizes primeiras do SUS, que podemos verificar a seguir, não estavam sendo compreendidas pelas equipes de Saúde e pela CAP. :

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - **Universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - **Integralidade de assistência**, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

IV - **Igualdade** da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie

(Lei 8080, Cap.II, Art7º. Brasil, 1990)

Tínhamos sempre a ideia de que essas confusões aconteciam porque no turbilhão das contratações e das inaugurações de Clínicas da Família, que na verdade só respondiam a um mandato político que visava reeleição, deixava-se de cumprir a diretriz do SUS que propunha formação de seus trabalhadores, prevista no Cap. III:

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

(Lei 8080, Cap. III. . Brasil, 1990)

Ficava claro o silencioso sucateamento do SUS. Apesar desta constatação, não recuamos e agendamos uma roda de conversa com as equipes e a apresentação no Conselho de Saúde da região. Esse movimento, de estarmos com outras equipes em roda de conversa, e a apresentação do projeto *Consultório na Rua*, apesar de nos trazer trabalho em dobro, surtia efeito e proporcionava boas parcerias de trabalho.

Foi possível constatar, mais tarde, o fruto dessas parcerias com uma jovem negra, muito magra, usuária abusiva de drogas, moradora da Baiuca, a quem chamaremos de *L.* Quando estávamos na plataforma, *L.* ficava sempre sentada, perto de nós. Aceitava o lanche, que por vezes era sua única refeição do dia. Nunca falava, apenas nos observava de forma discreta. Apesar desse silêncio, foi a primeira a aceitar fazer o teste de escarro para verificar a possibilidade de tuberculose. Sempre subia para a plataforma quando chegávamos, sem nada nos pedir, apenas ficava ali.

Certo dia, *L.* perguntou se tinha ginecologista no posto de saúde, sendo imediatamente acolhida pela enfermeira, que se colocou à disposição para ajudá-la a acessar uma ginecologista na rede. A enfermeira explicou que poderia solicitar todos os exames necessários, além de fazer todos eles na própria Clínica da Família.

Após um tempo, *L.* pode nos dizer que desconfiava de gravidez. Aquela menina magra, de olhos curiosos, passou a confiar em nós, pois não nos apresentávamos “como um Deus” (Lacan, 1964, p. 218) para aquelas pessoas. Confirmada a gravidez e, a partir da confiança estabelecida entre *L.* e a nossa equipe, acionamos o CAPSAD e o CRAS para nos acompanhar no caso.

Não fizemos um encaminhamento burocrático ao CAPS e ao CRAS, fomos com ela até esses equipamentos, com o carro da Unidade. Juntos possibilitamos à *L.* a retirada de seus documentos, o cadastramento dela no programa Cegonha Carioca, e com o CAPSAD ela pode ser inserida no mercado de trabalho. Sustentamos, junto ao CRAS, que ela não fosse retirada da Baiuca contra sua vontade. Sinalizamos que era preciso apostarmos na condução do tratamento dela feita pelo CAPSAD.

Fazíamos reuniões sobre o caso e várias ações foram possíveis. Aproximadamente 3 meses depois, *L.* retornou para sua família, em outra Área Programática, local onde hoje trabalha como Agente Redutor de Danos.

Seguramente, o bom encaminhamento desse caso se deu pela compreensão e posterior aposta de que conduzir situações tão delicadas, só é possível a partir de um

trabalho em conjunto e atento aos sinais que o sujeito, em assistência, nos traz, a partir de seus atos e de suas falas, oferecendo brechas para a construção coletiva de possíveis saídas para as suas questões.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção dessa escrita nos fez compreender que o trabalho no *Consultório na Rua*, em Antares, apesar de toda a sua aridez, só se tornou possível a partir da boa transferência de trabalho estabelecida e sustentada pela equipe, e articulada em rede no território.

Aquele trabalho era um fazer clínico, desenvolvido por uma equipe que apostava na ideia de um trabalho que se realizava a partir do entendimento de que aquela pessoa em situação de rua, era um sujeito “ com sua história, sua forma identitária, suas verdades e memórias” (PASSOS;BARROS, 2015, p.26), portanto, não era possível para nós, enquanto equipamento de saúde, acolher todas aquelas demandas, sem as parcerias com os outros equipamentos do território.

Precisávamos investir na transdisciplinaridade da clínica, apostando na troca de saberes entre os vários equipamentos que compunham aquele território, sempre acolhendo o que o sujeito nos trazia de sua própria rede, sua história, ajudando-o a reconstruir laços rompidos. O trabalho no SUS é complexo, e só se faz inteiro/completo se for feito em rede, que não pode ser endurecida, solitária e sem pares. Ela precisa ser uma rede com muitos.

Neste sentido, a Psicanálise apresentou-se como uma grande aliada na valorização das existências e das subjetividades. Assim, no que diz respeito a um trabalho profissional, que se propõe a refletir, intervir e construir novos rumos em suas ações, a inserção da Psicanálise, nos fez entender o quanto a fala e a escuta não estão restritas a um universo delimitado, mas, o quanto a Psicanálise se insere no universo e na vastidão das vidas, dos desejos e das pulsões, de morte e de vida, que podem, sim, ser encontradas nos mais diversos contextos, como foi demonstrado nesse trabalho, a partir da experiência com o *Consultório na Rua*.

Neste sentido, compreendo que muito ainda precisa ser feito, no campo da Saúde Pública, tanto naquele como em outros territórios, Brasil afora. Mostrou-se inquestionável a relevância do papel do Psicanalista. Ele não deve se abster de embrenhar-se, como colaborador, na construção e na reconstrução de diversas existências, em todos os cantos do país.

## REFERÊNCIAS

ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. Apresentação. In: ALBERTI, Sonia; FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Psicanálise e Saúde Mental: uma aposta** – Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

AUGÉ, Marc. **Não-lugares: Introdução a uma antropologia da supermodernidade**. Tradução: Maria Lúcia Pereira – Campinas: Papirus, 1994.

CRISTINA, Lana. **Prefeitura do Rio inaugura centro para recuperação de dependentes químicos e abrigo de moradores de rua**. Agência Brasil, 2011. Disponível em: <https://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2011-10-21/prefeitura-do-rio-inaugura-centro-para-recuperacao-de-dependentes-quimicos-e-abrigo-de-moradores-de-#:~:text=Rio%20de%20Janeiro%20%E2%80%93%20Os%20usu%C3%A1rios,Paci%C3%A1ncia%20C%20zona%20oeste%20da%20cidade>. Acesso em: 8 de agosto de 2022.

DELGADO, Pedro Gabriel. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS; COSTA (orgs.). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1987.

ELIA, Luciano. **Centro de atenção psicossocial como dispositivo de atenção à crise: em defesa de uma certa (in)felicidade inventiva**. – Trabalho apresentado no II Colóquio Internacional NUPSI/USP e XI Colóquio de Psicopatologia e Saúde Pública – Invenções democráticas: construções da felicidade – Centro de Convenções Rebouças. São Paulo, 2013.

\_\_\_\_\_. **A importância da Supervisão e do supervisor em uma equipe de saúde mental** – Trabalho apresentado em mesa do Congresso da Associação Brasileira de Neurologia e Psiquiatria Infantil e Profissões Afins – ABENEPI. Curitiba, 2005.

\_\_\_\_\_. **O sujeito, real e social** – Comunicação apresentada no II SEAD – Seminário de Estudos em Análise do Discurso. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre, 2005.

FREUD, S. (1913 [1911]). Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: FREUD, S., **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Vol. XII, Rio de Janeiro, Imago, 1969.

\_\_\_\_\_. 1856-1939. Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Vol. XII, Rio de Janeiro, Imago, 1969.

\_\_\_\_\_. Linhas de Progresso da Terapia Psicanalítica. In: FREUD, S., **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, Vol. XII, Rio de Janeiro, Imago, 1969.

HART, Carl. **Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas**. Tradução: Clóvis Marques – 1.ed – Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2014.

LACAN, Jaques. **O Seminário livro 8: a transferência 1960/1961** / Jacques Lacan: texto estabelecido por Jacques Alain-Miller; versão brasileira de Dulce Estrada; revisão do texto, Romildo do Rego Barros – Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

\_\_\_\_\_. **O Seminário livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise 1964** / Jacques Lacan: texto estabelecido por Jacques Alain-Miller; tradução de MD Magno. – 2ª ed. – Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

MAURANO, Denise **A transferência: uma viagem rumo ao continente negro** – Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (ORG.) **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** – Porto Alegre: Sulina, 2015.

SOUZA e SILVA, Jailson de. **Por que uns e não outros?: caminhada de jovens pobres para universidade** – Rio de Janeiro: 7Letras, 2003.

SOUZA e SILVA, Jailson de; FAVELA, Jorge Luiz Barbosa. **Alegria e dor na cidade** – Rio de Janeiro: Editora Senac Rio; BRASIL, 2005.

TABAK, Flávio. **Em campanha, Paes tenta vincular sua imagem às transformações feitas por Pereira Passos**. In: Jornal O Globo – 2012. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/rio/em-campanha-paes-tenta-vincular-sua-imagem-as-transformacoes-feitas-por-pereira-passos-5433676> Acesso em: Agosto de 2022.