



*POSSIBILIDADES DE COMPOSIÇÃO DE UMA EQUIPE DE CONSULTÓRIO NA
RUA.*

Leonardo Trápaga Abib¹
José Geraldo Soares Damico²

RESUMO: O presente texto é um recorte de uma pesquisa junto a um Consultório na Rua - CnR da cidade de Porto Alegre-RS. A partir do método cartográfico e da análise cultural, optamos por trazer para este texto a análise de um caso-pensamento, referente a uma partida de futebol entre moradores de rua, frequentadores de uma praça de Porto Alegre-RS e trabalhadores do CnR. O futebol emergiu a partir do encontro intercessor entre trabalhador e usuário de serviço de saúde, se constituindo como uma possibilidade de cuidado gregária e dionisiaca.

Palavras-chave: Consultório na Rua. Educação Física. Cartografia. Integralidade.

POSSIBILITIES COMPOSITION OF A TEAM OFFICE IN THE STREET.

ABSTRACT: This text is an excerpt of an investigation of a Team Office in Street - TOS in the city of Porto Alegre-RS. From the cartographic method and cultural analysis, we chose to bring this text analysis of a case-thought, referring to a soccer match between the homeless, attending a square of Porto Alegre-RS and workers TOS. The soccer emerged from the meeting intercessor between worker and service user health, constituting as a possibility of care gregarious and dionysian.

Key-Words: Team Office in Street. Physical Education. Cartography. Integrity.

*POSIBILIDADES DE COMPOSICIÓN DE UN EQUIPO DE CONSULTORIO EN LA
CALLE.*

RESUMEN: Este texto es un extracto de una investigación de un equipo de Consultorio en la Calle – CnC de la ciudad de Porto Alegre-RS. A partir del método cartográfico y da análisis cultural, se optó por llevar la análisis del texto de un caso-pensamiento, en referencia a un partido de fútbol entre las personas sin lar, asistentes de una plaza de Porto Alegre-RS y trabajadores de lo CnC. El fútbol salió de lo encontro intercesor entre el trabajador y los

¹ Universidade Federal Rio Grande -FURG leoabib@gmail.com

² José Geraldo Soares Damico – ESEF/UFRGS

usuarios de los servicios de salud, constituyéndose como una posibilidad de atención gregario y dionisiaco.

Palabras-clave: Consultório em la Calle. Educación Física. Cartografía. Integrida

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

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

Dentro desse contexto o caso que nos chama atenção e que nos desperta interesse em desenvolver no espaço deste texto está relacionado à população em situação de rua. Em cidades como São Paulo e Rio de Janeiro vêm ocorrendo operações de “limpeza social” pelas ruas historicamente associadas a usuários de drogas e moradores de rua. Diante desse quadro retomou-se o debate em torno da internação compulsória (antes atrelada aos sujeitos considerados loucos) para pessoas que fazem uso abusivo de drogas (em especial àquelas que o fazem nas ruas). Se por um lado há setores – da esfera pública, privada e da sociedade civil - que alimentam argumentos em prol de intervenções repressivas, como o recolhimento e a internação compulsória de pessoas em situação de rua, por outro lado há setores que fazem a crítica dessas ações.

Diante disso, no campo da saúde um dos serviços que vêm sendo convocados a fazer uma resistência diante das leis de recolhimento e internação compulsória é o Consultório na Rua - CnR. As equipes de CnR ficam responsáveis em abordar os diferentes tipos de demandas e necessidades de saúde da população em situação de rua, incluindo aquelas pessoas em sofrimento do consumo abusivo de *crack*, álcool e outras drogas (BRASIL, 2012).

Nos interessa discutir como essas diferentes políticas tem interferido no cotidiano de moradores de rua, comunidade, trabalhadores que atuam junto à população de rua, e que efeitos elas têm produzido na sociedade. Neste sentido optamos por investigar o trabalho de uma das equipes de CnR da cidade de Porto Alegre-RS³, para vivenciar as rotinas de trabalho dessa equipe, entender os conceitos que são operados pelos trabalhadores e estar próximo dos moradores de rua. Um dos autores desta pesquisa passou cinco meses acompanhando o trabalho desse CnR, participando das abordagens junto aos moradores de rua, das reuniões de equipe e discussões de caso.

Este texto é um recorte de uma dissertação de mestrado ainda em andamento. O que vamos apresentar aqui é um caso-pensamento vivenciado por um dos autores num dia de trabalho no CnR, quando aconteceu uma partida de futebol que misturou moradores de rua, jovens freqüentadores de uma praça e trabalhadores do CnR. Enquanto professores de educação física, esse encontro nos motivou a pensar sobre as possibilidades variadas de práticas de cuidado que podem ser feitas no espaço da rua, junto à população de rua.

Neste sentido nos parece estratégico pensar as práticas da cultura corporal (COLETIVO DE AUTORES, 1992) enquanto possibilidade de cuidado de pessoas em situação de rua que fazem uso abusivo de drogas, já que, na atualidade, estes sujeitos encarnam mais explicitamente um tipo de desejo, um jeito de viver que para alguns setores da nossa sociedade precisa ser clinicamente corrigido (BILIBIO, no prelo).

Contudo alertamos desde já de que este trabalho não pretende estabelecer uma relação axiomática entre educação física/ atividade física/ práticas corporais e saúde. Não queremos cair nas armadilhas do ufanismo dogmático (BILIBIO; DAMICO, 2011) em querer afirmar ou estabelecer algum regime de verdade sem criticidade em prol da educação física. Nossa idéia - e humilde pretensão - é poder pensar, a partir das vivências desta pesquisa de campo, como as práticas de cuidado emergem no encontro e

³ No município existem, por enquanto, duas equipes de Consultório na Rua. Cada equipe é responsável por regiões distintas da cidade e funcionam de forma independente uma da outra. Não especificarei neste trabalho o nome dos lugares visitados pela equipe de CnR em que me inseri, assim como não irei expor o nome real dos trabalhadores e usuários.

são significadas e re-significadas na relação entre usuários e trabalhadores do Sistema Único de Saúde - SUS.

PERCURSO DA PESQUISA

Os caminhos investigativos que decidimos traçar para esta pesquisa foi o da cartografia (DELEUZE; GUATTARI, 1995) e da análise cultural (FISCHER, 2001; MEYER et al, 2004).

Para Deleuze e Guattari (1995) a cartografia faz parte de um rizoma⁴, pois se trata de uma possibilidade de mapear forças, encontros, linhas e fluxos de uma maneira em que se possam conectar essas intensidades umas às outras sob as dimensões do mapa - enquanto uma experimentação ancorada no real e não somente a reprodução de algo - entrando por diferentes lados, de forma a rejeitar centralizações e enraizamentos, além de promover mudanças e reconstruções constantes. Ou como dizem Streppel e Palombini (2011, p. 515) “é como a produção mapeando-se a si mesma, o produtor incluindo-se no mapa a partir da libertação de suas singularidades, impessoalizando-se”. Virginia Kastrup (2010) acrescenta que a idéia da cartografia é acompanhar processos e não representar um objeto estático, imóvel e dissociado do cartógrafo-pesquisador.

Para fazer o registro dessa cartografia utilizamos o diário de campo como dispositivo disparador de lembranças, percepções, constatações e questionamentos. Esses diários foram produzidos em dois momentos: (a) durante as abordagens realizadas pelo CnR e (b) em momento subsequente à observação dessas atividades.

Nos diários de campo foram descritas as atividades realizadas durante as abordagens do CnR junto a população de rua. Foram relatadas partidas de futebol na praça, conversas com os moradores de rua, cafés da tarde, reuniões de equipe, distribuição de preservativos, acompanhamentos de usuários até outros serviços de

⁴ “O conceito de rizoma surge, assim, em Deleuze e Guattari, em oposição à forma segmentada de se conceber a realidade, bem como ao modo positivista de se construir conhecimento (...) diferentemente da ramificação hierarquizada do saber, e sem a lógica binária que rege as relações dicotômicas nas quais se incluem o pensamento psicanalítico e o estruturalismo em geral (DELEUZE; GUATTARI, 1995), a visão rizomática da estrutura do conhecimento não estabelece começo nem fim para o saber. A multiplicidade surge como linhas independentes que representam dimensões, territórios do real, modos inventados e reinventados de se construir realidades, que podem ser desconstruídos, desterritorializados” (KHOURI, 2009, p. 2).

saúde ou da assistência social, falas de transeuntes, diálogos com os trabalhadores do CnR, etc.

Também nos preocupamos em descrever os processos para escolha dos locais a serem visitados pela equipe, como eram os locais, qual a relação dos moradores e da equipe com determinado local.

Aliado aos diários também coletamos outras fontes para análise, como imagens, músicas, filmes, reportagens, que julgamos interessantes para desenhar os mapas cartográficos que deram luz a esta pesquisa, buscando dar a ela a cara de uma bricolagem⁵.

E para fazer esse recorte de dissertação de mestrado especialmente para produção deste texto optamos pelo caso-pensamento como material para problematização e análise. Mais do que relatar determinado fato em si, o caso-pensamento é um relato mais liberto do que fidedigno, de maneira a compor uma

escrita reflexiva sobre planos intensivos da memória, que pedem passagem no corpo do pesquisador. Planos que constituem uma multiplicidade virtual. Memórias do sujeito nessas ações e sua história, não como obra da razão que o paralisa, mas como um inconsciente plano de intensidades (SIEGMANN; FONSECA, 2007, p. 59).

Essa escrita em forma de caso-pensamento encontra-se num plano de singularização, visto que se refere a acontecimentos dentro de determinados contextos e que só foram possíveis a partir do encontro entre trabalhador/pesquisador e usuário (SIEGMANN; FONSECA, 2007).

A realização desta pesquisa foi pactuada previamente com a equipe do CnR e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Área da Saúde – CEPAS da Universidade Federal do Rio Grande – FURG⁶. Em tempo, os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

⁵ A bricolagem, produto do pesquisador bricoleur, também pode ser representada pela imagem da colcha de retalhos (um conjunto de imagens e de representações mutáveis, interligadas) como uma seqüência de representações que ligam as partes ao todo, embora sem a intenção de totalizar algo, deixar fechado (DENZIN; LINCOLN, 2006).

⁶ O projeto aprovado pelo CEPAS encontra-se sob o processo nº 23116.000555/2013-82 e sob o parecer de aprovação nº 25/2013.

O CONSULTÓRIO NA RUA

De acordo com o que consta na Política Nacional de Atenção Básica do SUS

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

Antes de o CnR se tornar um serviço da atenção básica do SUS ele se chamava “Consultório de Rua” e estava vinculado às políticas de saúde mental e atenção integral a usuários de drogas.

No ano de 2009 o governo federal lançou o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS – PEAD. Um dos objetivos do plano foi implementar as intervenções em contexto de rua com a articulação de diferentes redes de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Para isso uma das proposições do plano foi o “fortalecimento e expansão de experiência de intervenção comunitária, como Consultórios de Rua e outros (articuladas à atenção básica e visando à inclusão social)” (BRASIL, 2009, p. 6).

Em consonância com a propagação de que uma suposta epidemia do *crack* estaria despontando no país⁷ (LIMA; TAVARES, 2012, RODRIGUES, 2012), o governo federal lança em 2010 o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas – PIEC com o objetivo de “intervir nas causas e efeitos do consumo de álcool e

⁷ Ver mais em: “Crack, desinformação e sensacionalismo. Revista Poli (Escola Politécnica da Fundação Oswaldo Cruz), ano V, nº 27, março/abril 2013.

outras drogas, oferecendo cuidados de atenção com base na perspectiva da redução de danos sociais e à saúde” (BRASIL, 2010, p. 4). Outro objetivo do programa visa à ampliação e integração das ações, como as do Consultório de Rua, voltadas à prevenção do uso, tratamento e reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas (BRASIL, 2010)

O Consultório de Rua ingressa num campo de disputas e tensionamentos sobre os melhores modos de atender as demandas advindas do uso de drogas. Nesse sentido, Rodrigues (2012, p. 29) coloca sob suspeita o fato de que nesses programas governamentais⁸ (PEAD e PIEC) as diretrizes oriundas da redução de danos⁹ “aparecem combinadas à tradicional ênfase repressiva e proibicionista” com relação ao uso de drogas. Para o autor “iniciativas como os Consultórios de Rua podem ser portas para internações compulsórias que nada mais são do que atualizações de práticas higienistas que se redimensionam numa nova tecnologia do governo das ruas” (2012, p. 31).

Já outros trabalhos têm apontado que os Consultórios de Rua têm contribuído para o fortalecimento e a integração da rede de atenção à saúde, bem como tem conseguido trabalhar na perspectiva da redução de danos, com abordagens mais acolhedoras e respeitadoras para com os moradores de rua (OLIVEIRA, 2009; JORGE; WEBSTER, 2012).

De uma forma ampla de análise podemos considerar que a atual rede de serviços disponíveis para atender a população de rua pode proporcionar um cuidado que acompanhe e respeite os modos de circulação dessa população pelas ruas, sua história e sua forma de construir sua vida e de habitar a cidade, assim como também pode vir a ser uma rede de captura desses sujeitos, enquanto estratégia de normatização dos modos de

⁸ A respeito desses dois programas do governo federal em que os Consultórios de Rua são inseridos, ambos sinalizam para a redução de danos, para o atendimento integral no contexto de rua como estratégias de governo para intervenção junto aos usuários de drogas. Entretanto é preciso desconfiar, colocar sob dúvida, se tais programas realmente estão implicados com isso. O PIEC, por exemplo, prevê o repasse de verbas públicas para compra de leitos de internação em clínicas privadas e em comunidades terapêuticas. Assim o modelo do internato em locais isolados e distantes da realidade dos usuários segue sendo uma das premissas do governo para o assunto. Em muitas dessas comunidades terapêuticas, por exemplo, foram identificadas um conjunto de práticas de violação de direitos humanos dos sujeitos internados (CFP, 2012).

⁹ A estratégia de redução de danos começou em meados dos anos 1980 na Europa. Trabalhadores da área da saúde, com epicentro na Holanda, reconheceram que “a meta da abstinência no tratamento de usuários de drogas injetáveis era uma perigosa utopia que, no caminho, deixava um rastro de contaminações por HIV e hepatite entre outras doenças” (RODRIGUES, 2012, p. 26). Conte et al (2004, p. 62) colocam que a redução de danos pode ser entendida como “uma prática que visa a possibilitar o direito de escolha e a responsabilidade da pessoa diante da sua vida, flexibilizar os métodos para vislumbrar a universalidade da população envolvida com drogas, com a qual a gestão pública está comprometida”.

viver, de exclusão dos “indesejáveis” da cidade e por sua vez de inclusão nas instituições privadas que tendem a lucrar com as interações de usuários de drogas (LIMA; TAVARES, 2012; CLEMENTE et al, 2013).

Então, no ano de 2011 os “Consultórios de Rua” passam a serem chamados de “Consultórios **na** Rua” - CnR. Entretanto essa sutil troca no nome do serviço implicou em mais questões para o debate. Ao trazer para o campo da atenção básica do SUS, se entende que o CnR deve estar apto a atender as diferentes demandas apresentadas pela população em situação de rua, não se restringindo ao trabalho somente em torno do uso de drogas por parte dessa população. O CnR passaria então a trabalhar na perspectiva da redução de danos e em conjunto com os demais serviços da rede SUS a fim de garantir um melhor acesso dos moradores de rua aos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2011).

Neste sentido, as equipes de CnR são compostas por trabalhadores de diferentes núcleos profissionais, a fim de se garantir um cuidado multiprofissional em contraposição ao modelo médico-centrado. Na equipe de CnR acompanhada na pesquisa havia um professor de educação física atuando junto às trabalhadoras da enfermagem, serviço social e terapia ocupacional. Essa equipe ainda contava com a presença de técnicos administrativos, estagiários e residentes de diferentes núcleos profissionais também. Ainda sobre essa equipe, ela foi constituída por trabalhadores/as que já atuavam em outros serviços da instituição a qual o CnR está ligado, inclusive o professor de educação física. Todos trabalhadores/as da equipe atual foram inseridos por se identificarem com a proposta de trabalho no contexto de rua junto à população de rua.

Durante a pesquisa de campo acompanhamos o CnR em diferentes locais de abordagem na cidade de Porto Alegre, como praças públicas, terrenos baldios, construções abandonadas, zonas de prostituição, marquises e viadutos. Nas abordagens a equipe abordava somente os moradores de rua que estivessem acordados e interessados em conversar, em pedir algum atendimento específico, etc. Como os trabalhadores da equipe atuam de forma compartilhada e não fragmentada – exceto quando há necessidade de algum atendimento mais específico, como, por exemplo, no caso em que as trabalhadoras da enfermagem precisam aplicar injeções, fazer curativos em ferimentos mais graves, etc. -, alguns moradores de rua atendidos não sabem exatamente qual é a profissão de cada um dos profissionais desse serviço. Então um dia

durante uma abordagem na Praça Emiliano Zapata¹⁰ um dos moradores de rua pergunta para o trabalhador do CnR:

- Mas o que tu é mesmo cara?

O trabalhador responde:

- Tchê, eu sou professor de educação física.

- Professor de educação física? Diz o morador. - Pô, porque não falasse isso antes! Porque tu não traz uma bola pra nós bater um futebol aqui na praça?

A partir desse encontro, dessa demanda trazida pelo morador de rua, a equipe do CnR passou a levar algo além de seringas, preservativos, água potável, pomadas, material para curativo, etc.: e especialmente uma bola de futebol. A seguir iremos expor o caso-pensamento¹¹ a ser analisado, problematizado por nós.

O caso-pensamento da Praça Emiliano Zapata.

Hoje foi mais um dia frio no mês de junho. Mas não frio a ponto de expulsar os freqüentadores mais assíduos da Praça Zapata. Ao estacionarmos a Kombi do Consultório na Rua e descermos na praça, observamos os já conhecidos rostos¹² dos irmãos Patrola, do Roger, Alexandre, Lauro, Juliano e companhia. O pessoal logo pediu pela bola de futebol para nós (eu e o residente de saúde mental, que é professor de educação física também). Hoje tinha público suficiente para jogar futebol na praça. E jogamos no melhor estilo de rua: o popular “golzinho fechado”. O grupo optou em jogar na grama ao invés de jogar na quadra de cimento, já que alguns dos jogadores não tinham tênis. O jogo começou bastante movimentado, com vários dribles, passes e até um que outro carrinho ou entrada mais dura, mas tudo dentro de um limite estabelecido pelo grupo. Porém depois de uns 10 ou 15 minutos, alguns jogadores pediram para sair, alegando cansaço, falta de ar, de preparo físico, uma pausa para tomar um gole de água ou aguardente.

Então seguimos o jogo com alguns adolescentes que estavam na praça nos observando, na expectativa de serem chamados por nós em algum momento. Além disso, depois chegaram o Melo e o Kingston. Nunca havia escutado a voz do Kingston e

¹⁰ Nome fictício.

¹¹ Tal estratégia de de apresentação de material para análise foi inspirada nos textos de Bilibio (no prelo), Damico (2011b) e Bilibio e Damico (2011).

¹² Nomes fictícios.

de repente hoje, antes de eu sair do campo de pesquisa, ele aparece e ainda vem para jogar um futebol. Tudo bem que ele estava embriagado e os reflexos já não estavam tão firmes, mas ele veio para o jogo com a gurizada e não fez feio, deu assistência para um dos gols e tudo mais.

Uma das coisas que notei nesse tempo em que estive na praça é que os freqüentadores do local não tratam o pessoal em situação de rua de maneira desrespeitosa. Inclusive interagem com eles, como no jogo de futebol de hoje, independente se os moradores estão alcoolizados ou sujos e etc. Um cenário bem diferente do que tenho visto quando o CnR está atendendo pessoas embaixo de marquises, viadutos ou escadarias. Parece-me que na praça a convivência é tranqüila entre os freqüentadores da praça e os moradores de rua.

Sendo assim, jogamos mais uma meia hora, enquanto que as equipes do CnR e da UBS estavam ali conversando com o pessoal que tinha chegado mais tarde e com aqueles que já tinham deixado de jogar futebol.

Aliás, o jogo foi bastante corrido. Para aqueles que acham que os moradores de rua são incapazes de fazer algo, devido à situação em que estão ou pelo fato de usarem (e às vezes abusarem) do álcool e de outras drogas, talvez se surpreendessem com o nosso futebol da praça, cheio de movimentação, correria e até de vez em quando algumas jogadas mais plásticas, como um “lençol”, um passe de calcanhar e etc.

Discutindo o caso-pensamento

A partir da apresentação desse caso-pensamento, vivenciado em uma das várias tardes de pesquisa de campo, podemos elencar elementos para variadas análises. Neste momento, em decorrência do tema do encontro e do tamanho do texto, optamos por fazer uma análise a respeito de como emerge o “futebol da praça” e de como a educação física compõe este universo vivido pelo CnR e pelos moradores de rua.

Primeiramente é importante notar que o futebol emerge da relação, do encontro intercessor (DELEUZE, 1988; FRANCO; MERHY, 2005) entre trabalhador e usuário de serviço de saúde. Não foi uma imposição que veio do professor de educação física do CnR, mas, sim, uma sugestão de um dos moradores de rua atendidos pelo serviço. Em segundo lugar, essa é uma prática, um modo de fazer saúde, que se dá a partir do compartilhamento de idéias com o usuário, da escuta e do acolhimento das suas

demandas, fato que exige certa postura ética-política, que possibilita ao usuário pensar e decidir os rumos do seu atendimento junto com o trabalhador de saúde.

Este futebol jogado na praça Zapata e que emerge na medida em que o professor de educação física se dispõe a escutar com atenção o que o usuário demanda, vai adquirindo um caráter gregário e dionisíaco, vinculado com as forças de intensificação da vida presentes nas manifestações culturais (BILIBIO, no prelo). Neste contexto o futebol não emerge enquanto uma prática que quer impor um modelo exemplar de como conduzir a vida ou algo do gênero. Neste momento estar na praça com os moradores de rua – usuários e não usuários de drogas -, estabelecendo vínculos e jogando futebol (entre outras atividades) pode ser uma das maneiras de afirmar essa vida, afirmar as potencialidades desses moradores de rua. Pode ser também uma maneira de afirmar diferentes formas da educação física compor um trabalho na saúde coletiva, pautado pelas perspectivas da redução de danos, da integralidade e da experimentação de si, ao acolher “a constelação mundana de signos e sentidos trazida pelos usuários dos serviços” (BILIBIO, no prelo, p. 153).

Contudo sempre há um risco nessa relação, por mais acolhedora que seja. É preciso estar atento ao que se passa no cotidiano da rua e das instituições, para que práticas como essa do futebol não sejam capturadas por um viés medicalizante, de controle, vigilância e moralização dos sujeitos. É necessário cuidar-se para que esse tipo de ação não seja um meio sutil para a captura dos moradores de rua.

Dito isso, vamos pensar em outro desdobramento do caso-pensamento: quais as possibilidades de um professor de educação física compor um trabalho num serviço público de saúde destinado à população de rua?

Com o advento do SUS foram sendo requisitadas novas formas de organizar os serviços de saúde, demandando mudanças na formação dos trabalhadores e na criação de diferentes formas de atuar na saúde. A criação do SUS potencializou a constituição de mais equipes multiprofissionais, mais serviços na atenção básica e na saúde mental, de modo a operar numa mudança do foco do atendimento, antes muito centrado no hospital, para uma atenção à saúde mais próxima dos usuários, com enfoque comunitário e nas tecnologias leves em saúde (MERHY, 1997).

Nesse sentido, embora timidamente, a educação física vem incorporando os serviços da rede SUS. Conhecendo a tradição da educação física no campo da saúde observamos poucas práticas junto à população de rua, sendo que a maioria da produção

acadêmica tem sido dirigida para o atendimento de pessoas com doenças crônico-degenerativas e para induzir as pessoas a incorporarem as atividades físicas nos seus hábitos de vida. Práticas como a que vimos no caso-pensamento são menos vistas nas produções acadêmicas e nas políticas públicas, o que nos faz pensar que

As condições de possibilidade, na contemporaneidade, para o retorno formal da educação física para a área da saúde encontram suas bases num projeto que articula um conjunto de intervenções visando mudanças no comportamento dos indivíduos, principalmente indicando estilos de vida e, por conseguinte, hábitos que devem ser cultivados, dentre os quais destacam-se os exercícios físicos e dietas adequadas (DAMICO, 2011b, p. 272).

Por isso consideramos importante abordar este trabalho nas ruas da cidade junto à população de rua, ainda mais neste momento em que ela vem sendo criminalizada a ponto de se tornar alva de políticas higienistas de exclusão da cidade e de repressão, em nome de interesses econômicos e moralistas.

No que tange a educação física, o trabalho junto à população de rua tem requisitado novas formas de compor um trabalho em saúde, que deve ir além da prescrição de atividades físicas, da ausculta ou da proposição de práticas corporais. Vale dizer aqui que o professor de educação física do CnR faz acolhimentos, distribui preservativos, acompanha os usuários em outros serviços (de saúde, da assistência social, cartórios, etc.), faz práticas de redução de danos, visitas domiciliares nas casas de parentes dos moradores de rua, etc. Ali ele compõe o trabalho em equipe de modo a incorporar alguns elementos da cultura corporal, desde que advindos do encontro com os usuários, mas também de modo a não ficar restrito ao universo das práticas corporais/atividades físicas e das lógicas curativas e prescritivas tradicionalmente ligadas a educação física.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentamos neste texto um fragmento de uma pesquisa de mestrado junto a um CnR da cidade de Porto Alegre-RS. A partir da contextualização e da apresentação de um caso-pensamento, discutimos sobre possíveis formas da educação física compor os serviços de saúde, e em especial, o CnR. A partir da pesquisa de campo percebemos que a educação física não se insere no CnR somente pela proposição de exercícios físicos, jogos, esportes e tampouco pela utilização de métodos prescritivos e que

induzam as pessoas a mudarem seus hábitos de vida, como se a saúde dependesse só disso. Conseguimos mapear práticas que não fragmentam a atuação dos trabalhadores, que não os colocam em disputa, mas, sim, numa relação de compartilhar conhecimentos e práticas entre si e com os usuários.

Neste cenário em que o futebol emerge do desejo e da vontade dos moradores de rua que habitam uma das praças de Porto Alegre, falamos sobre as potências e os riscos dessa prática na atualidade. O jogo que se apresenta de forma dionisíaca, mais livre e como elemento a agregar os sujeitos da praça e se constituir como uma forma de resistência às políticas e práticas fascistas de recolhimento e internação compulsória. Contudo esse futebol também corre o risco de cair no campo da vigilância e de um higienismo mais sutil. Por isso é preciso estar atento a todo o momento, para que práticas como essa do futebol da praça Zapata possam se constituir em estratégias de cuidado pautadas pela promoção de autonomia, pelo acolhimento, pela aposta nas potencialidades dos sujeitos e afirmação de outros modos de viver a vida.

REFERÊNCIAS

BILIBIO, L. F. S. Esquecimento ativo e práticas corporais em saúde. I Seminário Internacional Práticas Corporais no Campo da Saúde. Porto Alegre-RS, 2012. No prelo.

BILIBIO, L. F. S.; DAMICO, J. G. S. Carta a um jovem professor. Caderno de formação RBCE, pp. 92-103, jul. 2011.

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

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

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

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

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

COLETIVO DE AUTORES. Metodologia do ensino da educação física. São Paulo: Cortez, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília, 2011.

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

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

DAMICO, J. G. S. Rasuras disciplinares e amputação de fazeres. Revista Movimento, v. 17, n. 3, 2011b.

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

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

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

FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. Cad. Pesquisa, São Paulo, n. 114, Nov. 2001.

FRANCO, T.; MERHY, E. Produção imaginária da demanda. In: Pinheiro, R.; MATTOS, R. A. (Org.) Construção social da demanda. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ-CEPESC-ABRASCO, p. 181-194, 2005.

JORGE, J. S.; WEBSTER, C. M. C. Consultório de Rua: Contribuições e Desafios de uma Prática em Construção. Sau. &Transf. Soc., Florianópolis, v.3, n.1, p.39-48, 2012.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In PASSOS, E; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA (Orgs.). Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.

KHOURI, M. M. Rizoma e Educação: Contribuições de Deleuze e Guattari. In: Anais do XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social, Maceió, 2009.

LIMA, R. de C. C.; TAVARES, P. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo. Argumentum, Vitória (ES), v. 4, n.2, p. 6-23, jul./dez. 2012.

MERHY, E. E. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In.: Conselho Federal de Psicologia (org). Drogas e Cidadania: em debate. Brasília: CFP, 2012.

MEYER, D. E. al. 'Mulher sem-vergonha' e 'traidor responsável': problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 12, n. 2, Aug. 2004.

NU-SOL. Tecnologia do governo das ruas. Hypomnemata, n. 135, jul. 2011. Disponível em: <http://www.nusol.org/hypomnemata/boletim.php?idhypom=163> .

OLIVEIRA, M. G. P. N. de. Consultório de Rua: relato de uma experiência. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

RODRIGUES, T. Política de drogas e a coragem da luta. Argumentum, Vitória (ES), v. 4, n.2, p. 24-33, jul./dez. 2012.

ROLNIK, R. Onde vai parar a política higienista de Kassab? Disponível em <<http://raquelrolnik.wordpress.com/2012/07/10/onde-vai-parar-a-politica-higienista-de-kassab/>> Acesso em 25 de setembro de 2012.

SIEGMANN, C.; FONSECA, T. M. G. Caso-pensamento como estratégia na produção de conhecimento. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, vol. 11, n.o 21, jan.-fev. 2007.

STREPPPEL, F. F.; PALOMBINI, A. L. Devir-loucura no rádio: uma experiência em saúde mental. Fractal: Revista de Psicologia, v. 23, p. 501-522, 2011.