



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

LUA SÁ DULTRA

**ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATENÇÃO
BÁSICA: UMA ANÁLISE DAS PRÁTICAS INSTITUÍDAS PELA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR**

SALVADOR
2018

LUA SÁ DULTRA

**ACESSO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATENÇÃO
BÁSICA: UMA ANÁLISE DAS PRÁTICAS INSTITUÍDAS PELA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO CENTRO HISTÓRICO DE SALVADOR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária.
Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Orientadora Responsável:

**Profa. Dra. Mônica de Oliveira Nunes de
Torrenté (ISC/UFBA)**

SALVADOR
2018

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA),
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Sá Dultra, Lua
Acesso da população em situação de rua na Atenção
Básica: uma análise das práticas instituídas pela
Saúde da Família no Centro Histórico de Salvador / Lua
Sá Dultra. -- Salvador, 2018.
242 f. : il

Orientadora: Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.
Dissertação (Mestrado - Mestrado em Saúde
Comunitária) -- Universidade Federal da Bahia,
Instituto de Saúde Coletiva, 2018.

1. Pessoas em Situação de Rua. 2. Atenção Básica. 3.
Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Vulnerabilidade. 5.
Saúde Mental. I. de Oliveira Nunes de Torrenté,
Mônica. II. Título.



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

LUA SÁ DULTRA

Acesso da população em situação de rua na Atenção Básica: uma análise das práticas instituídas pela Saúde da Família no Centro Histórico de Salvador.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 16 de agosto de 2018

Banca Examinadora:

Prof. Mônica de Oliveira Nunes de Torrentè – Orientadora – ISC/UFBA

Prof. Leny Alves Bonfim Trad – ISC/UFBA

Prof. Juliana Prates Santana – IPS/UFBA

Prof. Lumena Almeida Castro Furtado – UNIFESP

Salvador
2018



A Maria Lúcia Santos Pereira da Silva (*in memoriam*),
pela grandiosidade e força,
que tanto me ensinaram e ainda ensinam.

AGRADECIMENTOS

Com o passar do tempo, tenho respeitado mais os clichês, que no geral são mais verdadeiros que os panfletos: foram muitas mãos e pés que, juntos, pariram essa dissertação. De forma contrastante com a solidão da escrita, fica claro que somos uma rede ética, afetiva, solidária e política. São muitos os agradecimentos e reconhecimentos a serem feitos.

Agradeço a todas as pessoas que vivem nas ruas, homens e mulheres de todas as idades. Consigo elas trouxeram gerações que me atravessaram e mudaram para sempre. Em um movimento pendular, me transportam em segundos a uma Salvador escravista, injusta e elitista, borrando as margens dos séculos e adjetivando nossa cidade de forma muito próxima, ainda hoje. A elas, que me questionam, desafiam, apontam caminhos e me embaralham também. Tomando emprestado a síntese do mestre Mateus Aleluia, trago, graças a vocês, a necessária inquietude ao setor saúde de produzir respostas para os “traumas que Freud não explica”.

Às moradoras e moradores do Pelourinho, pela amplitude de vida que escapa a explicações; esse chão que tanto respeito e que peço licença pra entrar. Uma gratidão especial a Edna Nunes (*in memorian*), Lilian Barreto/Tica (*in memorian*) e Seu Jucelino Nascimento.

Agradeço a Jane Montes, por ser uma grande referência na minha vida e por ter me mostrado que era possível transformar todas aquelas perguntas em um projeto de mestrado. Jane tem tanta vida no olhar, que ninguém passa imune a ela. Suas produções estão escritas na própria rua e nas trabalhadoras e trabalhadores que têm a sorte, como eu, de cruzar com o seu caminho. Foi ela quem me apresentou Graça Viana, pois tinha certeza que sua “amiga capricorniana” me ajudaria na escrita do projeto. As duas, em uma tarde de fim de semana, acenderam minha primeira luz e seguiram me iluminando mesmo à distância. Tenho uma gratidão ancestral por vocês.

Agradeço a todas/os as/os colegas da Unidade de Saúde da Família, por termos trilhado um caminho comprido, difícil, mas também prazeroso e muito gratificante, algumas vezes em sentidos diferentes – todas elas importantes. Aprendi e sigo aprendendo com cada um/a de vocês. Essa é minha equipe do coração. Um

agradecimento especial a Cintia Costa, pela parceria ininterrupta, e sobretudo por possuir uma qualidade que me é valiosa: o movimento. Toda a minha admiração.

Às/aos colegas do CAPSad, que me batizaram no Pelourinho de forma muito acolhedora e que seguem na construção de um cuidado ético junto aos usuários e usuárias. Em nome de todas/os, agradeço aos redutores de danos Sirlei Barreto, Andreia Carvalho, Marluce Reis (Mara), Benimário Silva e José Carlos Dias (Tico), por terem me apresentado às ruas e me ensinado corporalmente sua linguagem.

À equipe do Consultório na Rua, pela vivência intensiva dos últimos meses e pela solidariedade em compreender minha ausência subjetiva nessa reta final. Um agradecimento especial a Sandra Carvalho, cuja dissertação de mestrado e o envio de referências foram essenciais para a escrita da minha; e a Julyana Quintino, pela potência criativa e de trabalho que contagiam.

Às/aos colegas do Ponto de Cidadania e do Corra pro Abraço, pela ampla disponibilidade e criatividade. É muito potente a rede que temos construído, da qual vocês são cruciais. Não conseguiria dimensionar como a prática de vocês modifica de forma positiva a minha. Um beijo especial em Natália Gonçalves, pelo auxílio recente em uma parte da escrita; e em Patrícia Flach, pela corporalidade na cena da rua que me ensinam sutil e robustamente.

Ao Movimento de População de Rua, por me lembrar diariamente, enquanto subo a Ladeira de São Francisco, que no meio do caminho tem tantas pedras quanto resistências.

A Luana Malheiro, porque apenas sua existência já é uma inspiração, desde que a via à distância andando decidida pelo Pelourinho. É sua força que inspira, sua capacidade de trabalho e ética. Além de uma parceira certa nas trincheiras cotidianas, ainda virou uma referência bibliográfica!

A Mônica Nunes, minha orientadora, pelas ofertas valiosas no caminho tortuoso que foi a construção da dissertação. Agradeço o processo pedagógico horizontal que construímos.

A João André Santos de Oliveira, meu colega de trabalho e amigo, agradeço por ter sido meu co-orientador, contribuindo muito nos percalços metodológicos, teóricos e afetivos do processo.

Às/aos colegas de turma do Mestrado e do NISAM (Núcleo Interdisciplinar de Saúde Mental), agradeço as parcerias e a prontidão em ajudar em assuntos de toda

sorte. Em especial, um beijo, abraço e todo o meu amor a Catarina Sakai e Gustavo Menezes, companhias quentinhas, inteligentíssimas, perspicazes e inspiradoras que, desde 2013, ainda residentes de Saúde Mental no CAPSad, me ensinavam com maestria. Que sorte a minha tê-los ao meu lado.

Às professoras/es e pesquisadoras/es do ISC, por terem me aberto a outras racionalidades, pontos de vista, experiências e conselhos. Agradeço a todas/os nos nomes de Jorge Iriart, Leny Trad, Litza Cunha, Marcelo Castellanos, Jairnilson Paim, Catharina Leite, Maurice de Torrentè e Greice Menezes. Agradeço também ao Prof. Nivaldo Carneiro Júnior, pelas contribuições na qualificação do projeto. A todas as pessoas que de forma pontual me ajudaram no envio de uma referência ou na discussão de um aspecto específico da dissertação. Vocês são muitas e muitos; seria difícil citar cada um/a.

A Anunciação Dias e Beatriz Magalhães, funcionárias do Colegiado do ISC, pela presteza em resolver de forma cuidadosa e rápida todos os pequenos-grandes problemas que os processos burocráticos nos presenteiam. A Creuza Ferreira, bibliotecária do ISC, pela ajuda na revisão bibliográfica. A Dilzaná Oliveira, funcionária da biblioteca da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, pela sua colaboração valiosa ao sugerir referências que me eram desconhecidas, sempre com um sorriso no rosto.

A Diego Bomfim, por ter me apresentado Marcus Vinicius de Oliveira Silva e pela parceria preciosa de vida que compartilhamos, que atravessa tempos e espaços. Aproveito para agradecer a Marcus (*in memoriam*), onipresente na escrita e mais ainda na minha prática – mesmo não tendo sido meu professor, sua existência espalhada segue feito flecha nas mãos de muitas trabalhadoras e trabalhadores. Guardo algumas comigo.

A Lara Belov, por conseguirmos nos alcançar, nos construir e nos somar, há vinte anos. Às amigas e amigos queridos que estiveram presentes, na dose sofisticada entre compreender meu tempo sem me deixar cair no esquecimento. Agradeço a todas/os nos nomes de Joana Carvalho, Mara Vieira, Maria Guerreiro e Milena Marinho.

A Fernando Feijó, meu companheiro, que em um híbrido muito perto-muito longe viveu a gestação dessa dissertação. Agradeço muito pela sua existência na

minha vida, pela compreensão aos momentos difíceis (tão frequentes) e, sobretudo, por me alegrar neles com o sorriso mais bonito.

À minha avó Marina, meu maior tesouro, passarinho dos olhos mais lindos, meu tio José Antônio, uma grande referência de vida, tia Rosa, parceira pra qualquer coisa, às primas Luana e Marina e à tia-avó Virgilina (Dainha), por serem um lugar pra mim.

A Rita, minha mãe, Roberto, meu pai, e Brisa, minha irmã, agradeço por segurarem todas as pontas, costurar os fios soltos e fortalecê-los, me fazendo sentir sempre muito amada e nunca sozinha. Que sorte a minha tê-los aqui dentro de mim e pra sempre, cada um com sua existência peculiar e forte. Obrigada por me ensinarem tanto e por me ajudarem a construir e finalizar mais uma etapa.

Pedra, pau, espinho e grade
“No meio do caminho tinha uma pedra”,
Mas a ousada esperança
de quem marcha cordilheiras
triturando todas as pedras
da primeira à derradeira
de quem banha a vida toda
no unguento da coragem
e da luta cotidiana
faz do sumo beberragem
topa a pedra pesadelo
é ali que faz parada
para o salto e não o recuo
não estanca os seus sonhos
lá no fundo da memória,
pedra, pau, espinho e grade
são da vida desafio.
E se cai, nunca se perdem
os seus sonhos esparramados
adubam a vida, multiplicam
são motivos de viagem.

Conceição Evaristo

DULTRA, L.S. Acesso da população em situação de rua na Atenção Básica: uma análise das práticas instituídas pela Saúde da Família no Centro Histórico de Salvador. Salvador: [Dissertação de Mestrado] Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, UFBA, 2018.

RESUMO

O fenômeno da população em situação de rua está associado à desvinculação ou inclusão precária ao mundo do trabalho e à fragilização dos laços sociais. A despeito de estar inscrita em múltiplos processos de vulnerabilidades, essa população encontra barreiras no acesso aos serviços de saúde, incluindo a Atenção Básica. Mesmo localizada dentro do território, a Estratégia de Saúde da Família tem estabelecido uma relação distante com o mesmo, ao não considerar suas características socioculturais, reduzindo-o a uma instância física puramente. A partir da abordagem etnográfica, a relação das pessoas em situação de rua com uma Unidade de Saúde da Família do Centro Histórico de Salvador foi estudada, tendo como norteador de análise o acesso – compreendido não apenas como demanda e oferta de serviços, mas principalmente na perspectiva do cuidado. Os desafios de se viver nas ruas trazem implicações para a saúde que provocam os serviços, tanto na relação estabelecida com esse segmento populacional quanto nas respostas que podem dar enquanto setor. O sofrimento da população em situação de rua, psíquico e social, associado às dificuldades de comunicação e inserção institucionais (reforçados pelas instituições), o frequente uso de substâncias psicoativas, o modo peculiar de se relacionar com o corpo, a distinta temporalidade e a usual linguagem da violência requerem atitudes proativas dos serviços de saúde para um cuidado pautado na equidade e na justiça social. No entanto, as distâncias produzidas entre a população em situação de rua e os serviços, que muitas vezes ignoram suas sociabilidades e singularidades, geram barreiras no acesso: desde a exigência de documentos ao exercício de práticas discriminatórias, que passam pelo mito da periculosidade, pelo julgamento moral, pela baixa disponibilidade de escuta, pela não absorção da demanda espontânea, pela abjeção à sujeira e entendimento do direito à saúde como concessão. Tais práticas se configuram como violência institucional, da qual o racismo é um operador, e indicam, dentre outras questões, que a categoria vulnerabilidade não tem sido utilizada para operacionalizar a equidade. É possível identificar nessa arena, em contracorrente, movimentos que ampliam o acesso, através da compreensão do vínculo enquanto recurso tecnológico e da reflexão constante sobre os enrijecimentos das normas e espaços de poder. Ao desnudar a burocratização da Estratégia de Saúde da Família frente ao cuidado junto às pessoas em situação de rua, procura-se desnudar sua burocratização como um todo, ancorada em um processo de trabalho muitas vezes instituído, capturado e sob risco de cristalização.

Palavras-chave: Pessoas em Situação de Rua; Atenção Básica; Acesso aos Serviços de Saúde; Vulnerabilidade; Saúde Mental; Álcool e outras Drogas.

DULTRA, L.S. Access of homeless people in the Primary Health Care: an analysis of the Family Health practices in the Historical Centre of Salvador. Salvador: [Master's Dissertation] Institute of Collective Health – Federal University of Bahia, UFBA, 2018.

ABSTRACT

The phenomenon of homeless people is associated to the precarious inclusion in the labour market and to the weakening of social networks. In spite of being exposed in several processes of vulnerability, this population faces barriers of access to the health services, including the Primary Health Care. Even when located inside a territory, the *Family Health Strategy* has established a far relationship with its area, insofar it does not consider social and cultural characteristics, reducing the territory to a geographical area. From an ethnographic approach, the relationship between homeless people and a Family Health Unit in the Historical Centre of Salvador was studied. The access, understood not only as a demand or an offer of services, but in a perspective of the patient care, was the main variable of analysis. The challenges of living on the streets have implications in people's health and in the health services, affecting the relationship between patients and the service and also influencing health services response. The social and psychological suffering of homeless – related to difficulties in communication and institutional insertion (reinforced by institutions) – the substance abuse, the particular way they treat their body, the unusual notion of time and the usual violence require proactive attitudes from the health care services, in order to enable a care practice based on equity and social justice. However, the distance between the homeless people and the health services, who often ignore their sociabilities and singularities, create barriers of access: from the requirement of documents to the discriminatory practices, such as the myth of dangerousness, the moral judgement, the low availability to listen, the lack of care for urgent demands, the repugnance of dirt and the understanding of the right to health as a concession. These practices constitute an institutional violence – in which the racism is a component – and indicate, besides other aspects, that the category vulnerability has not been used to operationalize the equity. It is possible to identify in this field, on the other hand, movements that broaden the access through the comprehension of the bond as a technological resource and through a constant thinking about the hardening of rules and the spaces of power. By describing the bureaucratization of the Family Health Strategy in the face of the care of homeless people, it seeks to strip its whole bureaucratization, in a work process instituted, captured and at risk of crystallization.

Keywords: Homeless; Primary Health Care; Access to Health Services; Vulnerability; Mental Health; Alcohol and other drugs.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 01	Maria Lúcia e Edson/ Fotografia de Lua Dultra (2018) e Ilustração de Isabela Seifarth (2018)	Dedicatória
Ilustração 02	Dona Rosa / Fotografia de Lua Dultra (2015) e Ilustração de Isabela Seifarth (2018)	19
Ilustração 03	Seu Gregório / Fotografia de Lua Dultra (2018) e Ilustração de Isabela Seifarth (2018)	29
Ilustração 04	Eu-pesquisadora e eu-trabalhadora/ Fotografia de Patrícia Landim (2018) e Ilustração de Isabela Seifarth (2018)	86
Ilustração 05	Multiplicidade / Ilustração de Isabela Seifarth (2018)	116
Ilustração 06	Desfile Aquidabã/ Fotografia de Lua Dultra (2015) e Ilustração de Isabela Seifarth (2018)	123
Ilustração 07	Profissional do sexo na Ladeira da Montanha / Fotografia de Lua Dultra (2018) e Ilustração de Isabela Seifarth (2018)	137
Ilustração 08	Nice no Caminho Novo do Taboão/ Fotografia de Lua Dultra (2016) e Ilustração de Isabela Seifarth (2018)	179
Ilustração 09	Mito e verdade sobre tuberculose na Praça das Mãos / Fotografia de Lua Dultra (2015) e Ilustração de Isabela Seifarth (2018)	188

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 01	Artista de rua / Fotografia de Lua Dultra (2018)	40
Fotografia 02	Pessoa em situação de rua dormindo / Fotografia de Lua Dultra (2015)	52
Fotografia 03	Adolescente em situação de rua dormindo / Fotografia de Lua Dultra (2016)	52
Fotografia 04	Pés no Aquidabã / Fotografia de Lua Dultra (2018)	53
Fotografia 05	Ocupação I / Fotografia de Lua Dultra (2018)	56
Fotografia 06	Ocupação II / Fotografia de Lua Dultra (2018)	58
Fotografia 07	Aniversário MPR / Fotografia de Lua Dultra (2018)	65
Fotografia 08	Largo do Terreiro de Jesus I/ Fotografia de Lua Dultra (2015)	82
Fotografia 09	Praça da Cruz Caída / Fotografia de Lua Dultra (2015)	84
Fotografia 10	Rua do Saldanha I / Fotografia de Lua Dultra (2018)	104
Fotografia 11	Rua do Saldanha II / Fotografia de Lua Dultra (2018)	104
Fotografia 12	Largo de São Francisco / Fotografia de Lua Dultra (2018)	106
Fotografia 13	Rua Gregório de Matos / Fotografia de Lua Dultra (2018)	106
Fotografia 14	Largo do Terreiro de Jesus II/ Fotografia de Lua Dultra (2018)	108
Fotografia 15	Casarão Rua Alfredo de Brito / Fotografia de Lua Dultra (2018)	109
Fotografia 16	Pés na Rua do Passo / Fotografia de Lua Dultra (2018)	109
Fotografia 17	Violência policial I/ Fotografia de Lua Dultra (2016)	112
Fotografia 18	Violência policial II/ Fotografia de Lua Dultra (2016)	112
Fotografia 19	Violência policial III/ Fotografia de Lua Dultra (2016)	113
Fotografia 20	Violência policial IV/ Fotografia de Lua Dultra (2016)	113
Fotografia 21	Aqui podia morar gente I/ Fotografia de Lua Dultra (2016)	114
Fotografia 22	Aqui podia morar gente II / Fotografia de Lua Dultra (2016)	114
Fotografia 23	Casa de Nice / Fotografia de Lua Dultra (2016)	180
Fotografia 24	Casa do companheiro de Nice / Fotografia de Lua Dultra (2016)	181

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário/a de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CnaR	Consultório na Rua
CdeR	Consultório de Rua
CENTROPOP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONDER	Companhia de Desenvolvimento Urbano
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HGE	Hospital Geral do Estado
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus T-linfotrópico humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPHAN	Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional
MDSCP	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza
MNPR	Movimento Nacional de População em Situação de Rua
MPR	Movimento de População em Situação de Rua
NISAM	Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONG	Organização Não Governamental
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PM	Polícia Militar
RENFA	Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
INTRODUÇÃO	25
CAPÍTULO 1 – As pessoas em situação de rua e a Atenção Básica	29
1.1 O fenômeno da população em situação de rua	30
1.1.1 Desenraizamento, desfiliação, inclusão precária e exclusão social: as trajetórias da vulnerabilidade	31
A exclusão social enquanto processo: as contribuições de Castel	32
A exclusão social no cenário brasileiro	36
A nova exclusão social: representação da pobreza, estigma e subjetividade	42
1.1.2. As pessoas em situação de rua e as políticas de proteção: “A nossa fome mudou”	48
A magnitude do fenômeno	54
As políticas de saúde	61
1.2. Atenção Básica	68
1.2.1. Atenção Básica como local de invenções tecnológicas	69
1.2.2. Equidade e acesso: para além da demanda e oferta de serviços de saúde	73
CAPÍTULO 2 – (N)o Pelourinho	80
2.1. Aposta metodológica	86
2.1.1. Eu-pesquisadora e eu-trabalhadora	87
2.1.2. Contexto das entrevistas	97
2.1.3. Sobre a análise	99
2.2. O território	101

CAPÍTULO 3 – Elementos da rua: sociabilidades e singularidades	116
3.1. Usos do território: dimensão física, sociocultural e clínica	118
3.2. Percepção de saúde-doença-cuidado	125
3.2.1. Barreiras institucionais	130
3.2.2. A relação com o corpo	137
3.3. A temporalidade	142
3.4. A violência e a morte	154
3.4.1. A violência na ESF: de “fora pra dentro” e de “dentro pra fora	158
3.4.2. O mito da periculosidade como barreira	164
3.4.3. Violência e Vínculo: onde se encontram?	167
3.5. O espaço do entre: “Eu não vou lhe dizer o que eu tenho”	179
CAPÍTULO 4 – Práticas de cuidado e processo de trabalho	188
4.1. Representação das pessoas em situação de rua	190
4.1.1. Sujeira	190
4.1.2. Tutela e autonomia	194
4.2. Direito à saúde ou concessão?	199
4.3. Processo de trabalho, acolhimento à demanda espontânea e agenda	203
4.4. Práticas discriminatórias e deslocamentos	209
4.5. A operacionalização da equidade e terceirização do cuidado	216
CONSIDERAÇÕES FINAIS	222
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	228
ANEXOS (roteiro das entrevistas)	241

APRESENTAÇÃO

Um dia, ao chegar no posto bem cedinho, já encontrei sentada uma família me aguardando: uma mulher, um homem e uma moça. Enquanto passava, a senhora me perguntou:

- A senhora que é Dra. Lua?

- Sim.

- A doutora não me conhece, eu queria muito falar com a senhora. Sobre minha mãe, ela está muito doente.

Pouco tempo depois, a chamei pra conversar dentro da minha sala e ela me explicou que sua mãe sempre teve transtorno mental, mas que andava a cidade toda e era muito conhecida no Pelourinho. No entanto, depois que a Polícia Militar (PM) entrou no Pilar¹ há 4 meses com spray de pimenta, gás lacrimogêneo, atirando por todos os lados, ela voltou a ficar mal, de cama, falando nada com nada, chorando e dizendo que queria se mudar dali. E me mostrou a identidade da mãe.

Percebi que aquela fisionomia era conhecida. Olhei com atenção e tive certeza, buscando com alguma velocidade as memórias na minha cabeça. Tinha visto aquela senhora no Bloco dos Invisíveis² de 2015 e a segui com os olhos (os meus e os da câmera) por um tempo, tentando achar um bom ângulo daquele afoxé maravilhoso, que em duas pernocas fininhas, um pedaço de pau feito de muleta, um lenço na cabeça e vários saquinhos de amendoim, fazia dançar todo o arredor.

- Eu conheço sua mãe!

- É, ela é muito conhecida. Sai por aí vendendo amendoim.

- Anda sempre com um lenço na cabeça?

- Sim! Isso mesmo.

- Tenho uma foto dela aqui.

Quando achei a foto de Dona Rosa no celular, sua filha desatou a chorar.

- A doutora conhece mãe! A doutora conhece mãe!

¹ Região do Comércio de Salvador.

² O Bloco dos Invisíveis, também chamado de Carnaval Social, é um bloco de carnaval que sai pelo Pelourinho, organizado pelo Força Feminina – ONG que trabalha com mulheres em situação de prostituição – e por outras instituições de saúde, cultura, assistência e arte-educação do território.



Combinamos uma visita domiciliar pra semana seguinte. Era março de 2017.

Na sua casa no Pilar, virada para uma avenida movimentada, encontramos Dona Rosa, magrelinha, sentada na cadeira, com o lenço de sempre na cabeça, nenhum dente e muito sorriso na boca. Com a fala completamente desorganizada e umas ilhas de lucidez precisas. Comecei a perguntar sobre ela, que me contou que o problema tinha sido a parede que caiu em sua cabeça. Aos 15 anos, estava dentro de uma casa que desabou. Um tio morreu e um irmão ficou com uma sequela no braço. Dona Rosa, desde então, começou a ter sintomas psicóticos. Passou a vida internada no Mário Leal³ e no Juliano Moreira⁴. Há quatro anos, vinha sem nenhum antipsicótico, se virando sozinha, feliz e vendendo seus amendoins como quem caça vento. Piorou, como dito, depois da invasão violenta da PM no condomínio onde mora.

A lucidez precisa da psicose. Naquele quarto reinavam os vários universos simbólicos que a visitaram ao longo da vida. Inicialmente, por perguntar tantas

³ Hospital Psiquiátrico de Salvador, Bahia.

⁴ Idem.

coisas a ela, virei a “professora pesquisadeira”. Depois ela disse que eu gostava de muita “psicologia”, o que, evidentemente, me envaideceu, mesmo que tenha sido, do lado dela, um “catiripapo” pela possibilidade de querer transformar seu lar em um divã. Quando perguntei em qual cidade estávamos, ela me disse: “cidade? cidade alta e cidade baixa!” E desatou a rir. Por fim, quando comecei a dançar com ela, seguindo o seu movimento sinestésico de levantar os ombrinhos como quem já tudo sabe da vida, ela disse: “ó pra isso, a patroa gosta!”. Voltou a me chamar de patroa quando eu disse que ela era muito fofinha.

Muitas mulheres brancas ao longo da sua vida já devem tê-la achado fofinha, sem, contudo, a permitirem ser toda a imensidão que de fato é. Fofinha e ponto. A senhora do lenço da cabeça. Virei patroa de novo. Me fez pensar que essa beleza que vemos na pobreza não passa da mesma estética burguesa que faz da arte algo que nunca tateia, mas só sobrevoa.

Se coroando de lucidez no redemoinho do seu quarto, passado-presente-futuro atados em um nó naquela banguela, por fim, exclamou, quando o interno (estudante de medicina, também branco) perguntou quanto custava o amendoim que vendia: “ele é brasileiro, fala a nossa língua!”

E desatou a rir. Mais uma vez.

Assim sou eu no Pelourinho: mulher branca, médica, classe média, que representa e reproduz a “professora pesquisadeira”, a “psicóloga”, a “patroa”, por mais tentativas que existam para contrapor o quadro; que estampa a proximidade maior entre baianos brancos de classe média com gringos do que com os moradores do Centro Antigo da cidade; rodeada de formas de se comunicar que por vezes remetem à outra língua – não apenas à falada, mas ao modo como o corpo existe no mundo, como se enrijece, se amolece e enfim se relaciona; a postura, o caminhar, o jeito de ouvir, as distintas possibilidades de silêncio, que vão do respeito, da presença ao ato de ignorar. A lucidez precisa da psicose.

Cheguei no Pelourinho em 2013 para trabalhar como médica clínica no Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas (CAPSad), onde fiquei por quase um ano. No meu primeiro dia de trabalho, enquanto me preparava para comer, me topei com Severino, um usuário em situação de rua bastante assíduo no serviço e com um uso problemático de álcool. Ele então me ordenou: “me dê sua tangerina!” Eu, com medo, dei toda a tangerina que eu ainda não tinha começado a descascar.

Não sabia como me comunicar de forma não violenta com pessoas de realidades tão distintas da minha. Era o meu primeiro contato com pessoas em situação de rua, usuária de substâncias psicoativas.

Lembro do meu desconforto de atender um outro homem, Raimundo, também com uso problemático de álcool, deitado no chão do consultório, sem camisa, falando que não iria levantar dali pra ser atendido. Naquele momento, acho que ele não imaginou que eu permaneceria, que não sairia da sala, que não me oporia a fazer o atendimento dele de portas fechadas. Eu estava com medo, mas sustentei. Ele falou pouco de si e muito de política. Fazia pouco das manifestações de junho de 2013. Em um momento da consulta, perguntei se não queria sentar e ele naturalmente se dirigiu à cadeira.

De forma progressiva, sentia que poderia desconstruir alguns medos e, sobretudo, entender suas origens. Todo o ideário sobre quem eram as pessoas usuárias de drogas e sobre a iminência da violência não eram mais dados absolutos. Existiam técnicas, não receitas, para estar diante do outro de uma forma distinta, que prescinde do medo. A presença, a disponibilidade em sua inteireza, o investimento humano enfim, no *setting* de cuidado, são os elementos-chave dessa relação.

Muitos desafios se impuseram, inclusive o desenvolvimento de uma corporalidade na rua que dialogasse de forma horizontal com a sociabilidade dela. Enquanto mulher, era ainda mais desafiador. A primeira vez que fui na Praça das Mãos, com uma redutora de danos, lembro que não sabia como cumprimentar as pessoas que estavam sentadas nos bancos. A despeito da redutora, bastante experiente, ter assumido o protagonismo da abordagem, nesse meio tempo, muito curto, já pude perceber uma certa desaprovação sobre a forma como eu me portava. Seu Malaquias, um usuário que estava bastante alcoolizado, e com quem hoje tenho uma vinculação forte, me abordou: “você é a nova médica do CAPS? Não é possível! Pra trabalhar no CAPS tem que ter o rabo grande!”. Essa e outras situações, cada vez mais raras, mas não menos desconfortáveis, seguiram acontecendo no espaço da rua – onde o machismo impera de forma ainda mais cruel.

Diante disso, poderia me interditar, por uma questão de conforto, estabilidade psíquica ou mesmo – diriam – de segurança. No entanto, era crucial me pensar naquele território de modo interseccional. Não podia me pensar como mulher, senão

como uma mulher branca, médica e de classe média. Nesse contexto, seguia privilegiada na análise multidirecional dos vetores de opressão. Necessitava seguir disponível e desenvolver habilidades e mecanismos de enfrentamento para esse e outros desafios que surgiam.

Incorporar variáveis da macropolítica na clínica é essencial, mas também traz armadilhas. Por muito tempo, senti (e ainda sinto de forma remanescente) uma dívida com as pessoas em condição de extrema vulnerabilidade, como se eu quisesse compensar de alguma forma o histórico de privilégios que me faziam estar ali na posição de médica. Assumir os privilégios de ser branca e de classe média certamente me ampliaram os horizontes e construíram esse outro olhar diante do outro. Assumir os privilégios é indispensável. Contudo, o que pretendo trazer aqui é o entendimento de que, sim, a produção de cuidado pressupõe diferenças entre as partes, mas dispensa hierarquias. Corremos o risco, como consequência do medo do “não”, de assumirmos posturas maternalistas e de barganha com o usuário: nenhuma delas terapêutica. O problema não é o “sim” ou “não”, mas o medo, a culpa, o controle e a tutela que porventura sustentem qualquer uma das duas respostas. O medo reduz, distancia e reforça o mito da periculosidade, que vem inscrita em uma perspectiva estigmatizante; e a culpa não modifica realidades.

O CAPSad foi um grande portal que atravessei para o “mundo das drogas”. A adicção nesse caso foi/é a busca contínua da reinvenção. A criatividade no trabalho com pessoas em situação de rua e/ou usuárias de substâncias psicoativas se faz diariamente, na tensão estabelecida entre o tempo delas e dos serviços. Esse novo fazer, com seus erros e acertos, teve o trabalho no CAPS como disparador. Pude vivenciar um trabalho de fato multiprofissional, tirei o jaleco propriamente e junto dele tirei muita coisa.

Presenciei diversas situações de crise das usuárias e usuários, que vêm sempre do sofrimento relacional: algumas delas gritavam mais para os problemas do cotidiano das ruas, da fragilidade dos laços familiares, da ausência de políticas de proteção, da violência que a desigualdade social, o machismo, o racismo, a homofobia e a transfobia causam. De outra face, muitas crises começavam, permaneciam e se agravavam pelas regras da instituição. O uso de substâncias psicoativas dentro do CAPS, as desavenças entre os usuários e usuárias e os problemas concernentes à oferta do almoço e do lanche muitas vezes geravam

suspensões do serviço. Era difícil passar uma semana sem que houvesse uma suspensão.

A crise estampa sem disfarces os nós dos serviços substitutivos, sendo uma grande analisadora da Reforma Psiquiátrica (DIMENSTEIN, 2012). Apesar de todo o avanço na produção do cuidado proposta pelo CAPS, não era consenso quais tecnologias disponibilizar nos momentos de crise. A suspensão era utilizada como um recurso terapêutico, mas a avaliava como uma “camisa de forças ao avesso”: o cuidado se faz no território, não acreditamos nos manicômios e não vamos internar ninguém. Ao invés disso, colocamos a camisa de forças na própria instituição, deixando-a fechada, interditada, para o usuário ou usuária.

Particpei de muitos momentos de reflexão institucional e, poucos meses antes, tinha feito um curso com o Prof. Marcus Vinicius de Oliveira Silva sobre atenção domiciliar. O debate da desinstitucionalização, sobretudo os seus percalços e armadilhas, estava fresco. Foram meses de muito enriquecimento, aprendizado coletivo e descobertas – de mim e de uma outra Medicina. Era um caminho sem volta.

Na minha última semana no CAPS, encontrei com o mesmo usuário que tinha exigido minha tangerina meses atrás. Ele disse que estava sabendo que eu ia sair de lá e que ele até tinha sonhado comigo. No seu sonho, eu era uma “água de côco bem gelada”.

Em 2014, saí do CAPS para a Unidade de Saúde da Família (USF) vizinha. Junto comigo, foram também os usuários e usuárias do CAPS, que começaram a frequentar aquele espaço de outra forma, utilizando os corredores para conversar, beber água, dormir, ver televisão, se consultar por algo que precisavam, sem agendamento, sem documento e com outra linguagem – causando uma mudança no cotidiano. Foi necessário muito diálogo, resistência e parcerias para garantir o acesso facilitado das pessoas em situação de rua na Unidade.

A presença delas gerava uma nova dinâmica no cotidiano, solicitando continuamente novas formas de organização do processo de trabalho, que pressupõem uma outra visão ao cuidado junto às populações vulneráveis. Naquele momento, o caminho era o aprimoramento de tecnologias de cuidado que dessem conta das múltiplas e infindáveis tarefas de uma equipe de Saúde da Família em um território tão vivo e demandante como o Pelourinho.

O debate da desinstitucionalização, da redução de danos, da garantia de direitos e da autonomia saiu do escopo da Saúde Mental e pousou na Saúde da Família. O que poderíamos beber dos avanços da Reforma Psiquiátrica? Por que eram tão distantes as concepções de território da Saúde Mental e da Saúde da Família? Por que a Estratégia de Saúde da Família não poderia também ser um espaço de sociabilidade para essas pessoas, com toda a complexidade que o modo de vida da rua tem? Quantas suspensões silenciosas a Saúde da Família estava dando, sem que isso gerasse nenhum desconforto, reuniões extensas ou novas tentativas?

Nessa USF fiquei por quatro anos, quando então me transferi para o Consultório na Rua (CnaR) do Centro Histórico. Estava desejante por um trabalho com maior flexibilidade na agenda e ainda mais desafiador, por trazer em si um saber-fazer incompleto e em construção. Há cinco anos, passeio pelos territórios do Pelourinho, através dos três distintos equipamentos de saúde da região; há cinco anos, em revanche, eles também passeiam em mim.

Hoje, a doação amedrontada de uma tangerina inteira sem dúvidas seria a divisão tranquila de metade dela.

INTRODUÇÃO

Ao longo da dissertação, apresentarei alguns apontamentos, quiçá categorizações, sobre as pessoas em situação de rua, os serviços de Atenção Básica do Centro Histórico de Salvador (com maior ênfase à Estratégia Saúde da Família) e, sobretudo, a relação que se estabelece entre ambos, descortinando os mecanismos de acesso e de barreira nas práticas instituídas.

O acesso é um elemento multidimensional, que pode ser resumido ao grau de facilidade ou dificuldade em obter cuidados em saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Neste trabalho, iremos focar nos aspectos relacionados à produção do cuidado, sem deixar de acionar questões tecno-organizacionais que facilitem essa produção. Trazemos como objetivos: descrever quais práticas de cuidado são viabilizadas pela ESF e sua pertinência para lidar com as necessidades da população em situação de rua; compreender se a organização do processo de trabalho na ESF considera as dinâmicas socioculturais do território e as situações de vulnerabilidade, analisando as diferentes temporalidades dos sujeitos; analisar em que medida os profissionais da ESF consideram as representações das pessoas em situação de rua sobre saúde, doença, corpo e cuidado; e identificar as barreiras de acesso encontradas pelas pessoas em situação de rua nos serviços de saúde.

As categorizações que serão apresentadas, ao passo que reforçam alguns aspectos, importantes de serem vistos com uma lente de aumento, podem anular outros, correndo o risco de afastarem-se da realidade e, portanto, de reduzirem o fenômeno. Apesar disso, o seu mérito é a possibilidade de nomear e, conseqüentemente, enfrentar as situações que se colocam. Situações estas que, na maior parte das vezes, seguem invisibilizadas no cotidiano do trabalho.

A partir da abordagem etnográfica, procurei analisar como a realidade material imprime, no corpo e nas relações, condições e comportamentos específicos entre as pessoas em situação de rua e os serviços de Atenção Básica, que são, não podemos esquecer, formados por pessoas. Em virtude disso, o exercício das práticas não é homogêneo, sendo possível observar movimentos que ampliam o acesso e, concomitantemente, o exercício de micropoderes e enrijecimentos que o restringem.

Pelo fato de ter trabalhado no CAPS, na USF (a maior parte do tempo) e, recentemente, no CnaR (sediado em uma UBS tradicional), o diário de campo transita pelos serviços. Os trechos do diário aparecem em itálico e estão presentes em todos os capítulos. No caso presente, a descrição das práticas enfoca os serviços da Atenção Básica, especialmente a Saúde da Família, mas não se restringe a ela. Não fez parte do escopo desse trabalho comparar as práticas da UBS tradicional com as da USF. No entanto, foi possível captar algumas diferenças e semelhanças nos aspectos tecno-organizacionais e inter-relacionais com as pessoas em situação de rua, respectivamente – importantes de serem aprofundadas em momento posterior.

O primeiro capítulo é dividido em dois tópicos: o fenômeno da população em situação de rua e a Atenção Básica. No primeiro, situo o fenômeno no contexto do capitalismo neoliberal e do desemprego estrutural, associado às consequências destes nos processos de subjetivação. Para tanto, utilizo as contribuições de Castel (1997) e de Kowarick (2002; 2003), principalmente, para aprofundar o tema da exclusão social e da vulnerabilidade. A opção em não partir do debate dos modos de subjetivação não o anula; este virá diluído ao longo da dissertação. Na sequência, apresento a definição atual sobre a população em situação de rua, sua magnitude, a história das políticas de saúde e algumas experiências de ampliação do acesso, na Atenção Básica, pautadas pela equidade.

No segundo tópico, faço um resgate do nascimento da Estratégia de Saúde da Família, a partir das contribuições de Trad (2010) sobre a operacionalização do elemento família; e a situo como um lugar de inovação tecnológica, com base no aporte de Merhy (1997b). Essa acepção estará presente em toda a dissertação e nos convidará a (re)pensar e (re)inventar as práticas de forma contínua – tendo como referência, em certa medida, as tecnologias de cuidado produzidas em ato pela Saúde Mental. Posteriormente, trago algumas questões mais afeitas à política, planejamento e gestão sobre a equidade e o acesso, apresentando sua definição. Por compreendê-lo para além da demanda e da oferta de serviços de saúde (MERHY; GOMES, 2014), enfatizo o elemento cuidado dentre as variáveis que se desnudam na sua operacionalização.

O segundo capítulo também é dividido em duas partes. Na primeira, apresento a aposta metodológica, a etnografia, debatendo os dilemas e desafios de

ser pesquisadora e trabalhadora. Ainda, caracterizo a USF e a UBS tradicional existentes no território. Na segunda, a partir das noções de território de Santos (1998; 2000; 2002; 2006; 2008) e Haesbaert (2002), principalmente, aprofundo a descrição do Pelourinho. Em uma perspectiva histórica, apresento como a região tem se relacionado com as pessoas em situação de rua e em outras condições de vulnerabilidade, apoiada em Espinheira (1971; 2005; 2009), Fraga (1995) e Malheiro (2013; 2018).

O terceiro capítulo traz alguns elementos da sociabilidade das pessoas em situação de rua e a forma como o serviço lida com eles. Começa por uma abordagem mais ampla, resgatando a relação da USF com o território, nas suas perspectivas física, sociocultural e clínica. Além disso, traz para a cena o debate da percepção de saúde-doença-cuidado (e seu limite borrado com as barreiras institucionais naturalizadas), da temporalidade (compreendendo a rua enquanto espaço-tempo) e da violência (configurando-se como uma linguagem ou mesmo um *ethos*). Por fim, trago um relato de caso que expõe a fragilidade da Saúde diante de cenários precários de exclusão social e insuficiência da rede, resgatando, concomitantemente, sua responsabilidade acerca desses processos.

No quarto capítulo, descrevo as práticas dos serviços de Atenção Básica do Pelourinho, com maior ênfase à USF. Os pontos que surgiram foram: a representação das pessoas em situação de rua para os profissionais, onde se destacaram a sujeira e o debate sobre tutela e autonomia; a problematização se o cuidado se configura como direito à saúde ou concessão; o processo de trabalho, o acolhimento à demanda espontânea e a organização da agenda; as práticas discriminatórias, caracterizando-se como violência institucional; o desafio da operacionalização da equidade e o equívoco da terceirização do cuidado.

Durante toda a dissertação, assumimos a complexidade do fenômeno da população em situação de rua e a necessidade de que abordagens intersectoriais se façam presentes, entendendo a limitação do setor Saúde. Ainda assim, reivindicamos a responsabilização da ESF, para além do Consultório na Rua, considerando que o cuidado junto a essas pessoas diz respeito a todos os serviços de saúde.

A despeito da tentativa de divisão em tópicos, tal qual a vida real, as categorias surgem misturadas, espectralmente, sendo muito difícil delimitar onde

começa uma e termina a outra. Em verdade, todas as categorias se interconectam. Nesse sentido, apesar de ter separado um tópico sobre violência, por exemplo, é possível identificá-la ao longo de todo o trabalho, no seu aspecto micro ou macrossocial. De forma semelhante, as práticas discriminatórias foram diluídas ao longo do texto, bem como o vínculo. Transversalmente, o uso da droga e a inserção no mundo do trabalho surgem, não sendo aprofundados como tópicos específicos (o que pode ser uma limitação desse estudo), mas presente em todos eles.

Por fim, no(a) mesmo(a) profissional de saúde, se observam momentos com maior disponibilidade e criatividade, e outros de maior reserva e aceitação às dificuldades. Entre a disponibilidade e a interdição, diversos trajetos são percorridos. A disponibilidade pode ser predominante, com alguns períodos de interdição, ou o contrário: a interdição prevalecer com algumas ilhas de disponibilidade. Ainda, é possível que, em relação a certos aspectos, algumas pessoas estejam sempre disponíveis ou interdidas, enquanto outras sigam percorrendo deslocamentos interessantes entre as posições.

A despeito dessa ressalva não redutora e não personalista, no geral, as práticas que mais facilitam o acesso são identificadas em profissionais que mais exercem a auto-reflexão, que mais criticam de forma propositiva e que mais se movimentam. Aqui, aponto que a descrição etnográfica do cotidiano de uma equipe de Saúde da Família não localiza pessoas adequadas ou inadequadas, mas sim práticas que facilitam ou não o acesso das pessoas em situação de rua no serviço. Ademais, a análise das práticas – e as conseqüentes discussões disparadas a partir delas – não se localizam “no outro”, mas na coletividade, da qual faço parte.

1.1. O fenômeno da população em situação de rua

A população em situação de rua está inscrita em múltiplos processos de vulnerabilidades. A fragmentação das várias esferas da vida (VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 2004), começando pela restrição de moradia e emprego (não necessariamente ausência), contato diário com a violência (estrutural, institucional e interpessoal), associada a condições individuais (nas dimensões físicas, psíquicas e intersubjetivas), levam essas pessoas a romperem os seus já frágeis laços familiares e sociais e irem para as ruas. Verifica-se, na sua grande maioria, que o processo de vulnerabilização dessa população se inicia muito antes do desabrigo (VARANDA; ADORNO, 2004), sendo, em geral, agravado com essa nova condição.

Apesar da existência de pessoas em situação de rua datar de tempos remotos, e das experiências de cada pessoa interferirem na trajetória de ida ou não para as ruas, impedindo generalizações absolutas, observa-se nas últimas décadas uma relação direta entre as transformações socioeconômicas e o fenômeno do desabrigo (BURSZTYN, 2000), não se podendo restringir à subjetividade dos sujeitos e à particularidade dos processos de fragilização social sua ida para as ruas, sob o risco de uma análise simplista – e conseqüentemente ineficaz – do fenômeno. Da mesma forma, não se pode afirmar que é a pobreza unicamente que leva à situação de rua, apesar de não haver dúvidas que a situação de rua representa uma condição de extrema pobreza (NASCIMENTO, 1994; ESCOREL, 2000; KOWARICK, 2002; BRASIL, 2009b; MATSUO, 2009; CARVALHO, 2014).

Sendo assim, embora os processos de pauperização e de fragilização dos laços sociais estejam presentes, não é possível delegar individualmente e isoladamente a nenhuma das duas facetas do fenômeno a sua causalidade. Apesar de ficar claro que a desvinculação do mundo do trabalho, com suas conseqüências, é o fator central no fenômeno da população em situação de rua, não se pode fazer uma associação unívoca entre ambos.

Neste primeiro capítulo, debateremos o tema da exclusão social e da vulnerabilidade e sua associação com o fenômeno da população em situação de rua, conectando-o com as questões da subjetividade ao longo da dissertação. Tomar o social como centro das análises, com suas categorias macroestruturais, nos dá

pistas sobre os processos de subjetivação, ao passo que explorar as subjetividades humanas enriquece o acesso à ordem do social (NUNES; TORRENTÉ, 2013).

1.1.1. Desenraizamento, desfiliação, inclusão precária e exclusão social: as trajetórias da vulnerabilidade

Estar nas ruas ou viver nas ruas resgatam situações complexas que exigem, conseqüentemente, respostas complexas das políticas públicas. Pensar sobre esse fenômeno hoje significa dimensionar como a questão social atravessa o modo de vida das pessoas, suas relações sociocomunitárias e intersubjetivas, considerando as transformações no contexto da expansão do capitalismo neoliberal e do desemprego estrutural (KOWARICK, 2002; LISBOA, 2013). De forma direta, o desemprego condiciona e atualiza o estar em situação de rua.

Hoje atendi Joaquim, um homem de 40 anos, negro, que comecei a acompanhar há mais ou menos 1 ano, trazido por Dona Felipa, a professora da Praça das Mãos. Ele é sempre todo organizado, chega no horário, fica tranquilo aguardando ser chamado, mesmo desconfiado e achando ruim esperar. Joaquim tem história de estar em situação de rua há muitos anos, e agora que recebe auxílio aluguel, está dormindo em um quarto em Nazaré⁵. Ele fala que é da linhagem abraônica, que é invisível, e por isso as pessoas não o veem na rua e se esbarram nele. Além disso, estão sempre gritando o seu nome, principalmente de dentro dos carros em movimento. Quando fuma maconha, escuta ainda mais os gritos de dentro dos carros. Tudo é narrado “na carreira”, rápido, seguido, colado. A cada fato narrado, ele explica o porquê do acontecimento, com os olhos bem abertos.

No meio da sua existência psicótica, nada lhe passa despercebido. Trabalho ele nunca vai conseguir, afirma, já que tem um problema no ombro e outro na perna. O auxílio aluguel é pra alugar a casa, mas ele tem que usar esse dinheiro também pra se sustentar, e só está conseguindo, porque um vizinho lhe dá comida. Sabe que tem direito a receber algum benefício, que precisa, mas não ganha.

⁵ Bairro adjacente ao Pelourinho.

Atualmente bebe 2 “bombinhas” de álcool por dia, e diz que bebe porque não tem o que fazer. Sente uma “deprimição” de ficar em casa olhando pra parede, que o problema dele hoje é não ter trabalho, e que ainda por cima ficam essas vozes ressoando na sua cabeça.

Joaquim tem aquela postura de desconfiado, a qual legitima sempre; algo como o que Minayo (2014) diria: “liberdade de dominados não comprometidos com a perenidade do sistema”. Desconfiança para além da psicose, porque ali dentro tem muito discernimento. Vincular com Joaquim exige muita permanência, repetição e disponibilidade.

(Trecho do diário de campo de 19 de julho de 2017)

O fenômeno da população em situação de rua – de qualquer ângulo que se tome – é transversalizado pela questão social. Em virtude disso, faremos uma breve incursão sobre o debate global acerca da exclusão social, partindo da França e chegando na América Latina.

A história das civilizações humanas carrega consigo a história das desigualdades sociais. Até 1789, quando da Declaração dos Direitos do Homem sobre sua igualdade perante a lei, formas diferentes de organização social e política institucionalizavam as desigualdades. Existiam mecanismos (quase todos privados) de estabilidade social, ao invés de mecanismos públicos de proteção social: apenas quando a paz e a ordem estavam sob risco, havia suporte à pobreza extrema (BURSZTYN, 2000).

A exclusão social, portanto, não se configura enquanto uma situação nova, estando presente ao longo da história, desde as sociedades que utilizaram a escravidão e a servidão. A diferença que se impõe no final do século XX, com o desenvolvimento tecnológico, consequente aumento da produção e diminuição da necessidade de força de trabalho, é o *status* da “desnecessidade” (BURSZTYN, 2000) que alguns grupos adquiriram para a reprodução social.

A exclusão social enquanto processo: as contribuições de Castel

Uma das contribuições mais importantes sobre o tópico dos processos excludentes e subalternizantes vem do sociólogo Robert Castel, que, ao analisar a

França e a crise da sociedade salarial no final do século XX, estabelece “zonas do espaço social”, as quais variam conforme o grau de coesão social (CASTEL, 1997). Apesar de fazer referência à sociedade francesa, que naquele momento vivia um aumento do desemprego e um desenraizamento em massa, social e econômico, em um contexto de Estado de Bem Estar Social com robustas políticas de proteção, é possível traçarmos alguns paralelos com o Brasil (KOWARICK, 2003), ainda que estejamos gestando tais políticas (nos seus pequenos avanços e grandes retrocessos) – e, talvez, por isso mesmo.

Castel (1997) propõe, para analisar a existência das populações à margem da sociedade (como as pessoas em situação de rua, alguns usuários de substâncias psicoativas, jovens das periferias, egressos dos sistemas manicomial e prisional), que se tome a “marginalização” como um processo, no exercício de compreender o que há de transversal na dinâmica da exclusão. Para tanto, retoma o conceito de vulnerabilidade⁶, que compreende como sendo a precarização do trabalho e a fragilização dos laços sociais.

Incontestavelmente, Castel (1997) considera que a miséria econômica é condicionante central e presente em quase todas (senão todas) as situações de marginalidade. Contudo, segundo o autor, ao longo da história, foram identificadas uma “pobreza integrada” (como por exemplo o campesinato e os artesãos na Europa no século XIX) e mesmo uma “indigência integrada”, as quais não se configuravam enquanto marginalidade. A tolerância a certas formas de mendicância e a assistência exercida por alguns hospitais e serviços sociais garantiam uma certa estabilidade a uns tipos de indivíduos pobres e/ou incapazes, dos quais os “vagabundos⁷” não faziam parte - apesar de compartilharem o mesmo patamar de pobreza. O autor compreende, a partir daí, que a classe social se apresenta como um elemento não unívoco na geração da marginalidade.

Com esse argumento, Castel (1997) acrescenta à condição de precarização do trabalho, com conseqüente pobreza, a fragilização dos laços sociais enquanto vetor importante dentro do processo de exclusão. Dessa forma, o autor considera que a marginalização é decorrente de um duplo processo de desligamento, referente

⁶ A origem etimológica de vulnerabilidade vem do latim, em que *vulnerare* significa ferir, lesar, prejudicar, e *bilis* significa suscetível a. O ser humano vulnerável seria aquele que está mais suscetível a sofrer danos (CARMO; GUIZARDI, 2018).

⁷ Considerados aqui como as pessoas aptas ao trabalho, sem, no entanto, exercê-lo, que viviam nos interstícios das cidades.

ao eixo do trabalho e da inserção relacional.

Se faz importante pontuar que essa esquematização das modalidades da existência social serve de forma didática para conseguirmos elencar o que, de forma geral, acontece nos processos excludentes. Na vida real, diversamente disso, não é possível traçarmos esquemas rígidos nem garantirmos a simultaneidade da fragilização de ambos os eixos. As margens das múltiplas zonas na trajetória de exclusão social se encontram porosas, borradas e, frequentemente, na história individual de cada um, nos deparamos com paradoxos que nos remetem à impossibilidade de generalizações.

Seguindo na contribuição de Castel (1997), temos no eixo referente ao trabalho que a sociedade pode ocupar três posições, conectadas por um fluxo espectral: trabalho estável, trabalho precário ou ausência de trabalho. No eixo da inserção relacional, considera também três possibilidades: inserção relacional forte, fragilidade dos apoios relacionais ou isolamento relacional. O cruzamento entre os eixos descritos gera as zonas do espaço social, que correspondem às seguintes: zona de integração, vulnerabilidade, marginalidade (ou desfiliação) e assistência. Tais zonas representam um espectro de modalidades da existência social, caminhando da autonomia à dependência e da estabilidade ao isolamento relacional, em “um processo decrescente, que vai da integração à desfiliação, passando pela vulnerabilidade” (CASTEL, 1997, p. 38).

Ocupam a zona de integração as pessoas que possuem trabalho estável e forte inserção relacional; são em geral pobres, mas possuem considerável segurança no emprego, bem como laços sociais consolidados. Já a zona de vulnerabilidade é ocupada por pequenos trabalhadores informais que não dispõem de reservas econômicas ou inserção relacional profunda. A terceira zona, da desfiliação, compreende as pessoas que não possuem trabalho e vivenciam enfraquecimento dos laços da sociabilidade primária - família, parentela, bairro, vida associativa (KOWARICK, 2002) -, configurando o estado de isolamento social. Desfiliação, pois, exprime o desenraizamento econômico e social e se encontra no mesmo conjunto semântico dos que foram desligados, desatados, desamarrados e transformados em desabilitados socialmente (KOWARICK, 2003), tais como as pessoas em situação de rua. Observa-se, portanto, que a marginalidade é fruto deste duplo desligamento, o qual é gestado, no geral, de forma simultânea (CASTEL,

1997).

A vulnerabilidade representa o produto da precariedade do trabalho acrescida da fragilidade de suporte, ao tempo que a desfiliação alcança uma ruptura com o trabalho e a sociabilidade da vida cotidiana, fraturando as normas de reprodução social hegemônicas, que delimitam a inscrição social (CASTEL, 1997; KOWARICK, 2002). Além disso, Castel (1994 *apud* SILVA, 2012) mostra que a desfiliação não se resume a um estado, mas também a uma maneira de ser, um *ethos*. A relação com a temporalidade demonstra um passado embaçado, em que pouco se resgata do que foi transmitido dentro da família e na escola, gerando uma trajetória quebradiça, com pontos soltos e fracos remendos.

Por fim, ainda é possível verificar a existência de uma quarta zona, fundada no princípio da caridade, referente às pessoas que não possuem trabalho estável, mas contam com suporte social (aí se inscrevem as pessoas portadoras de algumas deficiências que justifiquem a sua não inserção no mercado de trabalho, por exemplo). O tratamento dispensado aos ditos “vagabundos” diverge de forma considerável das pessoas portadoras de deficiência (física ou mental), já que as consequências do não-trabalho pelo primeiro grupo seguem invalidadas pela sociedade (CASTEL, 1997). O suporte social nessa zona pode ser extrapolado para os serviços institucionalizados, como os de assistência social e os programas de distribuição de renda (Bolsa Família, por exemplo) (LISBOA, 2013), não sendo restritos aos serviços caritativos. Aqui também se enquadram, de forma periférica, os serviços de saúde.

A depender do momento histórico e da extensão ou encolhimento das políticas de proteção social, as zonas de coesão, paralelamente, se estendem ou encolhem, de forma que uma parte considerável da população transita entre uma zona e outra com alguma frequência. Com o risco da repetição, ratifico que essas delimitações são apenas teóricas e servem de ferramenta para a aproximação da realidade, já que na vida real não existem apenas essas quatro possibilidades de inscrição social. Além disso, o contrário de exclusão do mundo do trabalho não é o não-trabalho, assim como o contrário de relações sociais fortes não é a ausência de relações sociais:

“Viver na rua não significa necessariamente viver sem dinheiro, mas, sobretudo, significa adquirir o essencial para a sobrevivência sem passar

pelo mercado. Não significa a eliminação de trabalho, mas o abandono do compromisso constante e cotidiano do emprego, substituído por outras formas de trabalho. Também não significa viver sozinho, mas estabelecer novos vínculos com diferentes pares. Assim, viver na rua é também transitar pela possibilidade de gerar renda como estratégia para agregar valor à própria existência.” (GHIRARDI *et al.*, 2005, p.603)

Seguindo a mesma linha, um usuário que respondia sempre com “nós” ou “a gente”, e nunca na primeira pessoa do singular, explica:

“Porque tem muitos que mora na rua, junto com a gente. Porque, mesmo que tá na rua, a gente nunca tá só, né? Às vezes eles sentem dor, a gente tem que acompanhar: ‘Vamos lá, que a gente lhe leva’. Se eu tiver sentindo dor também, eles me ajuda também. Muitas vezes eu não vou só.” (Usuário Manuel)

Ainda assim, a despeito dos enquadramentos, a obra de Castel acerca dos processos excludentes e subalternizantes até hoje serve de referência para estudos sobre populações em situação de vulnerabilidade. Porém, dada às notórias diferenças nos processos políticos, sociais e econômicos entre França e Brasil, faz-se necessário delinear que trajetórias de disputa, inclusão e exclusão social foram percorridas no nosso país.

A exclusão social no cenário brasileiro

Kowarick (2003) faz um resgate de como a vulnerabilidade é concebida e qual o papel do Estado frente a esse processo nos Estados Unidos da América, na França e no Brasil. No primeiro, segundo o autor, em uma tônica fortemente (anti)ética e moral, prevalece a vertente que culpabiliza as pessoas que se encontram em condições socioeconômicas precárias, pois essa situação é vista como de única responsabilidade do indivíduo. Além disso, se supõe, neste país, que as políticas públicas serviriam para reforçar a ociosidade, a desestruturação familiar, o consumo de drogas e a criminalidade. O princípio do *welfare* é substituído, em 1988, pelo de *workfare* e *learnfare*: o trabalho e o estudo passaram a ser considerados pré-requisitos para o recebimento de benefícios sociais. Na França, o Estado confere a si a responsabilidade de agir contra a marginalização social e econômica. Nesse sentido, diferente dos Estados Unidos, onde a discussão passa por “culpar ou não culpar a vítima”, na França o recebimento de auxílios é

considerado um direito universal, mesmo entre os partidos de direita.

No Brasil, a matriz da desigualdade social tem ampliado seu teor culpabilizador dos pobres por sua pobreza, presente em narrativas pejorativas em tempos não muito distantes (e que ressurgem com nova força após as manifestações de junho de 2013), sobre a vadiagem e as pessoas que ocuparam os interstícios da sociedade brasileira após a abolição da escravatura. A isso se soma o fato de que a desigualdade não é tida como de responsabilidade do Estado, inclusive porque as políticas de proteção não chegaram a se consolidar em uma envergadura relevante (KOWARICK, 2003) – cenário que vem piorando nos últimos anos, após o golpe parlamentar de 2016. Se verifica um vasto processo de desresponsabilização do Estado em relação à formulação e execução de políticas transversais aos direitos básicos. No seu lugar, ações pontuais de cunho humanitário (KOWARICK, 2003), ou mesmo institucionais, rememorando a época do apelo campanhista referente às questões de saúde da população⁸.

Além da diferença na estruturação das políticas de proteção no Brasil e na França, a desigualdade social aqui não pode ser vista como decorrente da crise da sociedade salarial, por conta de nunca termos acessado modalidade societária similar – tanto no Brasil como em toda a América Latina.

“Isso porque ela [a sociedade salarial] supõe não apenas uma força de trabalho majoritariamente empregada de maneira permanente e regular quanto à legislação vigente, mas também percursos profissionais protegidos por contratos coletivos que levem à ascensão social e econômica ou, pelo menos, garantam certos direitos aos que nessa trajetória forem alijados do mercado de trabalho”. (KOWARICK, 2002, p. 16)

O assalariado na França tem sido reconhecido como um sujeito de direitos coletivos, mesmo que esteja afastado do processo produtivo (desempregado) (TOPALOV, 1994 *apud* KOWARICK, 2002). Indubitavelmente, essa não é a nossa questão social, já que as garantias do trabalhador desempregado sempre foram débeis. Além disso, no Brasil, a zona de integração proposta por Castel sempre foi restrita, e a de assistência, na prática, inexistente (KOWARICK, 2002).

Ainda assim, é pertinente falar de um processo de desfiliação no Brasil,

⁸ Convém assinalar que esse artigo foi escrito antes do Governo do Partido dos Trabalhadores, o qual, em que pese ter mantido a política macroeconômica dos governos anteriores, ensaiou de forma pontual e fragmentada reforçar as políticas de proteção, incluindo políticas distributivas como o Bolsa Família. Se observa hoje, após golpe parlamentar de 2016, uma tendência de reestruturação das políticas de saúde e de assistência social, com decorrente retrocesso na garantia de direitos.

mesmo que o país não disponha de instituições sociais e políticas solidamente construídas, por haver, a partir das décadas de 80-90, um “desenraizamento do assalariamento formal”, traduzido em um aumento considerável dos desempregados, da mão-de-obra sem carteira assinada e dos “tarefeiros” de toda ordem (KOWARICK, 2002). A isso, Marx (1988 *apud* MATSUO, 2009) chama de “superpopulação relativa”, definida pelo excedente de mão-de-obra não incorporado ao processo de desenvolvimento capitalista; mais especificamente, define como “exército industrial de reserva” a parcela da superpopulação relativa que não é assimilada pelo modo de produção atual, mas teria condições para tanto.

KOWARICK (2002), em seu artigo sobre a vulnerabilidade no Brasil urbano, utiliza o exemplo da cidade de São Paulo para reafirmar seu argumento de piora das condições de empregabilidade, com base no significativo aumento do número de favelados na década de 90⁹, da diminuição dos trabalhadores assalariados e do desemprego. Sendo assim, a despeito de não termos consolidado políticas de direito à cidadania de forma resistente, como já dito algumas vezes, se observa recentemente que “o ponto de chegada dos deslocamentos sociais e econômicos caracteriza-se por situações de perda e percepções negativas em relação ao ponto de partida” (KOWARICK, 2002, p. 22). Conclui-se, dessa forma, que o desenvolvimento da marginalidade no Brasil pode ser complementado pela noção de desfiliação (KOWARICK, 2002), conformando o processo de “destituição de direitos” que vivemos (KOWARICK, 2003).

A existência de uma população inimpregável pelo sistema econômico atual não ocorre apenas no Brasil, mas segue uma tendência mundial. Frente ao alto número de desempregados, se observa uma estratificação da miséria (BURSZTYN, 2000), conformada em uma perspectiva heterogênea, na medida em que são oriundos de diversas categorias sociais (PAUGAM, 1999). Assim, o fenômeno da população em situação de rua adquire, ademais do incremento quantitativo, uma diferença qualitativa: não se veem apenas os pedintes, os “vagabundos”, ou os portadores de deficiência física ou transtorno mental, como em outros tempos. Somam-se agora as pessoas involuntariamente desvinculadas do mundo do

⁹ Segundo dados do Diário Oficial do Município de São Paulo, de 1987 a 1993, enquanto o incremento populacional foi de 518 mil habitantes, o número de favelados aumentou em mais de um milhão (KOWARICK, 2002).

trabalho (BURSZTYN, 2000; BRASIL, 2012a). Parte dessa população reforçará a fatia dos trabalhadores informais.

Esses trabalhadores do mercado informal (também chamados de “tarefeiros” ou “biscateiros”), inseridos de forma marginal no mundo do trabalho e na sociedade, exercem uma função importante na cadeia produtiva, na medida em que têm uma maior capacidade de resistência às crises, pelo seu baixo custo fixo e flexibilidade (VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 2004; BURSZTYN, 2000). Esses trabalhadores, contudo, encerram uma diferença significativa com a população de rua atual, que é a de terem um vínculo mais sólido com a cidade e uma relação institucionalizada com os ditos incluídos. Não representam perigo e podem entrar nas residências das pessoas, o que configura uma certa porosidade, mesmo que circunstancial, com a sociedade (BURSZTYN, 2000).

Embora a população em situação de rua possua uma característica em comum com o mundo do biscate, que é a flexibilidade e a capacidade de assimilação a diferentes formas de trabalho, não é integrada ao mundo oficial, não estando autorizada, por exemplo, a adentrar a residência das pessoas (BURSZTYN, 2000). Suas atividades, por isso, se reservam ao *ethos* da rua, com trabalhos informais de curta duração, precários, como catadores de papelão e alumínio, guardadores de carro, vendedores de água, descarregadores de caminhões, carregadores de feiras, pequenos serviços de manutenção, e, se têm sorte, trabalhadores da construção civil¹⁰ (LISBOA, 2013; BRASIL, 2012a; VARANDA; ADORNO, 2004). Aqui vale destacar que o comércio ilegal de drogas é uma ocupação usual (LANCETTI, 2014). Em uma menor frequência, vemos também os artistas de rua. O que se ganha com os famosos “corres¹¹”, na maioria das vezes, é direcionado apenas à sobrevivência imediata, que é a aquisição de comida (BURSZTYN, 2000).

Novamente fazendo um paralelo com uma concepção marxista, essa camada social que vive do subemprego ou de atividades marginais faria parte do lumpemproletariado, o sedimento mais profundo da superpopulação relativa, não considerado parte do exército industrial de reserva por estar já tão apartado e

¹⁰ Os trabalhadores e trabalhadoras hoje caracterizam a maioria (70,9%) das pessoas que vivem nas ruas. Segundo a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2008a), apenas 15% referem pedir dinheiro como principal meio para sobreviver.

¹¹ “Fazer um corre” ou “dar um corre” são expressões utilizadas para fazer um dinheiro imediato, associado ao mundo do mercado informal.

distante das dinâmicas de trabalho, que segue uma outra inscrição na reprodução social (MARX, 1988 *apud* MATSUO, 2009). Nascimento (1994) a retrata como “lixo industrial”, pois não tem possibilidade, nem a sociedade tem o interesse, de que seja transformada em mão de obra. Em mesma tônica, Varanda e Adorno (2004), se referindo às pessoas em situação de rua, as descrevem como “descartáveis urbanos”.

Após a mudança no perfil das pessoas em situação de rua, relatada acima por Bursztyn (2000), com a incorporação da massa de trabalhadores alijados do sistema de produção aos ditos mendigos, se problematiza se essa população em sua maioria ainda se configura como lumpemproletariado (CARVALHO, 2014). Dada à sua progressiva heterogeneidade, será possível verificar diversas dinâmicas de inserção ou exclusão do mundo do trabalho. Não podemos perder de vista, no entanto, que o tempo de rua é um fator de cronificação (quanto mais tempo na rua, mais difícil sair dela), bem como de distanciamento com a dinâmica do trabalho formal.



Fot. 01 - Pessoa em situação de rua que se sustenta através da arte nas imediações do Mercado

Modelo. Fonte: arquivo pessoal.

Em relação aos direitos, Nascimento (1994) considera que o Brasil, à época do Estado Novo, iniciou o processo de garantia de direitos da parcela operária, mantendo os restantes excluídos – a isso chama de “cidadania excludente”. Nos anos 50-60, houve a inclusão dos trabalhadores rurais, porém mantinha a maior parte da população brasileira excluída. Apenas no período de redemocratização dos anos 80, o Brasil ensaiou um processo de universalização de direitos. Entretanto, apesar de sair da dualidade incluídos-excluídos, forjou uma cidadania plural e fragmentada – na medida em que uns têm mais direitos que outros. A “cidadania excludente” é então substituída pela “cidadania hierarquizada”.

Martins (2002) opta por utilizar o termo “inclusão precária ou marginal”, pois considera os ditos excluídos como parte da contradição constitutiva do trabalhador desempregado, e afirma que o maior problema não está na exclusão, mas antes em qual tipo de inclusão a sociedade capitalista propõe. Kowarick (2002) argumenta que a inclusão precária não é uma situação oposta à exclusão, ao ponto que ambas demonstram configurações de desligamento social e econômico, e que a marginalidade, em ambas, foi equacionada como uma modalidade fundante da sociedade capitalista. Esse autor também vai sugerir que está em curso um processo de “descidadanização”.

Como se observa, existe uma extensa produção sobre qual a nomenclatura mais adequada para o processo de pauperização e destituição de direitos a que está submetido o sedimento mais profundo da base social – passando de desenraizamento, marginalização, descidadanização, desfiliação, inclusão precária até a exclusão social, entendida como o mais profundo grau de apartação social (NASCIMENTO, 1994; KOWARICK, 2002). Tomaremos tais termos como pertencentes a um mesmo vetor processual de perda de direitos e, de certa forma, como sinônimos, por compreender que para o nosso objeto de estudo não é fundamental delimitar rigorosamente os variados matizes. Embora a posição nesse *continuum* possa se manifestar em diferentes formas de acesso aos serviços de saúde e de modos de cuidado ofertados, não nos deteremos sobre essas eventuais diferenças. De toda forma, em se tratando da população em situação de rua, é possível nos dias atuais considerar o processo de exclusão social não apenas como uma saída semântica, mas sim como um processo que encontra ancoragem teórica e empírica.

A “nova exclusão social”: representação da pobreza, estigma e subjetividade

A exclusão social pode ser entendida como um processo que vai desde o não-reconhecimento do outro (com práticas discriminatórias por questões de raça, gênero, dentre outros, mas que não chegam a extinguir os direitos), progredindo em direção a uma exclusão de direitos (o que Castel (1997) chama de desfiliação), para, finalmente, atingir um patamar em que o outro, utilizando uma célebre frase de Hannah Arendt, passa a “não ter direito a ter direitos”. Nesse ponto, certos grupos sociais deixam de ser reconhecidos como semelhantes e passam a ser objetos de extermínio – as pessoas em situação de rua estão precisamente representadas nesse estágio (NASCIMENTO, 1994).

Esse último patamar, que se configura como a “nova exclusão social”, se constrói simultaneamente com base econômica, através da expulsão do mundo do trabalho; social, através da ruptura dos vínculos societários e comunitários; e cultural, através da construção de uma representação social em que esse outro excluído também é perigoso e ameaçador – sobretudo se a cor da sua pele é preta. A peculiaridade que Nascimento (1994) aponta é como a representação social acerca do já excluído social e economicamente, ou seja, o aspecto de estigmatização, é um elemento significativo para atingir esse outro patamar da nova exclusão.

A representação da pobreza pelas classes sociais mais altas vem sendo modificada ao longo dos anos: do pobre da zona rural nas décadas de 40-50, o “Jeca Tatu¹²”, indolente e preguiçoso; ao malandro urbano que não rouba, mas não vive de forma lícita, nas décadas de 60-70; passando pelo violento menino de rua cheirando cola nas décadas de 80-90 (NASCIMENTO, 1994); até os “zumbis” usando crack nas cracolândias da cidade nos dias atuais. Se consolida no imaginário da sociedade uma associação intrínseca entre pobreza e criminalidade, o que traz como consequência um refinamento da exclusão social e lega aos pobres (e aos negros) as raízes do fenômeno da violência urbana (KOWARICK, 2002).

Misse (2010) expõe o conceito de “sujeição criminal”, que se refere à estigmatização, rotulação e tipificação de algumas pessoas socialmente demarcadas pela situação de pobreza, cor da pele e hábitos em uma única identidade social, com

¹² Personagem criado em 1914 pelo escritor Monteiro Lobato para representar a figura do trabalhador paulistado

ligação estreita com a criminalidade. Sobre esse assunto, Kowarick (2000) acrescenta:

“A condição de subcidadania urbana é importante para fundamentar uma forma de controle social pela história da vida privada das pessoas: o mundo da desordem, potencialmente delinqüente, é jovem, [...] de preferência não porta ou não tem carteira de trabalho e mora nos cortiços das áreas centrais ou nas favelas das periferias. Sobre essa modalidade de moradia, o imaginário social constrói um discurso que esquadriha a mistura de sexos e idades, a desorganização familiar, a moralidade duvidosa, os hábitos perniciosos, olhando esses locais como focos que fermentam os germes da degenerescência e da vadiagem, e daí o passo para a criminalidade. Ou seja: a condição de subcidadão como morador das cidades constitui forte matriz que serve para construir o diagnóstico da periculosidade” (KOWARICK, 2000, p. 54 e 55)

Talvez mais intensamente que a favela, a rua é considerado o espaço da adversidade por excelência, do anonimato, do imprevisível e imponderável, logo, o espaço da violência e do perigo (KOWARICK, 2002). O processo de sujeição criminal transforma toda pessoa que vive na rua em uma potencial criminosa. Compondo essa trama, práticas de estigmatização repetidamente são vivenciadas por essas pessoas. Para elas, notam-se menos oportunidades de inserção na vida em comunidade, com perda da sua identidade social, o que reifica uma imagem deteriorada e, portanto, de menor valor (GOFFMAN, 1988).

O termo “estigma” se referia aos sinais corporais que remetiam a algo extraordinário ou mau sobre o *status* moral, operando como representação social, sendo originário da Grécia. Na atualidade, simboliza algo depreciativo, que conduz a uma ameaça à sociedade, e que, portanto, deve ser evitado. O estigma, enquanto atributo indesejado, tem o poder de reduzir a pessoa a uma condição diminuída ou estragada, gerando um efeito de descrédito considerável. A partir de então, a pessoa estigmatizada – aquela distante do estereótipo cristalizado pela via moral – não mais é considerada uma criatura “comum e total” (GOFFMAN, 1988, p. 12), na sua individualidade empírica, senão uma representante da característica estigmatizada, destituída de potencialidades e socialmente anulada (GOFFMAN, 1988).

Convém assinalar que o estigma não pode ser analisado enquanto um atributo fechado em si, mas antes através do seu caráter relacional: uma característica que para uma pessoa é considerada estigma pode atestar a normalidade de outra (GOFFMAN, 1988). Sendo assim, todo processo de

estigmatização, com conseqüente exclusão, requer uma “situação relacional de interpretação” e, conseqüentemente, de produção (NUNES; TORRENTÉ, 2009, p. 103).

Goffman (1988, p. 14) menciona três tipos de estigma. O primeiro se refere aos vários padrões de abominações do corpo. O segundo compreende as questões individuais, entendidas como “vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical”. O terceiro tipo, por fim, se refere aos “estigmas tribais de raça, nação ou religião”. O fio em comum que une os três tipos de estigma, e de quaisquer outros que tenham se construído ao longo da história, é a sua qualidade sociológica, na medida em que o sujeito é tomado pelo seu atributo estigmatizado, que impõe atenção e destrói a possibilidade de reverberação dos seus outros atributos, na relação social cotidiana. Dessa forma, o estigma determina uma relação impessoal com o outro, discriminando-o e desqualificando-o, ou até não pessoal, incluindo aqui sua objetificação, animalização, ou mesmo eliminação, como nos aponta Nascimento (1994). No contexto da rua, essas três modalidades podem vir juntas (SILVA, 2014).

A nova exclusão converteu o incluído incômodo (que há pouco tempo tinha ascendido ao *status* de eleitor) em excluído perigoso. O novo excluído ou excluído moderno é o grupo social que se tornou politicamente incômodo, economicamente desnecessário e socialmente perigoso – podendo, nesse sentido, ser eliminado. O caráter de eliminação é o elemento fundante da nova exclusão social (NASCIMENTO, 1994):

“Se essa tendência se configurar, se estabelece o que Buarque (...) tem denominado de *apartação* social, um novo *apartheid* que tende a assumir formalidades hoje inexistentes, mas cujos traços já estão ‘no ar’: transformar as Forças Armadas em forças policiais para combater a marginalidade e o tráfico de drogas; desqualificar o voto do pobre (...); cercar as cidades (...); estabelecer a pena de morte e expandir os grupos de extermínio.” (NASCIMENTO, 1994, p. 44)¹³

¹³ Ressalte-se o assassinato do indígena Galdino Jesus dos Santos, em Brasília, em 1997, morto ao ter seu corpo atado fogo por cinco adolescentes, que acharam que se tratava de um “mendigo” – o que poderia então justificar o crime. Outros tantos extermínios ocorrem cotidianamente, sobretudo nas favelas, configurando um genocídio estrutural do povo negro. O tópico sobre violência, no capítulo 3, discorre sobre outros atentados.

As reflexões sobre a pobreza se aprofundaram quando localizaram a exclusão social como efeito de processos concretos e atuais, e não somente históricos, estaticamente determinados (PAUGAM, 2004). Pensando na população em situação de rua, além dos aspectos históricos que condicionaram sua ida para as ruas, existem aspectos vigentes que reforçam a sua permanência (LISBOA, 2013). Vale apontar, neste momento, como a atuação das instituições se interliga com o fenômeno da vulnerabilidade¹⁴.

Carmo e Guizardi (2018), ao realizarem uma revisão de literatura sobre vulnerabilidade a partir das políticas de saúde e de proteção social, constatam que a concepção de vulnerabilidade carrega imprecisões decorrentes do processo de construção conceitual em que se encontra. Invoca a multiplicidade de fatores que a determinam, já que não se localiza estritamente na ausência ou insuficiência da renda, mas no ponto de convergência entre esse e outros aspectos, como a fragilidade dos vínculos afetivo-relacionais e a desigualdade de acesso a bens e serviços públicos. As autoras afirmam enfaticamente que o estar vulnerável não é uma condição natural, na medida em que a pessoa vulnerável pode ser apoiada para criar capacidades necessárias e sair desse estado. Pela restrição de acesso à renda, haveria também uma privação de acesso aos meios de superação dessas vulnerabilidades, sejam materiais ou não, como a autonomia e a liberdade.

Nesse ponto, com limites imprecisos e permeáveis, acresce-se às variáveis de cunho individual e social a variável programática/institucional, reivindicando a responsabilidade das políticas de proteção na manutenção ou superação da vulnerabilidade (CARMO; GUIZARDI, 2018):

Quando conheci Faustino, em 2013, ainda trabalhava no CAPS. Ele veio trazido por umas duas pessoas, em franca insuficiência respiratória por conta de tuberculose. Já estava tossindo e com febre “há meses”. Era meu primeiro mês de trabalho e lembro que achava “diferente” e me impressionava como a percepção de adoecimento e a busca por ações de saúde variava intensamente entre as pessoas em situação de rua e as que não viviam nas ruas. Ele só procurou um serviço de saúde quando sua condição ficou insustentável. A pessoa não entra em insuficiência

¹⁴ Dentre os aspectos vigentes, concretos e atuais, temos que apenas 28,5% das pessoas em situação de rua de Salvador recebem Bolsa Família, e, dos 26% inscritos no Programa Minha Casa Minha Vida, apenas 3% foram contemplados (CARVALHO *et al.*, 2017).

respiratória por tuberculose de um dia pro outro. O corpo vai mudando aos poucos, a dificuldade pra respirar vai se instalando... Aquilo tudo me inquietava. Chamamos o SAMU e ele foi levado pra UPA. Poucos dias após começar o uso do medicamento, ele melhorou e já estava nas ruas de novo. Um mês depois, levou um tiro no tórax, teve que ficar internado novamente, drenar, abandonou o tratamento, voltou. Nesses 4 anos, já começamos o tratamento de tuberculose de Faustino umas 5 ou 6 vezes. Ele tem 43 anos, é negro e costuma ficar no primeiro andar de um edifício muito antigo na Praça da Sé. Fica mais na rua do que ali. Ou, melhor dizendo, fica em uma extensão da rua. Quando chego no posto e o vejo sentado ou deitado no banco do corredor, geralmente dormindo, já sei que ele piorou.

Hoje, pela primeira vez, ele demonstrou interesse em sair da rua. Não recebe Bolsa Família, não tem documento e voltou a frequentar o CAPS pra ter auxílio no processo de abrigamento. O que aconteceu para que esse sujeito “despertasse” sobre a possibilidade e manifestasse desejo em sair da rua? Alguma coisa aconteceu, e não foi na estrutura. Essa continua a mesma ou talvez pior.

Do mesmo jeito que parte dos sujeitos o desejo de sair da rua, certamente existe algo no “eu” que também impera no processo de ida pras ruas. Disso não tenho dúvida, por mais que compreenda que esse “eu” não está sozinho, manejando seus desejos de forma hermética no seu corpo, mas sim em um processo poroso com o seu meio.

No momento que Faustino saiu do círculo rua-desejo-de-rua, essa mesma estrutura novamente atua, na medida em que o Estado não oferta nenhuma possibilidade pra ele. Conseguir vaga em um abrigo, em Salvador, pode demorar semanas a meses. Talvez, quando se consiga, o contexto seja diferente; seus agenciamentos se direcionem para outros caminhos.

A aproximação com o ethos da rua, que muitas vezes prejudica a saída dela, não é algo que parte do sujeito apenas. Não somos marionetes do sistema ou máquinas desejantes andando erráticamente pelo mundo. Não existe um lado versus o outro.

(Trecho do diário de campo de 1o de setembro de 2017)

A população em situação de rua, diante das inexistências ou insuficiências de políticas de Estado, sofre uma dupla violência: a primeira é a violência estrutural, que resulta no estar nas ruas; a segunda é por ter o seu processo de desfiliação se

atualizando e se aprofundando continuamente, através de como se estruturam as políticas de assistência social e de saúde e da relação com as instituições públicas. A isso se acresce a visão da sociedade sobre o uso de substâncias psicoativas, muito frequente nesta população, apenas como uma escolha individual, ou como fraqueza de caráter. Não se complexifica a funcionalidade que algumas drogas, como o temido crack, por exemplo, tem na vida das ruas, de diminuir o frio, a fome e manter a vigilância diante do risco iminente de violência. Ainda, Malheiro (2013) acrescenta a relação entre o uso de crack e a capacidade de suportar longas horas de trabalho, a fim de garantir a remuneração necessária para seu sustento.

Nos serviços de saúde, as pessoas em situação de rua muitas vezes são tomadas como se “não tivessem feito o dever de casa”. Estão ali porque querem, não saem da rua, porque não querem. Com frequência ouvimos: “Fulana tem família, mora ali na Saúde¹⁵”, ou “Fulano tinha casa, perdeu tudo depois que foi viver na rua”, “era trabalhadora, hoje vive bebendo por aí”. Ora, se aquelas pessoas estão ali porque querem, por que é mesmo que a instituição precisa se adaptar a elas?

Talvez, no meio acadêmico, tratar a questão da situação de rua tendo o trabalho como central seja mais-do-mesmo, não caminhando para o além-mais, para o desejo, para as relações (discussão que me é tão cara), mas na ordinariedade dos serviços de saúde, protocolar, burocrático, acredito que seja a forma mais premente de tratar o tema. Sair do indivíduo, e mesmo do sujeito, e ir pra sociedade. Entender a sociedade dentro do sujeito talvez chame a responsabilidade e a alteridade no espaço do cuidado. No entanto, sem cair em uma postura determinista, sabemos que os elementos estruturantes não apagam os elementos da subjetividade, que não deve ser confundida com responsabilidade individual.

Em uma aproximação com esse tema, Varanda e Adorno (2004, p. 62) empregam o termo “experiências desestruturantes” para se referirem às experiências individuais que fragilizam o processo de organização interna do sujeito, ao invés de garantirem a consolidação dos recursos pessoais necessários para a superação dos desafios. Tais experiências prejudicam sua capacidade de articulação com o meio social, sua autoimagem, autoestima e identidade de grupo, e estão inter-relacionadas com as questões estruturais. A existência humana e o contexto societário são dimensões que coexistem, não sendo passíveis de

¹⁵ Bairro adjacente ao Pelourinho.

separação (CARMO; GUIZARDI, 2018).

Assim, a produção da subjetividade não deve ser entendida aqui como algo imutável, fechado, que começa e se encerra em si mesma, mas passível dos diversos agenciamentos. Por trás da subjetividade individualizada, deve-se procurar situar quais são os reais processos de subjetivação. Em uma perspectiva histórica, observa-se que o capitalismo atual produz, em grande escala, uma outra subjetividade (GUATTARI e ROLNIK, 1996, p. 322).

Na tentativa de escapar da “armadilha etiológica binária”¹⁶ sobre a ida para as ruas, proporemos não colocar, de um lado, os aspectos subjetivos/familiares e, de outro, a posição no mundo do trabalho (marcadamente condicionada pelo racismo), entendendo que existe entre eles uma relação circular, assimétrica, particular de cada trajetória de vida, além da interferência de outros vetores, como a loucura, o uso de substâncias psicoativas, a homofobia, a transfobia, o machismo, entre outros.

Aqui, mais do que trazer à tona a clássica discussão das Ciências Sociais sobre agência e estrutura, é necessário, através da ótica da complexificação, expor as múltiplas facetas do fenômeno, sem deixar de situá-lo marcadamente no contexto da expansão do capitalismo neoliberal e estreitamento do Estado. É importante demarcar a tentativa de não fazer uma clivagem entre as causas de ida para as ruas, juntamente com o intuito de contrapor-se ao individualismo que vem se firmando como estratégia de Governo¹⁷. Trata-se, sobretudo, de compreender o sujeito nem divinizado nem dissolvido, diante das possibilidades de traçar sua trajetória (ALVES, 2010).

1.1.2. As pessoas em situação de rua e as políticas de proteção: “A nossa fome mudou”

“Nossa sede [Movimento Nacional da População em Situação de Rua] (...) fica ao lado da igreja do São Francisco, onde, anteriormente, distribuíam-se sopa e cobertores para a população de rua. Hoje nós dizemos que a nossa fome mudou. Nós temos fome de políticas públicas: o tempo de papelão e de sopa acabou. Nós queremos aquilo que é nosso por direito.” Maria Lucia

¹⁶ Expressão utilizada por Lisboa (2013, p. 189) ao se referir à relação entre pobreza e loucura.

¹⁷ Um exemplo recente, no debate da promoção da saúde, é o foco que se tem dado nas mudanças de estilo de vida na perspectiva microfamiliar, sem ampliar para a discussão sobre os impostos taxados nos alimentos e outros.

Santos Pereira da Silva, coordenadora nacional do Movimento de População de Rua (SILVA, 2013a).

Existem diferentes definições sobre a população em situação de rua, algumas delas mais restritas e outras mais abertas às heterogeneidades dessa inscrição social. Em todo caso, elas não vêm a estabelecer um confronto entre si propriamente. Antes, refletem como a atuação firme dos movimentos sociais urbanos têm garantido a expansão e elucidação dessa condição complexa, expressa em um *continuum* e de forma heterogênea.

Em um dos primeiros estudos brasileiros sobre a temática, realizado no início da década de 90, Vieira, Bezerra e Rosa (2004) consideraram a existência de dois sentidos para a rua: rua enquanto abrigo e rua enquanto modo de vida. No primeiro caso, encontram-se as pessoas que dormem circunstancialmente nas ruas, por questões eventuais de ordem econômica e social. O segundo caso, por sua vez, geralmente se concretiza na medida em que o tempo passa; nele, a rua é tida como modo de vida, com a sua linguagem própria e natureza de relações sociais.

Tais sentidos (rua como abrigo ou como modo de vida) se localizam nos extremos do *continuum* que é viver nas ruas, seja circunstancial ou permanentemente, conformando uma perspectiva espectral do fenômeno (VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 2004). O ponto de encontro nas definições é o fato de essas pessoas fazerem da rua o seu “espaço principal de sobrevivência” e “ordenação de identidades”; como cenário de suas relações sociais, incluindo as que usualmente se estabelecem no ambiente privado. A vida nas ruas se dá a partir de um borramento entre o espaço público e o privado. Pode-se dizer também que a noção de despossessão constitui o pilar central que agrega a variedade de sujeitos integrados nessa “população” (SCHUCH; GEHLEN, 2012).

Mais pra perto da Igrejinha, há casarões abandonados, entulhos de lixo e pessoas sentadas no batente de um deles. Com frequência, vemos um colchão no chão e uns pedaços de papelão, construindo alguma privacidade ao redor, e sacos com pertences individuais das pessoas em situação de rua. Por ser um lugar com baixo trânsito de pedestres e onde não passam carros, muitas vezes as pessoas trocam de roupa ali. No meu primeiro dia como médica do Consultório na Rua, apliquei uma injeção de anticoncepcional nesse espaço, por insistência e

tranquilidade da mulher. Sem nenhum pudor, ela abaixou seu short e pediu que eu aplicasse a injeção. Podemos ver de forma impressa na sociabilidade do lugar que há um um borramento entre o público e o privado.

(...)

Enquanto converso com Leonardo, Risoleta e Vanda estendem um colchão sem lençol, quase em frente a nós, apoiando-o em uma construção baixa de cimento que protege uma árvore. Ficam bem próximas, quase abraçadas, sorrindo e conversando. Depois, vou ao encontro delas. Risoleta, uma mulher negra de 33 anos, fala sobre como se sente bem depois que saiu da casa da mãe e voltou pras ruas: “aqui eu me sinto tão melhor do que em casa... eu fico com as meninas, eu como direito... olha como eu tô mais gordinha!” De fato, na visita que fizemos à casa de sua mãe, há algumas semanas, ela estava com um aspecto muito mais debilitado do que hoje.

Ela me fala que apareceu uma ferida na sua vulva. Sem pestanejar, levanta a saia e abaixa a calcinha, sentada no colchão em frente ao ponto de ônibus e ao lado do caminhão que recolhe lixo, e me mostra a ferida. Está escuro e eu não consigo ver direito.

(Trechos do diário de campo de 19 de fevereiro de 2018¹⁸)

A despeito da despossessão ser elemento comum, o espaço da rua, segundo Certeau (1984, *apud* SCHUCH; GEHLEN, 2012, p. 17), aparece como um “lugar praticado”: um lugar existencial e simbólico, mais do que um lugar da “falta”. O que nos ajuda a compreender a afirmação de Pedro, uma criança crescida na rua (na época com 5 anos), quando sai de alta hospitalar direto para a Praça das Mãos: “como é bom estar em casa!”

Levando em conta o tempo de permanência em desabrigo como fator analisador da categoria “situação de rua”, Vieira, Bezerra e Rosa (2004) consideram três situações diferentes: ficar na rua (circunstancialmente); estar na rua (recentemente); e ser de rua (permanentemente). O tempo de permanência nas ruas é considerado um fator de cronificação (quanto mais tempo se fica, maior a chance de continuar nela).

¹⁸ Risoleta faleceu no mês seguinte, por complicações do HIV e da tuberculose.

“Ficar na rua”, circunstancialmente, diz respeito às situações de precariedade econômica e desassistência social, por falta de dinheiro para pagar um hotel/pensão ou ausência de vagas em albergues¹⁹. As pessoas nessa circunstância tentam, de forma contundente, sair das ruas, distanciando-se da identificação como moradora ou morador de rua.

“Estar na rua”, de modo recente, reflete as situações em que a rua já não se apresenta de forma tão ameaçadora, até porque cada vez se faz mais inevitável e familiar, e os espaços de convivência e distribuição de alimentos são utilizados mais frequentemente. Na presença de dinheiro, tentam permanecer em albergues, hotéis ou pensões. Ainda não existe uma identificação com a figura da moradora ou morador de rua, embora a diferenciação seja menos enfática que na situação anterior.

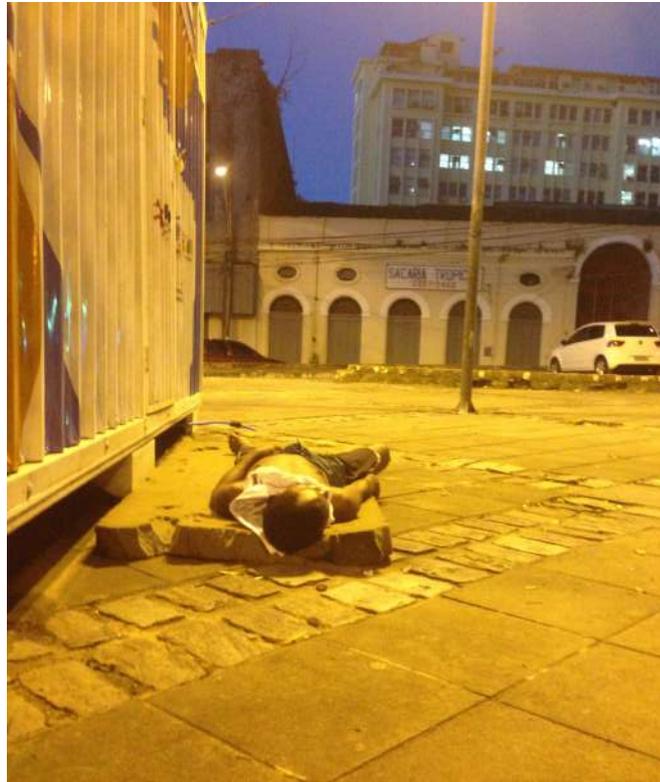
“Ser da rua”, permanentemente - apesar de denotar uma imutabilidade inexistente, já que na prática as pessoas podem alternar a rua com outros lugares de moradia -, se refere às situações em que o contexto da rua se destaca na vida da pessoa, sendo palco de suas principais relações pessoais, de trabalho e recursos de todo tipo.

Como definição para a população em situação de rua, consideraremos a utilizada pela Política Nacional para a População em Situação de Rua, que a entende como um

“grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, a inexistência de moradia convencional regular e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (BRASIL, 2009b; VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 2004).

A “marcha para a rua” não tem apenas um sentido, podendo ser revertida diversas vezes (da casa para a rua, da rua para a casa), seguindo múltiplas regras para as múltiplas produções de existência, com a semelhança de gerar, para todos que passam por esse processo, outras formas de sociabilidade nesse novo espaço-tempo da cidade.

¹⁹ Em Salvador, apenas 34,7% das pessoas em situação de rua referiram ter acessado pelo menos uma vez na vida albergues; e 33,3%, os Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua – Centro POP (CARVALHO *et al*, 2017).



Fot. 02 - Homem em situação de rua dormindo na Praça das Mãos. Fonte: arquivo pessoal



Fot. 03 - Adolescente em situação de rua dormindo no Mercado de Santa Bárbara. Fonte: arquivo pessoal



Fot. 04 - Pés de uma pessoa em situação de rua na região do Aquidabã. Fonte: arquivo pessoal.

Nessas idas e vindas, a vizinhança com a criminalidade pode ser um elemento agravador na relação com o meio social. A lacuna nos referenciais do sujeito é intensificada, o qual se distancia não apenas dos seus vínculos familiares, mas sobretudo do seu grupo social, o que, conseqüentemente, facilita a transição para a rua (VARANDA; ADORNO, 2004).

Os centros das grandes metrópoles brasileiras têm se constituído enquanto espaço prioritário para a concentração da população em situação de rua. Os motivos para a preferência dos locais centrais são relativos às oportunidades de garantir a sobrevivência, através de pequenos bicos e obtenção gratuita de alimentos (entidades filantrópicas, restaurantes e bares) e através da ocupação de prédios abandonados, fruto do processo de deterioração progressiva dos centros da cidade, bem como a existência de inúmeras marquises de lojas e prédios públicos. O grande fluxo de pessoas durante o dia facilita as práticas de trabalho, como guardar e lavar carro, bem como da mendicância – apesar de esta não ser mais a principal forma de subsistência desse grupo. O baixo fluxo à noite diminui as chances de abordagem policial e de denúncia por parte dos moradores locais (VARANDA; ADORNO, 2004; VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 2004; CARNEIRO *et al.*, 1998; VIANA; DAL PÓZ, 1998). Em Salvador, 45,2% das pessoas em situação de rua se encontram no Centro e 30,8% na Cidade Baixa (SALVADOR, 2010).

A magnitude do fenômeno

Em 2002, foi realizada a primeira pesquisa para contabilização das pessoas em situação de rua da cidade de Salvador (SALVADOR, 2002). A pesquisa apresenta uma metodologia pouco explicitada em seu relatório final, mas que merece críticas ao pouco que foi elucidado. Foram realizadas abordagens em uma vasta área da cidade e em abrigos municipais, em dois dias da semana de maio de 2002 (um domingo e uma sexta-feira – dias relatados por informantes-chave como sendo os mais ocupados pelas pessoas em situação de rua). No domingo, foram contabilizadas 727 pessoas; na sexta, 818. Optou-se por considerar a contagem de maior número, averiguada na sexta-feira. Se observou que 77% das pessoas eram homens, 98% negras e 1/3 compunha a faixa etária de 25 a 39 anos.

Foram consideradas na contagem, além das pessoas abrigadas, apenas as que literalmente dormiam nos logradouros públicos, sendo excluídas aquelas que passavam todo o seu dia na rua, mas que tinham um local para dormir à noite, mesmo que precário. Esse recorte, argumentado no relatório como uma priorização no alvo das políticas públicas – o que, por um lado, na gestão da miséria que assistimos, de fato representa uma situação de vulnerabilidade maior, sobretudo pela maior exposição a situações de violência –, se aproxima, por outro, de uma perspectiva higienista historicamente atualizada em relação às pessoas em situação de rua. Mais importante do que dimensionar quantas pessoas estão em situação de vulnerabilidade e que utilizam a rua como espaço de produção de sua existência, para além de deitar o papelão na calçada e dormir, é identificar quantas ocupam/sujam os logradouros e que deveriam estar abrigadas. Nessa época, apesar de ainda não haver a Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b) com sua concepção ampliada sobre o fenômeno, para além dos *homeless*²⁰, já existiam debates sobre o tema (VIEIRA; BEZERRA; ROSA, 2004), que inclusive serviram de subsídios para a formulação da referida Política.

Trago uma cena ilustrativa da casa enquanto extensão da rua:

Há uma semana, fiz uma visita em uma ocupação em um dos vários prédios abandonados que existem no Comércio, na Cidade Baixa. A visita era para trocar a

²⁰ Do inglês, significa “sem casa”, e expressa a compreensão de que estar em situação de rua é sinônimo de desabrigo.

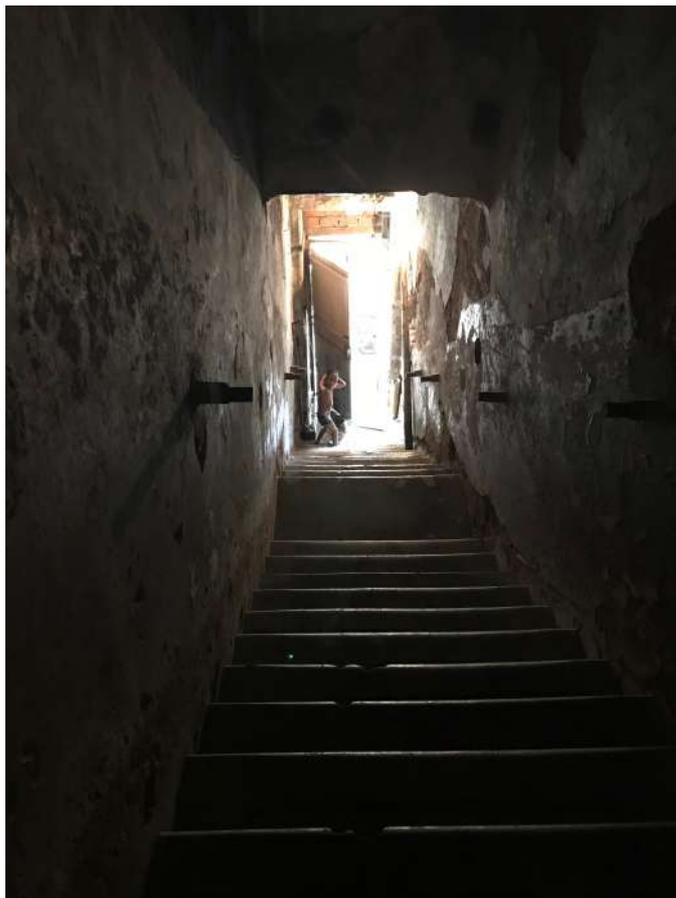
atadura da tala gessada de Joana, uma mulher de 24 anos, negra, desempregada, que vive em situação de rua com dois filhos – de 7 e 2 anos – de quem cuida e se responsabiliza sozinha. Após a fratura do calcâneo que apresentou, passa o dia em frente a uma loja com os dois meninos, pedindo comida e dinheiro. No prédio onde dorme, de favor pelo ex-companheiro, de quem sofre violência, a parca energia elétrica que se tem é por “gato”, não havendo banheiro ou água encanada. Logo após a porta da entrada, no andar térreo da escada quase toda desmoronada, existe uma torneira, onde algumas crianças tomam banho e os adultos enchem o balde para se banhar na rua. As paredes de toda a ocupação são bastante úmidas, bem como o chão, que além da umidade tem muita sujeira.

Assim que chegamos, Pedro, o filho mais velho de Joana, nos abraça calorosamente e nos leva, com suas mãos dadas às nossas, ao andar de cima. As acomodações são divididas por folhas de madeirites e têm cerca de cinco metros quadrados cada. A iluminação e a ventilação, quase nenhuma. A água que é ingerida fica em um balde grande, na área externa dos fundos, onde existem também um tanto de entulho, lixo e baratas. Uma garrafa de plástico boia até que o próximo sedento a mergulhe no balde, beba a água e a devolva pro mesmo local. No hall em comum do primeiro andar, existe uma poltrona de couro velha, descascada, onde as roupas sujas das crianças ficam depositadas. Em verdade, as roupas ficam espalhadas por todos os cantos da ocupação.

Crianças nuas andam pela casa, brincam entre si, brigam entre si, enquanto comem alguma coisa e mamam o leite de suas mães estressadas e algumas vezes alcoolizadas e/ou sob efeito do crack. Essas mesmas crianças também são o elo entre algumas famílias que se desentenderam por motivos variados – do uso da droga a questões de relacionamentos entre os casais. As crianças transitam por todos os cômodos, e duas comadres que estão brigadas seguem compartilhando o cuidado de seus filhos, mesmo sem trocar uma palavra.

Após trocar a atadura da tala de Joana, que além de estar com a mobilidade reduzida, está também com conjuntivite, sou chamada por Cida, junto com uma assistente social da Defensoria Pública, para entrar no seu quarto. Cida tem 29 anos, é negra, também desempregada e em situação de rua, pulando de lugar precário em lugar precário o local da dormida. Tem uma relação estável com um companheiro, que a agride bastante, e também lhe traz certa estabilidade e segurança na cena da

rua. Está novamente gestante (a terceira gestação desde 2015), bastante alcoolizada e mobilizada, chorando muito. Nos conta – não é fácil compreender, por conta do álcool – que naquele dia o filho do seu companheiro nasceu, fruto de uma relação com a sobrinha da vizinha ao lado, no processo de ocupação do prédio, quando ela e as crianças ainda estavam vivendo a uma quadra dali. Seu filho mais novo de 1 ano parece que tem 6 meses. Está muito magrinho e cambaleante. Leite e sangue de álcool e crack. Minha cabeça trava diante daquela cena de uma criança de um ano bêbada e uma mãe cheia de culpa e dor, ainda com a cicatriz da sutura da última agressão na face.



Fot. 05 - Ocupação descrita na região do Comércio. Fonte: arquivo pessoal.

Por fim, vemos Luís, um homem de aproximadamente 35 anos, negro, bem emagrecido, envolvido com o comércio ilegal de drogas, com uma cicatriz no rosto

do atropelamento recente que sofreu na Avenida Jequitaiá²¹. Ele também está dormindo nesse prédio, no andar térreo, em um buraco praticamente, em uma entrada à parte da porta que leva aos outros cômodos. Um pedaço de madeira irregular e com frestas, preso a um cadeado, guarda a sua residência. Vê-lo saindo daquele buraco foi mais chocante do que encontrá-lo na rua, na Praça das Mãos, após uma noite em cima de um papelão.

(Trecho do diário de campo de 11 de março de 2018)

Toda essa digressão sobre a “casa” das pessoas em situação de rua foi para mostrar o quanto tal espaço, muitas vezes, é apenas um acessório precário àquela circunstância de vulnerabilidade, uma categoria de análise, um braço da rua, sem configurar oposição a ela.

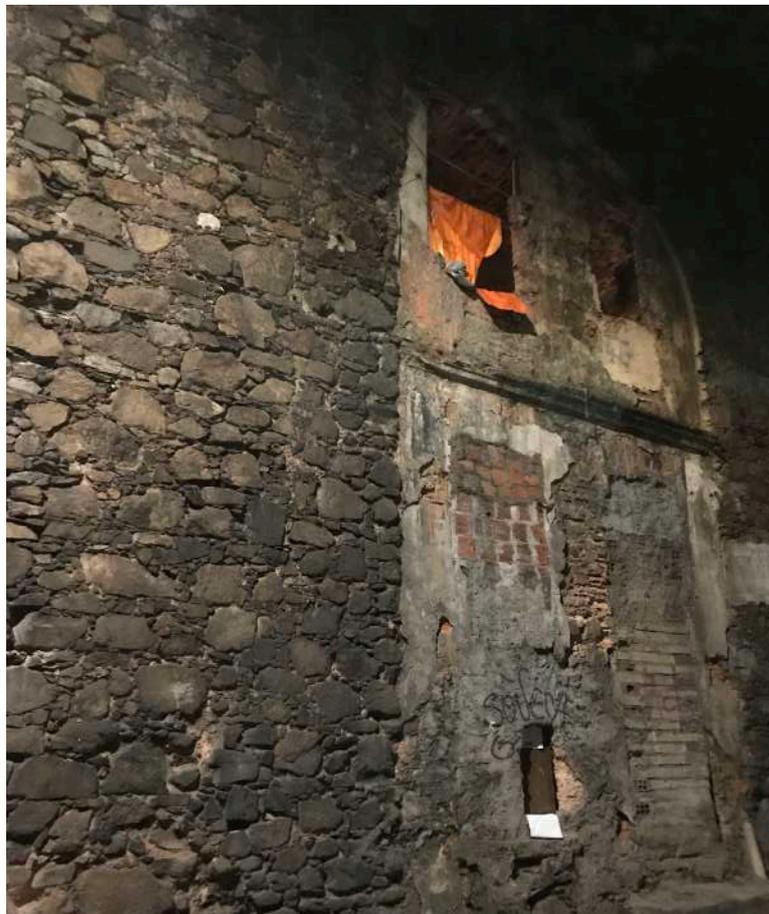
Diante do exposto, se fazia necessário, ainda, uma contagem e mapeamento das pessoas em situação de rua, em uma perspectiva que trouxesse visibilidade aos múltiplos processos de vulnerabilidade e se aproximasse mais da realidade, da amplitude que é a rua. Então, por conta da presença do Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR) e de outros movimentos sociais urbanos nas instâncias de formulação de políticas públicas, representando a execução do controle social, entre agosto de 2007 e março de 2008, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza (MDSCP) realizou um censo nacional em 71 municípios do Brasil, contando pessoas acima de 18 anos. As cidades de Recife, Belo Horizonte, Porto Alegre e São Paulo não foram incluídas, porque fizeram seus próprios censos municipais (BRASIL, 2009a).

Nos 71 municípios considerados, foram contabilizadas 31.922 pessoas acima de 18 anos. Em Salvador, foram contabilizadas 3.289 pessoas, correspondendo a 0,114% da população geral da cidade – maior que a média nacional, que foi 0,061%. Do total nacional, a maioria está entre 25 e 44 anos (53%), pertence ao sexo masculino (82%) e se auto-declara negra (67% contra 44,6% da população geral).

É importante colocar que, até hoje, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nunca contabilizou as pessoas em situação de rua em seus censos – o que se espera que aconteça em 2020 (MIRANDA, 2014; NATALINO, 2016). Estimar a amplitude do fenômeno hoje é um ato político. Sendo assim, dado

²¹ Uma grande avenida da região do Comércio.

às dificuldades metodológicas de contabilizar as pessoas em situação de rua de forma censitária, o MDSCP optou por utilizar dados do Censo do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) disponibilizados por 1.924 municípios. Assim, estimou-se que, em 2015, existiam 101.854 pessoas em situação de rua em todo o Brasil (NATALINO, 2016). Considerando que as pesquisas nacionais apresentam metodologias diferentes, não é possível fazer uma comparação fidedigna entre elas. No entanto, ou o dimensionamento foi subestimado no censo de 2008, ou houve um incremento significativo desde então.



Fot. 06 - Ocupação na Ladeira da Montanha. Fonte: arquivo pessoal.

Em 2016, o Projeto Axé, a UFBA e alguns movimentos sociais (Movimento de População de Rua, União das Baleiras e Movimento Sem Teto de Salvador) realizaram um mapeamento e contagem das pessoas em situação de rua de

Salvador, dessa vez ampliando ainda mais a compreensão do papel da rua enquanto instituinte dos sujeitos que a ocupam. Assim, é utilizado o conceito de “*street connections*”²² concebido pela UNICEF (2012), que rompe com a ideia de que o estar em situação de rua significa necessariamente, e em todos os sentidos, o rompimento de seus laços sociais. Estar na rua não comporta uma qualidade de oposição ao estabelecimento de vínculos comunitários, novos ou velhos. O que define estar em situação de rua, para essa pesquisa, é o local central que a rua ocupa no ordenamento das identidades, exercendo um papel distinto em suas vidas (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017). Essa aposta epistemológica dialoga um pouco com as ressalvas que fiz ao diagrama proposto por Castel (1997) para tratar do processo de desfiliação a partir da vulnerabilidade. Afinal, o estar na rua remonta a uma conjunção de fatores tais, que não se pode garantir que dois mais dois sejam quatro²³.

“Ou seja, do ponto de vista social, as pessoas vivem a rua das mais diferentes formas, se relacionam nela e com ela, atribuindo-lhe as mais distintas funções de produção e de reprodução da vida. Neste sentido, a produção da rua, enquanto espaço físico, mental e social, se confunde com a produção própria da vida dos sujeitos contados, que a usam atribuindo a ela um lugar de produção da própria sobrevivência e/ou *locus* privilegiado de socialização.” (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017, p. 6-7)

Em razão de compreender o fluxo de ocupação da cidade e a dinamicidade da rua, a contagem e o mapeamento foram realizados nos quatro turnos do dia – manhã, tarde, noite e madrugada (e não apenas nesses últimos) –, em quatro dias do mês de agosto de 2016. Foram construídos marcadores de identificação visual, através de grupos focais com os pesquisadores de campo, a partir da discussão sobre o que seria estar em situação de rua. Os marcadores seriam capazes de retratar de que forma as pessoas se produziam e se reproduziam nas ruas, como por exemplo, comer na rua ou pedir comida na frente de restaurantes, catar lixo, dormir na rua, tomar banho na rua, fazer outras necessidades fisiológicas na rua, carregar carrinhos com materiais recicláveis, carregar e descarregar carros de frutas, vender serviços sexuais em troca de dinheiro, fazer uso de substâncias psicoativas

²² Do inglês, conexões com a rua.

²³ Importante colocar que essa metodologia vem sofrendo críticas por parte de alguns militantes e estudiosos do tema, com o argumento de que ela retrocede a definição de população de rua da Política Nacional. No entanto, a abertura do conceito não significa sua anulação, sobretudo quando é feita uma estratificação sobre o local de dormida e as vulnerabilidades decorrentes disso.

no espaço público e muitos outros. Esses marcadores foram classificados em três núcleos: “cuidar de si”, “trabalho” e “uso do tempo livre” (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017).

A ênfase na explicitação da metodologia dessa pesquisa se dá porque a abertura do conceito de situação de rua é central para considerarmos os processos de vulnerabilidade na produção do cuidado – sobretudo para a Estratégia de Saúde da Família, que deve lidar com o território de forma ainda menos capturada.

Foram feitas 22.498 observações e, a partir delas, estimou-se que existem entre 14.513 e 17.357 pessoas em situação de rua em Salvador. A maioria encontrada, através do método observacional, era do gênero masculino (77,8%), negra e estava em idade adulta produtiva.

Na segunda fase da pesquisa, em que foram feitas entrevistas a uma amostra da população, adotou-se o critério da autodeclaração racial, mostrando algumas diferenças nos resultados, em uma tendência de embranquecimento da amostra²⁴ - dado que está alinhado ao processo de embranquecimento geral que modelou o racismo no Brasil (SCHWARCZ, 2012 *apud* CARVALHO *et al.*, 2017). Em todo caso, a porcentagem de pessoas negras foi expressamente maior (variando de 88,9 a 92,8%, a depender da perspectiva da alter ou autodeclaração racial) do que na pesquisa nacional (BRASIL, 2009a), que caracterizou 67%. Conclui-se que em Salvador se faz ainda mais necessário debater a questão racial enquanto operadora da desigualdade social (CARVALHO *et al.*, 2017).

Em relação ao gênero, a menor presença de mulheres *cis* (14,2%) e de pessoas *queers*²⁵ (0,9%) não significa uma condição de menor vulnerabilidade. Pelo contrário, apontam a rua como espaço destinado ao masculino, de onde depreendem-se algumas análises que não cabem a esta pesquisa. Vale destacar, ainda, o pioneirismo do estudo do Projeto Axé em ampliar o debate do gênero ao incluir essa terceira opção, *queer*, na caracterização da população em situação de rua. Sabemos como a homofobia e a transfobia são fatores que operam duramente

²⁴ Através do método observacional, foram identificadas, na primeira fase da pesquisa: 59,3% de pessoas pretas, 29,6% de pardas, 4,3% de brancas e 6,8% de pessoas em que não foi possível observar a cor da pele. Na segunda fase, através da autodeclaração, foram encontradas: 58,2% pretas, 34,6% pardas, 5,5% brancas, 0,8% amarelas e 1,0% indígenas (CARVALHO *et al.*, 2017).

²⁵ De origem inglesa, a palavra é usada para englobar pessoas que não seguem o padrão da heterossexualidade e/ou do binarismo de gênero (feminino e masculino), na qual estão incluídas lésbicas, gays, bissexuais e também pessoas transgênero e/ou transexuais (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017).

o processo de vulnerabilização e ida para as ruas (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017; CARVALHO *et al.*, 2017).

Diante da magnitude da problemática, temos que a ausência, insuficiência ou inadequação de políticas públicas não significam apenas a incapacidade ou omissão do Estado em lidar com essa problemática, mas reafirmam a penalização do indivíduo pelo estado de abandono em que vive (VARANDA; ADORNO, 2004). Criam-se ciclos de reprodução das situações de opressão, dentre as quais está a desigualdade no acesso a políticas e serviços (CARMO; GUIZARDI, 2018), como os de saúde. Em Salvador, estudos realizados no Centro Histórico indicam a restrição do acesso das pessoas em situação de rua ou usuárias de substâncias psicoativas nas Unidades de Saúde (MALHEIRO, 2013; CARVALHO, 2014).

A precariedade e a insalubridade das ruas, com conseqüente exposição a riscos cumulativos, pedem intervenções que desafiam todos os princípios do SUS. As respostas institucionais dadas a esta população foram assumidas pela Assistência Social pela via assistencialista, observando-se um processo de justificativa “medicalizante”, que seria reduzir a uma dimensão puramente biológica um problema social complexo e multivariável, ou puramente higienista, de remoção das populações que circulam pela cidade (FOUCAULT, 1979 *apud* VARANDA; ADORNO, 2004).

As políticas de saúde

Em 2009, foi dado um importante passo com a publicação do Decreto Presidencial no. 7.053, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009b). Um dos seus objetivos é “assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda”. Chamam a atenção as qualidades de amplo, simplificado e seguro que foram dadas ao acesso, o que denota a necessidade de uma proatividade das instituições, senão um “desarmamento” propriamente, para atender à população em situação de rua. Não basta que essas pessoas “possam” ser atendidas nos serviços (ainda que seja redundante tratar de

universalidade vinte anos após a criação do SUS), se as exigências para o atendimento são tantas, que não condizem com o modo de vida dessas pessoas.

A ideia de um serviço itinerante que chegasse até as pessoas em situação de rua foi sendo gestada ao longo de alguns anos, mesmo antes da implantação da Política Nacional para a População em Situação de Rua. Algumas experiências na Atenção Básica e na Saúde Mental foram desenvolvidas, e transitaram por outras formas de cuidado em busca da garantia do acesso, gerando reflexões institucionais e ampliando, conseqüentemente, as possibilidades de modelos assistenciais para populações vulneráveis (CARNEIRO; SILVEIRA, 2003; CANONICO *et al.*, 2007; CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010; BRASIL, 2012a). Essas experiências têm sido construídas a partir da constatação de que certos modelos de atenção, que em um momento histórico foram importantes, precisam ser revistos, sob o risco de tornarem-se obsoletos. Conforme alerta Santos (2000, p. 41), “a teoria é uma produção social datada, o que significa que as grandes mudanças históricas ferem mortalmente os conceitos vigentes”. Na mesma linha e de forma precisa, Mendes-Gonçalves, Schraiber e Nêmes, em 1990, já afirmavam em relação aos modelos de atenção:

“Para conservar sua plena virulência, o modelo só vale se historicamente contextualizado, e, enquanto a história não acabar, deverá permanecer procurando acompanhá-la, e re-situar-se lá onde a onda de choque do passado e do futuro se levanta. Se, em vez disso, o modelo se transforma em dogma insensível ao movimento, o reformador que o criou se transforma em conservador.” (p. 63)

Em São Paulo, desde a década de 90, já se discutiam as possibilidades de cuidado junto às pessoas em situação de rua na região do centro da cidade. O Centro de Saúde-Escola Barra Funda, criado em 1968 e localizado nessa região, é uma Unidade de Saúde onde foram implantadas as primeiras ações programáticas em saúde, sendo referência na análise histórica sobre os modelos de atenção no Brasil (CARNEIRO; SILVEIRA, 2003). Discutia-se a importância de se construir uma relação com o território pautada nas suas necessidades de saúde, com ofertas de serviços consonantes que gerassem impacto nos indicadores sociais (SCHRAIBER; VILASBÔAS; NEMES, 2014).

Esse mesmo Centro, na década de 90, identificou que alguns grupos populacionais mais vulneráveis, como as pessoas em situação de rua, as

profissionais do sexo e os moradores de uma ocupação, por questões também organizativas, não eram atendidos na Unidade. A partir do debate sobre a noção de exclusão social e suas repercussões no trabalho em saúde, iniciou-se um processo de reflexão institucional e mudança tecno-organizacional, com a finalidade de instituir o acesso desses grupos pautado pela equidade, a partir da discriminação positiva. Para essas pessoas, o acesso ao Centro de Saúde era facilitado de maneira ampla, não havendo necessidade de documentação, comprovante de residência ou mesmo agendamento de consulta (CARNEIRO; SILVEIRA, 2003).

Em Salvador, no ano de 1999, cria-se o primeiro serviço itinerante para pessoas usuárias de substâncias psicoativas que viviam em situação de rua, conhecido como Consultório de Rua (CdeR), um equipamento da Saúde Mental. A estratégia de trabalho do CdeR era “alcançar as pessoas inalcançáveis” (NERY FILHO, 2011) através de equipe multiprofissional, que se deslocava até as casas de uso, a partir da proposta da Redução de Danos:

"Nós tentamos construir uma ponte entre o impossível e alguma possibilidade. O Consultório de Rua é a possibilidade de encontro entre humanos visíveis e humanos invisíveis, socialmente e simbolicamente falando. Se eu tenho um grupo de visíveis que reconhecem, que trazem em si a possibilidade de reconhecerem os excluídos invisíveis, isso cria uma nova possibilidade: de que o invisível se reconheça na visibilidade do visível. E isso muda tudo." Antônio Nery Filho, idealizador do Consultório de Rua, 2011, s/p.

Também em Belo Horizonte, em 2002, percebeu-se que a responsabilização de uma área adscrita às equipes de Saúde da Família não era suficiente para incluir as pessoas em situação de rua, pela sua característica migratória. Foi então criada a primeira equipe de Saúde da Família sem área adscrita, específica e exclusiva para as pessoas em situação de rua, sendo responsável pela assistência e pelo matriciamento de outras equipes de Saúde da Família, em uma perspectiva de sensibilização e capacitação (BRASIL, 2012a).

Dois anos depois, em São Paulo, como resposta às reivindicações do Dia Nacional de Luta do Povo da Rua, foi concebido o projeto “A gente na rua”, o embrião do que viria a ser a “ESF sem domicílio”. Faziam parte dessas equipes inicialmente agentes comunitários de saúde chamados de “agentes comunitários de saúde de rua”, com história de terem estado em situação de rua ao longo da vida, e profissionais da enfermagem. A trajetória da rua era concebida como uma

ferramenta de aproximação com o *ethos* da rua, facilitando as possibilidades de encontro entre profissionais e usuários. A articulação intersetorial se tornava imperativa, bem como a reorganização do processo de trabalho e de suas ferramentas: a “visita domiciliar” se transformava em “visita de rua”; o domicílio era concebido como “o lugar que se costuma ficar na rua”; a composição da família era formulada a partir dos indivíduos que eram declarados como tal; e o cadastro no projeto abrangia particularidades do modo de andar a vida dessas pessoas, da forma com que se relacionavam com o espaço e dos mecanismos de sobrevivência, como a existência de animais de estimação, locais para realização de refeições e higiene (CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010; CANONICO *et al.*, 2007).

A experiência da ESF sem domicílio se espalhou para outras capitais, como Rio de Janeiro, Porto Alegre e Curitiba, o que gerou um aprofundamento das especificidades do cuidado junto a essa população e avanço da equidade no SUS, tendo a Atenção Básica como coordenadora (BRASIL, 2012a).

Em 2011, já após a instituição da Política Nacional da População em Situação de Rua, a Política Nacional de Atenção Básica regulamenta a implantação de equipes de Atenção Básica para populações específicas, onde surge o Consultório na Rua (CnaR). Essa modalidade de atenção resulta das experiências do Consultório de Rua, da Saúde Mental, e das ESF sem domicílio, da Atenção Básica. Vale ressaltar que o CnaR surge para ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde, e não incumbir-se isoladamente, já que a responsabilidade pela atenção à saúde dessa população, como de qualquer outro sujeito, é de todo e qualquer profissional e serviço do SUS (BRASIL, 2012a).

Os CnaR são formados por equipes multiprofissionais, atuam de forma itinerante no território, o qual adquire uma centralidade no planejamento das suas ações, e prestam atenção integral às pessoas em situação de rua. Se estabeleceu que uma equipe de CnaR deve acompanhar entre oitenta e mil pessoas em situação de rua (BRASIL, 2012a), faixa bastante ampla que comporta, de forma semelhante, críticas amplas. Os Consultórios estão vinculados às Unidades de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde, desenvolvendo ações compartilhadas e transversais com as outras equipes, bem como com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de Urgência e Emergências e os demais pontos de atenção (BRASIL, 2012a). O município de Salvador atualmente conta com três equipes incompletas de

CnaR – número bem abaixo do sugerido pelo Ministério da Saúde, que já tem um parâmetro, a meu ver, inadequado²⁶.

A intersetorialidade assume um papel prioritário e desafiador, pois ainda pouco operativa. É no tecer dessa rede fragmentada, de políticas esquecidas e práticas capturadas, e na produção de outras redes, formais e informais, que o CnaR encontra seu principal papel.

Aqui, gostaria de pontuar a centralidade da resistência e luta dos movimentos sociais urbanos, em especial do Movimento de População de Rua, que garantiram a formulação e implantação de políticas públicas voltadas para as pessoas em situação de rua, com a mesma impavidez do catador de material reciclável, que, desde a madrugada até o entardecer, percorre irredutível as ruas da cidade, “atrapalhando o trânsito”. Com sua “nova fome” (SILVA, 2013a), através dos Encontros Nacionais, da participação nas instâncias de controle social e, sobretudo, da ocupação das ruas, saem de “descartáveis urbanos” (VARANDA; ADORNO, 2004) para construir a história pendular imersa em contradições do nosso país – divergindo inclusive de uma premissa marxista de que o lumpemproletariado não teria consciência de classe (MATSUO, 2009).



Fot. 07 - Aniversário de seis anos do Movimento de População de Rua da Bahia, na Praça das Mãos, em março de 2016. Fonte: arquivo pessoal.

²⁶ Se considerarmos que a população em situação de rua em Salvador encontra-se entre 14.513 e 17.357 pessoas (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017), deveríamos ter, no mínimo 14 equipes de CnaR. Ademais, as três equipes que existem não estão completas, e só uma delas tem carro (apenas dois dias por semana).

Lanço a questão, simultaneamente, do quanto estimulamos, acreditamos ou subestimamos, na produção do cuidado, as ações coletivas e a participação social como espaços terapêuticos e saídas efetivas para questões que, de princípio, são estruturais. Sobre esse ponto, temos o relato de uma usuária em situação de rua que faz parte da Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA):

“A RENFA me mostrou (o que é) ser mulher, me mostrou que não posso baixar a cabeça pra homem nenhum, não deixar ser mais espancada, ser ‘estrapada’. A RENFA me levantou, tá ligado? E eu vou pra qualquer lugar levando a RENFA e tirando as mulheres de saber que elas têm poder, ela pode não ter força com um, mas tem poder na consciência e na mente, é só ela querer. A RENFA me ensinou muitas coisas.” (Usuária Quitéria)

Em paralelo à luta dos movimentos sociais, e não menos importante, estão a criatividade e o deslocamento dos idealizadores, apoiadores e profissionais dos serviços de saúde pioneiros na atenção às pessoas em situação de rua. Esses dispositivos se pautaram a partir de uma premissa muito simples do paradigma da Saúde Coletiva – ao mesmo tempo cara e recentemente esquecida: atender às necessidades do território. Não apenas em relação aos dados epidemiológicos assustadores sobre a prevalência de tuberculose, por exemplo, ou outros agravos que fazem com que as pessoas em situação de rua ampliem sua vulnerabilidade, mas antes disso pela compreensão e garantia do direito à saúde, e em última análise à vida, que as pessoas de quaisquer territórios possuem, sobretudo as socialmente excluídas.

Temos então que, antes mesmo da construção da Política Nacional para a População em Situação de Rua, existiam estratégias de cuidado junto a essa população que fugiam à norma do que estava previsto. A norma existe porque em algum momento foi produzida, e estamos todos, continuamente, em um processo que varia do instituído ao instituinte e vice-versa. O que hoje é o Consultório na Rua é a junção de algumas ferramentas de trabalho desenvolvidas no Consultório de Rua, no “A gente na rua”, nas ESF sem domicílio – e continua em construção.

O fazer em saúde, sobretudo na Atenção Básica, tão próxima à dinâmica de vida das pessoas, não deve ser reduzido ao que está escrito no esmiuçamento da norma; pelo contrário, deve ser pautado nas necessidades do território, em sua dinamicidade e complexidade, atuando com a norma ou a despeito dela, em favor da vida. A atuação em saúde é uma ação política. Portanto, processos constantes de

reflexão institucional, de supervisão clínica e de participação social devem ser estimulados nos serviços de saúde. Como nos atenta Merhy (1997b), são os vários interesses sociais que efetivamente constroem os modelos de atenção.

Nesse ponto, reforço a problemática que trago nesse trabalho. Se importantes ferramentas utilizadas hoje pelo Consultório na Rua foram desenvolvidas antes da sua existência a partir também das experiências de Unidades de Saúde, por que hoje não seria possível mais lançar mão dessas estratégias? Que tipo de construção tecnológica se fez que, na medida em que ganhou corpo e robustez, despegando-se da instituição, essa mesma instituição dá um passo atrás? Quais são hoje as práticas instituídas para a população em situação de rua na Atenção Básica, especialmente na Saúde da Família? As práticas voltadas à população em situação de rua dizem respeito apenas ao Consultório na Rua ou são transversais na produção de cuidado?

O que se observa é que, se as práticas do Consultório na Rua não forem continuamente repensadas, podem também ser capturadas, como se observa a lógica manicomial perpassando – e algumas vezes até protagonizando – a produção do cuidado nos CAPS. A aposta que se faz é que as práticas da Atenção Básica, especialmente da Saúde da Família, têm toda a condição de ultrapassar os muros do serviço e suas normatizações na velocidade e intensidade que lhe forem solicitadas. Mas nem sempre tem sido assim.

Após a abertura do conceito de “situação de rua” feita pela pesquisa do Projeto Axé (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017), que retomou a centralidade do território na produção da vida, tendo a rua como espaço físico, mental e social, nos questionamos como a rede básica de Salvador, ainda que na sua precariedade e insuficiência²⁷, vai se organizar para atender a parte das 17 mil pessoas em situação de rua que lhe cabe. De que forma utilizaremos esses dados para pensar as ações desenvolvidas pelos serviços da Atenção Básica? Ou ao Consultório na Rua caberia sozinho acompanhar todas as 17 mil pessoas?

As perguntas retóricas não se referem apenas aos números gritantes das pessoas em situação de rua de Salvador e paralelamente à baixíssima cobertura de saúde da cidade, e como, do ponto de vista do planejamento, isso será equacionado.

²⁷ A cobertura da Atenção Básica de Salvador em 2013 estava em 31,4%, considerando aí Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde (que aqui no município não trabalham com base territorial).

Antes disso, nos referimos à emblemática questão sobre como a Saúde da Família tem pautado o cuidado, a quem serve e quais são as práticas instituídas.

1.2. Atenção Básica

Na construção da Reforma Sanitária Brasileira, a Atenção Básica se situa como central na reorientação do modelo de atenção à saúde, atuando com base territorial, como porta de entrada prioritária para a população e como a responsável pela coordenação do cuidado (OMS, 1978). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) aposta na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de expansão da APS, por visualizar uma maior possibilidade de aprofundamento dos princípios do SUS e mudança do paradigma da saúde.

A ESF incorpora equipes multiprofissionais, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de indivíduos de uma área delimitada. Atuam na promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação dos agravos, incluindo aí acompanhamento de condições de saúde mais frequentes na comunidade (BRASIL, 2012b).

O enfoque na família surgiu nas políticas públicas de saúde no Brasil, de forma mais robusta, a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e depois com o Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. Em verdade, desde a década de 70, de forma paulatina, se esboçava um enfoque comunitário-familiar nas intervenções de saúde, influenciado pelos movimentos da medicina comunitária e familiar, então em alta no continente americano. Essas estratégias que antecederam o PSF tinham como objetivo ampliar a cobertura de serviços de saúde em áreas com baixa oferta assistencial; contudo, não resultaram em mudanças significativas nas práticas (TRAD, 2010).

A ESF introduziu uma visão ativa no trabalho em saúde: ao lidar com a demanda antes dela chegar, ou seja, ao agir sobre ela preventivamente, a Estratégia constituiu-se em um instrumento real de organização das práticas (VIANA; DAL PÓZ, 1998). A ênfase na promoção da saúde e vigilância em saúde incorporou de forma operativa elementos da interdisciplinaridade, o planejamento e a programação local, e a atenção territorial. Previa-se uma maior aproximação com as realidades

cotidianas das comunidades, apostando na criação de vínculos individualizados e firmes, capazes de identificar e construir saídas para as principais necessidades locais de saúde, tendo-se como princípios transversais o respeito à autonomia dos sujeitos e o estímulo à participação social (TRAD, 2010). Em resumo, o nascimento da Saúde da Família apostava na eclosão de algo inovador, resolutivo e socialmente referenciado.

1.2.1. Atenção Básica como local de invenções tecnológicas

Ainda hoje, a rede básica pode funcionar como meio de construção de uma nova institucionalidade, que escape e supere os modelos médico-hegemônico e burocrático-sanitário, e que permita, junto aos usuários, realizar práticas que acolham, vinculem e resolvam, ao mesmo tempo em que procurem gerar maiores graus de autonomização diante dos seus modos de andar a vida, em uma perspectiva de promover e proteger a saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo (MERHY, 1997b).

Na medida em que posta, em todas as suas atuações, a problemática dos espectros orgânico, subjetivo e social, não apenas no momento do diagnóstico, mas sobretudo ao ter que lograr ações que incidam nessas três esferas, a atenção básica ganha um incremento de complexidade (CAMPOS, 2007).

“A rede básica, diferentemente do hospital, apresenta a possibilidade de menos aprisionamento de suas práticas a um processo de trabalho médico restrito, ou mesmo circunscrito no tempo e no evento, podendo abrir-se, portanto, às mais distintas alternativas de constituição de novos formatos de produção das ações de saúde” (MERHY, 1997b, p. 199).

Um dos grandes desafios da ESF, que, como dito, vem pautada na perspectiva familiar, é superar as abordagens normativas que têm sido predominantes nas políticas de família em geral. A partir do respeito à sua singularidade e autonomia, exige-se um aprofundamento conceitual sobre a família, considerando sobretudo como a contemporânea tem adquirido conformações múltiplas, tanto na sua composição quanto na dinâmica relacional (TRAD, 2010). Em síntese, família

“não é apenas uma unidade residencial, mas também (...) uma unidade econômica e jurídica. Ainda mais importante, é uma comunidade moral, no sentido de um grupo com o qual os membros se identificam e mantêm envolvimento emocional (...). Essa multiplicidade de funções coloca problemas, porque as unidades econômica, emocional, residencial e outras podem não coincidir.” (BURKE, 2000 *apud* TRAD, 2010).

A unidade domiciliar, apesar de reduzir o conceito de família à coresidência (o que nem sempre é real), é uma maneira fácil de operacionalizar esta noção (TRAD, 2010), além de facilitar os processos de investigação epidemiológica, tão significativos à vigilância em saúde. No entanto, se por um lado, ganhamos com essa equivalência, por outro, reduzimos ao domicílio a produção do cuidado. Resulta-se daí a exclusão de grupos sociais desterritorializados, como as profissionais do sexo, as pessoas que vivem em instituições e as pessoas em situação de rua (CARNEIRO; SILVEIRA, 2003).

Podemos concluir que a abordagem familiar preconizada pela ESF, de largada, se seguida estritamente, sem incluir a discussão dos processos excludentes e as consequentes e múltiplas conformações do território, incrementa a exclusão.

Outra forma de incremento da exclusão tem sido através de como o conhecimento médico e de saúde pública, de forma sistemática, vêm contribuindo para o apagamento do sujeito na produção do cuidado. Tanto através da transformação dos sujeitos doentes em leis biológicas, enfatizando a fisiopatologia, quanto através da lógica médica de enfermidade colocada antes da sociológica dos sujeitos. A novidade não resulta do conhecimento médico sobrepular o lugar do indivíduo no debate da saúde, mas da existência, mesmo na Saúde Coletiva, de práticas autoritárias e excludentes (MINAYO, 2001).

Daí, sem deixar de reconhecer os avanços alcançados pela Saúde da Família, observamos que, tanto no aspecto organizacional quanto do cuidado, certos indivíduos não são contemplados: primeiro, não conseguem ser cadastrados na Unidade de Saúde, porque vivem na rua; segundo, porque têm sua existência reduzida a diagnósticos, protocolos e, por que não dizer, linhas enrijecidas de cuidado – se couberem em uma delas.

Felizmente, com os avanços alcançados pelas lutas travadas pelos movimentos sociais, como descrito acima, houve uma abertura do entendimento do território na Saúde da Família, bem como do conceito de família, pelo menos do ponto de vista legal. No entanto, ainda caminha de forma incipiente a

operacionalização desses avanços.

De forma metafórica, podemos analisar o próprio logo da Saúde da Família: ao colocar uma pessoa de azul, por trás, possivelmente maior, caracterizando provavelmente a figura do pai da família, uma pessoa no meio, de vermelho, referenciando a figura materna, e uma criança com os braços elevados, demonstrando felicidade, na frente dos dois, a ilustração simboliza concepções e práticas superadas. O cenário em que se encontram é uma casa ou um edifício. O que pode parecer um detalhe, na verdade, não o é. Pelo contrário, ratifica concepções estereotipadas de gênero, colocando o pai como o provedor e protetor da família; concepções restritas de família, colocando um casal de gêneros diferentes, típico das famílias tradicionais; e espaços urbanos organizados por casas e edifícios, quando temos as favelas como grandes espaços de sociabilidade e existência, e a própria rua enquanto meio de produção e reprodução social. Se quisermos avançar ainda mais no debate, podemos problematizar a felicidade essencializada e estampada no logo, sem muita correspondência com as vivências de violência e sofrimento mental das comunidades, para as quais a Saúde da Família tem desenvolvido de forma periférica estratégias de intervenção.



Saúde da Família

Fonte: Ministério da Saúde.

A velocidade com que as diretrizes do SUS se modificam não necessariamente encontra correspondência no cotidiano dos serviços. Tempos diferentes entre os vários municípios do nosso país, entre Unidades de um mesmo município, entre equipes de uma mesma Unidade, entre profissionais de uma mesma equipe. Não nos resta dúvidas que o espaço de construção das práticas da Atenção Básica é um espaço de antagonismos, inquietações e disputas. Sendo assim, novas práticas podem (e devem) ser construídas independente das diretrizes

ministeriais.

Considerando que a rede básica não pode ser neutra em suas ações, é substancial a sua politização, tecnicamente operacionalizável, a partir da análise do cotidiano do processo de trabalho, centrada nos interesses dos usuários individuais e coletivos (MERHY, 1997b). Não existem modelos programáticos com soluções imediatas para o atendimento da realidade complexa dos grandes centros urbanos, por exemplo, fato que aponta para a necessidade de ampliar as formulações conceituais e metodológicas dos serviços de saúde, introduzindo a noção de exclusão social nas práticas (CARNEIRO; SILVEIRA, 2003), tanto na perspectiva organizacional do serviço, quanto na inter-relacional do cuidado.

Dessa forma, compreende-se que a rede básica deva ser “inventada” tecnologicamente, não apenas agregando o que já foi produzido em outras modalidades, ou ainda as colocando no mesmo espaço institucional, transformando a assistência individual, por exemplo, em um mero instrumento da Saúde Pública (MERHY, 1997b). A reorganização do modelo não passa por juntar os pontos positivos da abordagem individual com os da abordagem coletiva, somando as modalidades de assistência vigentes, como opostos complementares, mas articulá-las de forma a produzir uma atenção que impacte sobremaneira nos modos de vida da população, trazendo-lhe autonomia e saúde, em seu sentido mais amplo.

Sobre esse ponto, vale pontuar que uma das UBS's de São Paulo, onde o Programa “A gente na rua” foi implantado, iniciou seu contato com os usuários ao desenvolver ações de busca ativa de sintomáticos respiratórios em uma Cooperativa de catadores de material reciclável. A partir dessas ações, a UBS ficou conhecida pelas pessoas em situação de rua, dando-se o acolhimento a partir de então (CANONICO *et al.*, 2007). Estratégias de vigilância podem ser ferramentas de aproximação, como nesse caso, mas também de afastamento, a depender de que forma seja feita a abordagem.

A vigilância em saúde é fator indispensável no planejamento das ações de saúde, bem como na distribuição de recursos para os serviços e estruturação da rede, não nos resta dúvidas. No entanto, outras estratégias de criação de vínculo a partir de ações intersetoriais podem ser construídas, convocando a Saúde mais uma vez a ampliar seu objeto de trabalho. Não é necessário que um grupo socialmente

excluído possua alta prevalência de um agravo para que o acesso aos serviços de saúde seja garantido, para que esteja na pauta das reflexões institucionais.

A Saúde Coletiva tem desenvolvido estratégias para pensar o cuidado aos portadores de diferentes condições de saúde, mas segue de forma incipiente e pontual refletindo sobre diferentes modelos de atenção que alcance os vários grupos sociais, com suas características particulares (CARNEIRO; SILVEIRA, 2003). Pior ainda é quando as ações não se pautam nem pelas estratégias de vigilância referentes aos agravos de saúde, estritamente, nem por critérios mais amplos de vulnerabilidade – infelizmente uma realidade frequente nas Unidades de Saúde do país.

Sem dúvida, apresenta-se como um desafio aliar as tecnologias mais eficazes no controle das exposições aos riscos de adoecimento com as mais eficazes nas intervenções junto aos processos de percepção e representação da saúde-doença, bem como das práticas populares de saúde. Sendo concebida em um cenário de disputa de modelos de atenção, onde em um lado está o modelo médico-centrado, hospitalocêntrico e privatista, e de outro o modelo sanitarista, burocratizado e por vezes vertical, a rede básica ainda é um processo de tensão e criação de práticas, o que traz implicações tecnológicas e assistenciais para o setor. Na tentativa de conciliação, a Estratégia vive o seu dilema e facilmente reproduz a dicotomia entre as racionalidades tecnológicas ou o predomínio de uma sobre a outra (MERHY, 1997b).

1.2.2. Equidade e acesso: para além da demanda e oferta de serviços de saúde

O princípio da equidade no acesso orienta o SUS e tem sido transversal inclusive na garantia dos outros princípios. O debate da equidade convida para a cena o tema do acesso e da utilização dos serviços de saúde, os quais desafiam a Saúde Coletiva (CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010; TRAD; CASTELLANOS; GUIMARÃES, 2012), por serem norteadores das discussões sobre iniquidades em saúde em um país com um sistema de saúde universal.

Nessa discussão, torna-se fundamental fazer uma distinção entre desigualdade de condições de saúde e desigualdade de acesso aos serviços de

saúde, ambas consideradas iniquidades sociais, por demonstrarem situações de injustiça (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Está bem comprovado que grupos socialmente excluídos apresentam um perfil de adoecimento maior em relação aos grupos com melhores condições socioeconômicas. Isto se dá porque o adoecimento e outras condições de saúde estão associados a questões estruturais da sociedade, como pobreza, exclusão social, desemprego, estresse, *status* de moradia, relações de trabalho, redes sociais, dentre outros (TRAVASSOS; CASTRO, 2012). Comparando-se os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da população geral com a população em situação de rua, em um período de um mês no município de São Paulo, observou-se que, neste último grupo, a gravidez ocorre 6 vezes mais, a tuberculose 57 vezes mais e o alcoolismo 30 vezes (SÃO PAULO, 2007 *apud* CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010).

A adequada implantação de serviços de saúde dificilmente impactará na mudança das condições de saúde da população, se não vier associada a intervenções de políticas públicas e melhorias salariais, as quais interferem diretamente na qualidade de vida e, por conseguinte, nas condições de saúde (MCKEOWN; LOWE, 1984 *apud* MINAYO, 2001; TRAVASSOS; CASTRO, 2012). No entanto, a disponibilidade, distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento e organização dos serviços são fatores que podem funcionar como facilitadores ou dificultadores do acesso às instituições, que, por sua vez, apesar de não interferirem diretamente no perfil e incidência de adoecimento, interferem no desfecho e na prevenção de complicações (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Um exemplo esclarecedor é em relação à mortalidade por SIDA após a universalização das terapias antirretrovirais no Brasil. Apesar da incidência do HIV continuar crescendo, principalmente em grupos com maior vulnerabilidade, como mulheres e pobres, a mortalidade pela SIDA diminuiu significativamente²⁸, reduzindo, neste grupo, as desigualdades sociais em saúde (ANTUNES; WALDMAN; BORRELL, 2005; TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Em razão disso, o acesso é considerado, pela OMS, um determinante social da saúde (BRASIL, 2008b). A população excluída, além de apresentar um maior adoecimento, também tem mais dificuldades em encontrar tratamento, o que

²⁸ A mortalidade por SIDA, em São Paulo, passou de 32,1/100.000 habitantes, em 1995, para 11,2/100.000 habitantes, em 2002.

estampa a relevância de estudar o acesso, dentro das instituições de saúde, descascando suas camadas: desde a existência e disponibilidade dos serviços, composição das equipes, processo de trabalho, divulgação das informações, até o âmbito do cuidado propriamente dito.

Existem distintas definições para os termos “acesso” e “acessibilidade”, que variam ao longo do tempo e dependem de cada contexto estudado, não havendo consenso sobre o seu uso. Optamos, neste trabalho, por utilizar o termo acesso. Tal conceito se apresenta de forma multidimensional e indica o grau de facilidade ou dificuldade em obter cuidados em saúde, desde o desejo de obtê-los, a procura pelos serviços, até a entrada neles e a continuidade do cuidado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Logicamente, para se discutir acesso em saúde, o quesito necessário e primeiro a manifestar-se é a existência de serviços de saúde. No entanto, apenas a sua disponibilidade não garante o acesso. Mesmo quando existentes e disponíveis, uma série de fatores já citados acima, de forma inter-relacionada, atua facilitando ou obstruindo o cuidado em saúde (HORTALE; CONILL; PEDROZA, 1999; CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010; TRAVASSOS; CASTRO, 2012; MERHY; GOMES, 2014).

As dificuldades de acesso aos serviços pela população em situação de rua devem-se a questões diversas como percepção saúde-doença-cuidado, organização técnico-administrativa, preconceitos de profissionais e usuários e fragilidades de ações intersetoriais. Além disso, na maioria das cidades, apesar de existir a oferta de serviços de saúde nas regiões centrais, algumas iniquidades foram constatadas na relação dessa população com os serviços, como exigência de documento e comprovante de residência para matrícula, maus tratos no atendimento em decorrência do estado de higiene e alcoolismo, restrição no atendimento da demanda espontânea, preconceitos, limites na atuação intersetorial, dentre outros (CARNEIRO *et al.*, 1998; CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010).

Nesse ponto, questões organizacionais do processo de trabalho se destacam, trazendo a discussão sobre a operacionalização da equidade. No entanto, como nos aponta Carneiro e Silveira (2003), operacionalizar a equidade não é tarefa simples. Em seu estudo sobre a organização das práticas no contexto de exclusão e inclusão social, os autores identificam algumas dessas dificuldades, quais sejam: pactuar, no conjunto de trabalhadores, ações e recursos que privilegiem alguns grupos sociais

em detrimento de outros; garantir a universalidade da assistência, em referência aos grupos que não se enquadram como mais vulneráveis; manejar um instrumental teórico e metodológico que identifique quais os grupos a serem afetados; e formular tecnologias adequadas para as suas necessidades.

Este último tópico vale à pena ser aprofundado, porque ultrapassa o debate da organização do processo de trabalho. A produção da saúde é dependente de trabalho humano e o seu objeto de trabalho é, ao mesmo tempo, produto. Objeto e produto são simultâneos a partir da concepção de “trabalho vivo em ato” (MERHY, 1997a; MERHY, 2002): o trabalho que se dá no exato momento da sua atividade criativa, onde os produtos se realizam em um processo que é sempre relacional. Nesse momento, estão em cena as intercessões do encontro entre trabalhador e usuário, nas quais o corpo do trabalhador e seu recurso psíquico são instrumentos.

Em ato, opera-se então uma lógica instrumental, mas há também um transbordamento para o espaço de relações. Assim, o trabalho em saúde adquire tecnologias distintas, as quais podemos caracterizar de três formas: tecnologias duras, em que impera a intermediação dos instrumentos (tensiômetro, medicamento, exames, estruturas organizacionais etc.); tecnologias leve-duras, em que o conhecimento técnico estruturado direciona a atividade (epidemiologia, psicanálise, clínica médica, anamnese etc.); e tecnologias leves, em que operam os aspectos relacionais. Neste caso, a atividade principal se realiza nas relações, como no acolhimento, no diálogo, na escuta, no toque, no vínculo; é em relação que os sujeitos se encontram e fazem juntos a produção da saúde (MERHY, 1997a; MERHY e FRANCO, 2009). A discussão sobre o vínculo enquanto recurso tecnológico que amplia o acesso, como será vista posteriormente, encontra aqui suas bases teóricas.

Todas as esferas da gestão e da assistência estão envolvidas no processo de restrição ou ampliação do acesso, mesmo que se observe uma certa cisão – equivocada – entre elas. De um lado, a gestão é posta com a viabilidade de expandir e organizar a rede de assistência. Do outro, encontra-se o corpo técnico com a possibilidade de organização do processo de trabalho e da produção de um cuidado aproximado e potente. Essa disposição de gestão *versus* equipes de saúde, na prática, se apresenta como uma intersecção condicionadora.

Sem dúvida, a falta de condições de trabalho, o excesso de pessoas adscritas

por equipe de saúde, a insuficiência da rede, a pressão por produtividade, associados à carga de sofrimento impressa na vida das pessoas do território e refletida nas demandas do serviço, acabam, muitas vezes, por automatizar o trabalho das equipes de saúde, que desembocam, necessariamente, em um processo alienado, tecnicista e, muito provavelmente, biologizante e burocrático. Afinal, a biomedicina e a burocracia operam através de limites bem delineados, que freiam a produção do cuidado muitas vezes antes mesmo do seu começo.

A rede de serviços e a produção do cuidado não podem ser colocadas em âmbitos distintos. Será feito um esforço em não separar esses dois aspectos do direito à saúde, aqui representado como acesso aos serviços de saúde, por compreender que suas bordas se entrecruzam e se complementam. A insuficiência da rede exercerá um papel negativo nas potencialidades dos encontros entre profissionais e usuários e nas possibilidades coletivas de reflexão institucional. O desgaste no ambiente de trabalho fatalmente leva a uma menor disponibilidade para o estabelecimento de vínculos e para a criatividade que o território na Saúde da Família exige²⁹, com poucas capturas e grande capacidade de intervenções e flexibilidade.

Outro ponto indubitável é a precarização do vínculo trabalhista, com o risco iminente de demissões – amedrontamentos que sempre rondam nos diálogos entre gestão e assistência, e que, por gerarem descontentamentos, freiam os processos de mudanças. Por fim, cresce-se algo do próprio modelo organizacional da ESF, o qual necessita urgentemente ser revisto, com especial ênfase no número de pessoas adscritas por equipe, bem como sua conformação e seu objeto de trabalho.

Apesar de salvaguardar a premência em reconstruir a conformação e organização da ESF, observa-se no cotidiano dos serviços que o argumento da insuficiência da rede e desarticulação com a assistência social mascara elementos

²⁹ Várias pesquisas têm demonstrado a perda de interesse com o objeto de trabalho entre profissionais da ESF, além da frequência de desgaste mental e síndrome de *burnout*, nos quais a pressão por produtividade, o perfil sócio-sanitário e a frustração profissional aparecem como algumas das categorias analíticas (ROCHA; TRAD, 2005; SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007; PASCOAL, 2008; TRINDADE; LAUTERT, 2010; FELICIANO; KOVACS; SARINHO, 2011; CARREIRO *et al.*, 2013). Mesmo entre egressos dos programas de Residência em Saúde da Família ou Medicina de Família e Comunidade, existe uma inserção na ESF que pode ser considerada baixa, ou, em última análise, tem sido identificada, ao longo dos anos, uma diminuição na sua inserção, com ampliação da atuação desses egressos na gestão, na Universidade ou em outras especialidades (RODRIGUES, 2012). Tais trabalhos demarcam ainda uma diferença importante entre a inserção de médicos de família e comunidade na ESF do estado de São Paulo e na Bahia, com uma taxa significativamente menor nesta última, o que pode evidenciar as condições adversas e, sobretudo, a precariedade das relações trabalhistas no nosso Estado (RODRIGUES, 2012).

da produção do cuidado junto à população em situação de rua que independem da rede, ou melhor, que conseguem se desenvolver apesar dos problemas da rede. Por isso, o esforço ainda maior deste trabalho é trazer para a cena as possibilidades de produção do cuidado que se dão mesmo em cenários precários de organização dos serviços de saúde, como baixa cobertura, falta de insumos e sobrecarga das equipes.

Para entender a dinâmica das pessoas em situação de rua com a Saúde da Família, é importante pensar o acesso para além da demanda e oferta dos serviços de saúde. Faz-se necessário, sobretudo, debater o acesso (e a barreira) no plano do cuidado propriamente (MERHY; GOMES, 2014).

Compreendo que essa dobra de encarar o acesso na perspectiva do cuidado, para além das condições de trabalho adversas, pode levar à armadilha de deixar apenas para os trabalhadores da saúde, com os quais o SUS tem uma dívida de décadas, toda a atribuição de garantir o acesso da população em situação de rua. Decerto, não é esse o nosso objetivo, que coadunaria com a ideia de individualismo nas práticas e escolhas. O objetivo é ampliar o estudo sobre o acesso pautado na equidade, que deve estar presente de forma transversal no cotidiano dos serviços, identificando quais elementos da Estratégia de Saúde da Família podem ser explorados, criados e criticados, na tentativa de superar um processo progressivo de cristalização das suas práticas.

Acesso e barreira não são simplesmente uma questão de ampliação da cobertura dos serviços, ou mesmo a oferta de um cardápio de ações ou cuidados junto aos usuários. Fazem emergir, antes disso, toda a radicalidade do campo da vida e da ética que podem estar impressas, ou não, nas apostas institucionais e na rede de cuidados, formais e informais, como um todo (ABRAHÃO *et al.*, 2013). Acesso e barreira encerram ações em saúde que resgatam também o valor da cidadania, da dignidade humana e do centro afetivo-intelectual dos sujeitos (CARNEIRO; SILVEIRA, 2003).

Para nós, que trabalhamos com pessoas em situação de rua, os “desviantes”, que “não aderem” às nossas propostas terapêuticas, é importante o questionamento se os nossos agenciamentos cotidianos potencializam ou despotencializam os modos de viver dessas pessoas (GOMES *et al.*, 2014b), bem como se reificamos ou desconstruímos o lugar social estigmatizado que ocupam. Com facilidade

escapulimos, ou mesmo o fazemos intencionalmente, ao imprimir no processo do cuidado os nossos modos de ver e viver a vida, que, conseqüentemente, despotencializam o outro – em uma perspectiva que controla e reduz, situado opostamente ao processo de cuidado, aqui entendido como produção de vida, autonomia e garantia de direitos.

A questão que se põe é: se constatamos que as pessoas em situação de rua adoecem mais e comparecem menos aos serviços, que tipos de ofertas temos e como as realizamos? Para além dessas ofertas, que tecnologias de cuidado dispomos, que trabalhem lado a lado com essas pessoas, junto com elas, que produzam diferença a partir da repetição (MERHY; FEUERWERKER; CERQUEIRA, 2010)? É possível destituir olhares e lugares, para instituir novas possibilidades (NERY FILHO, 2015)?

CAPÍTULO 2 – (N)o Pelourinho

“Salvador oferece àqueles que a ela chegam por via marítima o espetáculo de um presépio, suas casas parecendo empilhadas umas sobre as outras, bem como a viva e chocante impressão de contraste a quem percorre as ruas do centro (...). É essa vizinhança quase surpreendente, toda essa desordem aparente que dá beleza e colorido próprio a essa parte da cidade. Ao lado do asfalto moderno, as velhas ruas pavimentadas de pedras irregulares, *coração-de-negro*, nos levam ao passado sem sair do presente.” (SANTOS, 2008, p. 102)

O dia no posto hoje foi conturbado. A história dos tempos, do ligar o automático, atrapalha muita coisa. Atendi um homem (45 anos, negro) que esteve por muito tempo em situação de rua, e agora está recebendo auxílio aluguel. Na sua história, muitos tiros pelo corpo. Tiro aqui, ali, platina, internação, fixador externo... aquela história conhecida. Estava com uma infecção extensa na perna e no pé, em decorrência de um desses tiros. Depois de examiná-lo, enquanto lavava as mãos e pensava em alguma outra coisa, de costas pra cadeira onde estava sentado, falei que ele precisaria se internar pra tratar a infecção. Na correria, não fui atenta aos sinais de que se internar, para ele, seria um desastre. Provavelmente, tem débito na justiça. Perguntou se eu estava maluca. No olhar, um tanto de ódio, incompreensão. Começou a ficar com os olhos vermelhos. Teve um momento que ele me chamou de tia. Tem 38 anos. Falei, sorrindo: “tia não!, meu nome é Lua”. Ele: “então tá, Vossa Alteza”. Retruquei: “não é pra tanto, basta chamar de Lua”. A consulta nessa hora já estava toda atravessada.

Teve um momento que ele baixou a cabeça e começou a chorar. Eu falava que aqui a gente não tinha antibiótico na veia, e que, como ele estava com uma infecção extensa, precisava desse tipo de tratamento. Ele levantou a cabeça, me olhou nos olhos e disse: “o jeito vai ser eu voltar a matar!” Senti medo.

Sustentei o olhar, falei que ele ia melhorar, levantei devagar e perguntei se ele tinha documento pra eu ir buscar o antibiótico oral que faríamos. O documento era só uma desculpa, eu queria sair da sala. Ele me deu a identidade e eu saí. Lá fora, respirei. Tinha falhado.

As pessoas em situação de rua me lembram, a todo o tempo, que o tempo delas necessita respeito, diálogo, alteridade; que estão em jogo outros parâmetros. Ainda com medo, medo que se tem quando o vínculo está frágil, chamei uma das

técnicas de enfermagem pra fazer um curativo no seu pé. Ela foi ótima: de forma muito respeitosa, se colocou naquele momento à disposição dele, fez o curativo, falou que ele ia melhorar. Perguntei se ele queria fazer um analgésico venoso na USF, e ele topou. Saíram juntos da sala, enquanto ele afirmava que preferia morrer, perder a perna, a ter que se internar novamente.

No final, já com melhora da dor e com o humor mais pra cima, expliquei como deveria usar o antibiótico e orientei que voltasse em uma semana pra eu olhar de novo a sua perna. No meio da frase, ele levantou a voz e disse: “Eu sou do gueto, sou favela, quem mexer com a senhora, me fale. Se der, semana que vem eu volto”. Saiu e me deixou falando sozinha. Não pude nem digerir tudo aquilo, voltei pra sala e continuei atendendo.

Final de expediente. Na saída, aquele céu laranja bonito da Baía de Todos os Santos, que invade toda a miséria que tem por aqui. O anoitecer do Pelourinho é de uma beleza anciã, aquela beleza que se respeita, se escuta, se admira: a beleza da resistência. Não apenas a memória arquitetônica da força de trabalho negra nas construções tombadas, mas a vida da rua de trás, nada maquiada, ocupada por quem teima em continuar, ainda que lhes expulsem. Na minha frente, o burburinho das barracas, as trançadeiras contando e ouvindo histórias, o copo de cerveja, as crianças saindo da escola, os gatos de rua, a cuíca que, insistente, ainda busca clientes, homens e mulheres ambulantes procurando braços sem fitinha do Senhor do Bomfim.

Encontrei Adélia sentadinha na porta de casa, com a camisa do Brasil. Adélia é uma mulher de 43 anos, sergipana, parda, bissexual, tem quatro filhos, com uma família grande que já mora no Pelourinho há muitos anos. Os parentes estão pulverizados por várias casas e sobrados do Centro Antigo, decorrente das políticas de habitação e “requalificação” do território. Um desses sobrados antigos é ocupado apenas por sua família, e é onde funciona, no andar térreo, o bar chefiado por sua mãe. Com sua pochete e celular, a matriarca coordena todo o processo de trabalho e entrega de mercadorias. Alguns membros da família se orgulham de dizer que ali não se usa droga, “só cachaça mesmo”.

Adélia tem uma deficiência intelectual e, há poucos meses, teve um surto de mania com sintomas psicóticos, que durou quatro meses, desencadeado pela possibilidade de estar com câncer de colo uterino. Ficava pela rua, tirava a roupa,

arranjava briga. Me aproximei: “Oi, Adélia!” Ela sorriu muito, um tanto eufórica, com poucos dentes, mas continuou sentada. Sua mãe lhe ordenou: “Levanta, vai falar com Dra. Lua!” Mas ela continuou sentada: “A médica disse que parece que eu tô com ‘cance’”. “Parece não, está com câncer. Vai ter que fazer cirurgia”, acrescentou a mãe. Pedi pra ela passar no posto amanhã pra gente conversar. Fiquei triste com essa notícia, apesar de já ser sabido por todas nós que esse diagnóstico era provável. Gosto tanto de Adélia, que um mal a ela me dói. Segui. Luzes amarelas e brandas acesas pelos postes.



Fot. 08 - Largo do Terreiro de Jesus. Fonte: arquivo pessoal.

Passo pela escadaria da Catedral, no Largo do Terreiro de Jesus: sempre ocupada. De manhã cedo, vemos as baianas passando batom, ajeitando o torço no cabelo, mexendo no celular, no camarim do espetáculo que se intensifica quando soar a buzina do primeiro cruzeiro que aportar na baía. Enquanto isso, algumas pessoas ainda dormem estiradas na porta da Igreja. Ao longo do dia, as escadas são ocupadas também pelos vendedores ambulantes, cachorros, trabalhadores em horário de almoço, enquanto, de pé, turistas fotografam e entram no local. É a vez de Dalva usar os degraus, na companhia de um homem deitado em seu colo.

Dalva é uma mulher em situação de rua, de 26 anos, negra, com poucos dentes na boca, que fica de forma flutuante pelo centro da cidade e trabalha como profissional do sexo. Também tem uma deficiência intelectual, fala muito rápido e quer tudo pra ontem. A conheço há mais ou menos um ano. Nesse período, já pariu e já voltou pra rua. Nas primeiras vezes que a atendi, enquanto examinava seu ouvido com o otoscópio, ela me contou muito naturalmente que precisou sair do seu bairro porque matou a mulher do traficante, por não lhe ter pago o que devia. Examinei o outro ouvido e escuto a sua versão detalhada da história. A triste obviedade que a guerra às drogas mata. A violência transversalizada e onipresente. Na Catedral, a vejo sorrir, de longe. Tá bonita e com cabelão sintético.

Entrando na rua do Saldanha, vejo um menino jovem, mas provavelmente já maior de idade, negro, conhecido como Sariguê, fumando crack na latinha, perto de onde fica uma van da Polícia Militar. Ele usa o batente do Instituto ACM pra se apoiar. Estamos na Cidade da Bahia, essa mulher de ancas largas com tantos senhores a mando. Sariguê já está aqui pelo Pelourinho há muito muito tempo, bem emagrecido, com roupas sujas, rasgadas, descalço, sempre xingando aos ventos e catando latinha. Dialoga muito pouco, está sempre gritando. Melhor dizendo, dialoga gritando: ele com a sociedade e a sociedade com ele. Provavelmente essa última começou primeiro.

As funcionárias da Força Feminina³⁰ fecham o casarão. Algumas lojas de materiais eletrônicos ainda estão abertas. Pelas janelas, algumas toalhas secando. Nas esquinas, homens sinalizam que há vaga pra estacionamento de carro, subindo o passeio. Algum movimento do comércio de drogas flerta. Teresa passa pela rua transversal com o olhar baixo, muito magra, a barriga de fora, o semblante alcoolizado. Teresa também está em situação de rua, tem 36 anos, é negra, portadora de HIV, tuberculose e sífilis sem tratamento, faz uso de álcool e também trabalha como profissional do sexo. Chora quase todas as vezes que conversamos, pede ajuda, depois não aparece mais. Chegamos a procurá-la algumas vezes, sem êxito. A última vez que nos encontramos, de forma algo abrupta, em uma noite de fim de semana no Pelourinho, ela fez o sinal de “cruz credo”, se virou e sumiu.

Mais à frente, já na Rua Guedes de Brito, algumas pessoas compram bebida no bar de Dona Luísa, todo trancafiado de cadeados, com algumas verduras quase

³⁰ ONG vinculada à Igreja Católica que trabalha com mulheres em situação de prostituição.

estragadas na frente e um espelho na quina. Os itens da sua venda são passados através das grades. Ela é uma mulher nos seus 60 anos, baixa, branca, muito estressada, sempre com um cigarro na mão, que se sustenta com o consumo de bebidas dos “maloqueiros”, de quem não perde a oportunidade de falar mal. Eles, por sua vez, na ressaca do dia seguinte, afirmam com veemência que o problema é a cachaça de Dona Luísa que não presta.



Fot. 09 - Praça da Cruz Caída. Fonte: arquivo pessoal.

Na esquina, avisto Dora, com a cara de louca, brigando com alguém, cada vez mais barriguda, mesmo sem estar grávida. Tem 22 anos, é negra, já foi detida por conta do comércio ilegal de drogas e, na maioria das vezes que nos encontramos, ela fala muito pouco. Também é portadora de HIV, tuberculose e sífilis, sem tratamento de nenhum. Entre os casarões depredados e pessoas agachadas, aquele olhar de quem tinha usado crack há pouco, subindo a ladeira, no meio do amontoado de lixo e de pedras soltas, finaliza meu dia e recebe a noite que se aproxima.

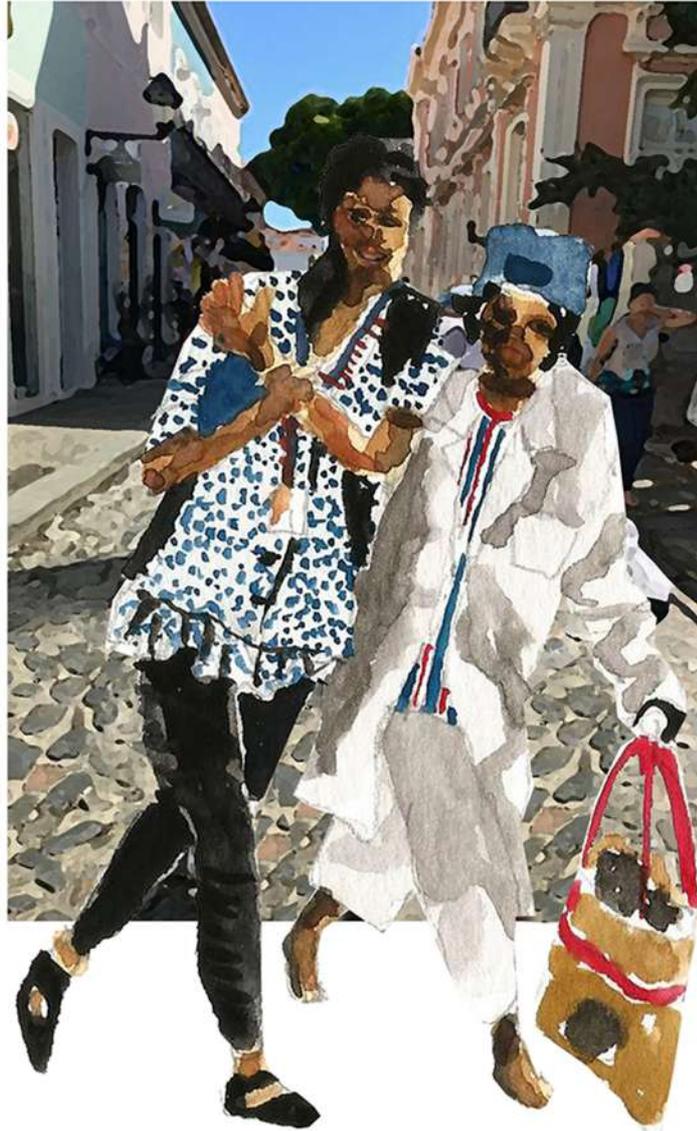
Certa vez, um cantor baiano³¹ disse, se referindo ao Pelourinho: “ali é o céu da escravidão”. Céu laranja, azul, misturado, mistura em mim muitos sentidos e afetos. Nunca volto a mesma³².

(Trecho do diário de campo de 13 de julho de 2016)

³¹ Russo Passapusso, cantor da banda Baiana System.

³² Na semana seguinte, o usuário com a infecção na perna voltou com uma melhora considerável; desde então, nunca mais o vi. Adélia faleceu em março de 2018, por conta de insuficiência renal crônica, relacionada ao câncer de colo uterino; Sariguê foi encontrado morto em uma região distante do Pelourinho em 2017; Teresa faleceu em março de 2018 por conta de complicações do HIV e tuberculose não tratados; Dora faleceu em abril de 2018 pelo mesmo motivo de Teresa.

2.1. Aposta metodológica



2.1.1. Eu-pesquisadora e eu-trabalhadora

A vivência no território do Pelourinho me trazia confrontações comigo mesma, não apenas como médica, como trabalhadora da saúde, mas como sujeito social. A dimensão do quanto era afetada pelas pessoas do local, no momento de produção de dados para a pesquisa, me remetia à constatação de FAVRET-SAADA (1990) sobre o tratamento paradoxal que o afeto tem na antropologia, na medida em que os autores, em geral, ignoram ou negam seu lugar na experiência humana.

Estar aberta, disponível para ser afetada, desde o momento que fui trabalhar no centro da cidade, antes mesmo de pensar em fazer Mestrado, gerava uma comunicação mais potente com as pessoas, verbal ou não, muitas vezes involuntária e desprovida de intencionalidade (FAVRET-SAADA, 1990). A construção sensorial da alteridade e a apreensão do caráter intersubjetivo da linguagem, elementos da etnografia (NUNES; TORRENTÉ, 2013), também estavam presentes desde o começo. Não à toa, meu diário de campo tem início ainda em 2013.

Custei por muito tempo a me convencer de que o que estava propondo se encaixaria em científico, por ser questionada tantas vezes de que o produto de minha análise estaria tão envolto de questões pessoais, que atrapalharia o pressuposto básico da ciência, incluindo a etnografia, no seu movimento pendular de aproximar-se do estranho e distanciar-se do conhecido. “Você vai analisar a si mesma”, como ouvi tantas vezes, me causava um desconforto grande, pois, convencida disto, eu mesma diminuía a importância do meu trabalho de pesquisa. Os tantos erros metodológicos inviabilizariam uma análise responsável. Que possibilidades meu trabalho teria de ser validado em outros contextos? Como conseguiria extrair questões objetivas, com o “meu umbigo enterrado no Pelourinho”, com tantas mobilizações afetivas e políticas advindas daí?

Cheguei a pensar em analisar a relação das pessoas em situação de rua não apenas com a USF onde trabalhava, mas também com uma outra USF do Centro Histórico, fora do Pelourinho, pois assim teria um “grupo controle”. Percebia que a inserção nas poucas pesquisas que participei na Faculdade de Medicina interferia de forma contundente nisso. Mesmo na Saúde Coletiva, me esbarrei com propostas positivistas a fim de salvar a operacionalização da pesquisa.

Por muitos meses, permaneci atada com essa questão metodológica, até compreender que não poderia, sobremaneira, separar o meu trabalho da minha pesquisa, e, conseqüentemente, a minha militância da produção do conhecimento (MERHY, 2004). A ética da implicação orientava o meu percurso enquanto trabalhadora e pesquisadora (NUNES, 2014). Analisar-se a si mesma não era um problema. Pelo contrário, a auto-análise deveria ser uma aposta a ser feita no entendimento da relação entre os serviços de saúde e as pessoas que os utilizam (ou que deveriam utilizá-los).

Se foram essas confrontações (sobre o meu lugar no mundo enquanto sujeito social) que me gestaram uma certa necessidade em fazer o Mestrado, não poderia, agora, descartar todas as contradições nas quais estava imersa, todos os erros cometidos, e também os acertos, em nome de um suposto percurso metodológico validado. Minha transferência do CAPSad para a USF, como já abordada na apresentação, tinha transferido, junto comigo, uma boa quantidade de usuários, que, em qualidade e intensidade, diferiam muito das pessoas que costumavam utilizar o serviço. O uso que faziam da USF como espaço de sociabilidade, de circulação e de parada, um “*pit stop*” (MIRANDA, 2016), muito antes do consumo de algum serviço de saúde, incomodava algumas trabalhadoras e trabalhadores, servindo de analisador para a relação estabelecida com as pessoas em situação de rua.

Tanto a USF quanto o CAPSad ficam localizados dentro de um complexo de prédios tombado pelo Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional (IPHAN), no Pelourinho. Apesar de localizados em prédios diferentes, dividem a mesma portaria, regras e tensões com os outros serviços ofertados por esse complexo (como aulas e museus). A USF atualmente possui apenas uma equipe de Saúde da Família, formada por cinco agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, uma odontóloga, uma médica, três técnicas de enfermagem e uma auxiliar de saúde bucal. No mesmo espaço, funcionam os ambulatórios docente-assistenciais de Pediatria e Ginecologia, que não atuam com base territorial (fazem o atendimento para qualquer região de Salvador, ou mesmo do Estado).

Além dos profissionais da equipe, existem três recepcionistas, um agente de portaria, dois funcionários de serviços gerais, uma gerente e três auxiliares administrativos que atuam na farmácia, na regulação e na gerência, respectivamente. Na sua fundação, em 2007, a Unidade chegou a ter duas equipes de Saúde da

Família, mas uma delas foi desativada, com o argumento de que a população do Pelourinho era muito flutuante e não se adequava à proposta da Saúde da Família. Os agentes comunitários contam que a comunidade não foi convidada no momento da sua inauguração, apontando, de forma simbólica, o seu não-lugar dentro do serviço.

O uso da estrutura da USF pelas pessoas em situação de rua, como encher a garrafa plástica de água do bebedouro, assistir televisão, usar o banheiro, ou mesmo dormir nos bancos do corredor de espera, trazia à tona a questão da natureza do espaço, borrando mais uma vez os limites entre público e privado – desta vez não apenas para os usuários, mas para nós, trabalhadores. O incômodo se situava no assistir cenas da vida privada em um espaço público ou aceitar o uso do espaço público quando tínhamos feito dele privado? De forma rotineira e naturalizada, se observam rituais de barreira (por vezes sutis, outras nem tanto), ditando as regras de convivência das instituições de saúde, pautados sobretudo em uma vida organizada e provida de suporte para as necessidades básicas dos trabalhadores e gestores.

A discussão sobre as práticas de cuidado e, conseqüentemente, sobre o uso do espaço, foi muito frequente nas reuniões de equipe do CAPSad onde trabalhei. Pouco antes da minha transferência, por um mês, discutimos semanalmente em subgrupos, em uma reflexão institucional, qual CAPS queríamos, o que acreditávamos, como conseguiríamos driblar a liquidez do manicômio das nossas práticas.

Discutíamos a moralização no manejo da crise, a transferência desse manejo para uma justificativa que se referia à segurança da instituição, as barreiras de acesso causadas pela localização do CAPS (prédio tombado), as divergências nas concepções de cuidado entre os trabalhadores, a importância de ocupar de forma técnica o espaço “não” clínico, como os corredores, o pátio, a sala de espera, a opção por medidas reparadoras ao invés de medidas punitivas, a importância da assembleia e da voz dos usuários em situações complexas, a formação de um grupo de trabalho sobre manejo da crise, a importância de espaços de supervisão. Para uma boa parte dos trabalhadores do CAPSad, a veia da desinstitucionalização se fazia presente, em suas disputas, tensões e armadilhas de sempre. Sair de uma

instituição em que se pautavam tais questões para outra onde aspectos muito menores estavam em jogo era voltar muitas casas no tabuleiro.

Foi nesse contexto que a ação protagonista de identificar e desconstruir as barreiras de acesso não intencionava *a priori* a produção do conhecimento, mas antes de tudo as construções que dessem sentido para o agir naquele espaço específico, com as possibilidades de contratualidades já dadas e a produção de outras (MERHY, 2004). Sem precedência epistêmica, mas também sem excluí-la da construção, a mobilização vinha do incômodo em estar em um território onde as pessoas mais vulneráveis utilizavam o serviço de saúde de forma periférica.

A minha presença na USF gerava acontecimentos e novos saberes, permitindo-me compreender mais sobre a situação, para continuar agindo. A implicação (em alguns casos, a sobreimplicação adoecedora) é estruturante do processo, colocando em análise a mim mesma, em ação e intenção. O processo dessa pesquisa é, pois, obrigatoriamente, auto-analítico (MERHY, 2004). Segundo Passos e Barros (2000, p. 77), “conhecer é estar em um engajamento produtivo da realidade conhecida, mas, também, é constituir-se neste engajamento por um efeito de retroação, já que não estamos imunes ao que conhecemos.”

Desse período, algumas situações me marcaram. Ainda na minha primeira semana na USF, uma colega de trabalho me perguntou, de forma muito natural, como eu faria para “desmamar os meus pacientes do CAPS”. Sua justificativa era que por aquele espaço circulavam muitas crianças da clínica pediátrica e seria perigoso para elas. Já tinha tentado, meses atrás, pedir ajuda à USF, quando um usuário estava ferido na rua, após ter sido agredido. Como resposta, tive que a Unidade já estava fechando, enquanto se trancava o cadeado da porta – corroborando com outras experiências em que o processo de estigmatização se estende também aos cuidadores de quem sofre o estigma (NUNES; TORRENTÉ, 2009).

Por conta dos acirramentos institucionais que se conformavam, nessa época, fui solicitada, juntamente com a enfermeira, a não abrir prontuário para as pessoas em situação de rua, que apenas as atendesse com “ficha solta” (ficha que se abre quando se realiza um atendimento circunstancial) – o que confirmaria que aquele espaço não era para elas. Contudo, como não poderíamos negar atendimento no

caso de urgência e emergência, seguindo as leis, as atenderíamos, mas sem proposta de longitudinalidade.

O mesmo argumento empregado para se restringir a quantidade de “extras” da agenda (para todas as pessoas), que é o caráter preventivo e planejado do Programa de Saúde da Família³³, não servia para as pessoas em situação de rua. Para elas, o atendimento seria pontual. Dessa forma, não se contrariaria a nenhuma norma, mas também não se ampliaria o acesso.

Havia um problema, e eu estava completamente imersa nele. Não se tratava de uma aventura pessoal, alimentadora dos relativismos, e oposta, portanto, a um trabalho científico; tampouco uma obsessão obsoleta de manter-me à distância, pois distante não acharia nada para observar. Só me restava utilizar minha participação como instrumento de conhecimento (FAVRET-SAADA, 1990). Não podia me pensar como pesquisadora senão antes como trabalhadora, inscrição que facilitou decisivamente a produção dos dados na perspectiva etnográfica.

A natural aproximação com as pessoas em situação de rua, no momento das entrevistas, decorria de minha inserção no campo há quase cinco anos. Ser trabalhadora me ensinava sobre a metodologia em ato. Já havia uma intermediação de elementos que envolviam a relação com o espaço-tempo dessas pessoas, as dinâmicas de sociabilidade nas ruas, a linguagem e a corporeidade. A minha inserção não estava mais marcada por excessiva desconfiança, ou demasiado encantamento (NUNES; TORRENTÉ, 2013).

Em vários momentos, as questões referentes ao cuidado surgiam, algumas vezes de forma imperativa, com a necessidade de interrupção da entrevista. Em uma delas, estava no Mercado Modelo entrevistando Seu Gregório, quando um usuário, que recém tinha fraturado a perna, começa a atravessar a rua, utilizando uma cadeira velha como bengala e sem o gesso, enquanto os carros freavam bruscamente para lhe dar passagem³⁴. Em quase todas as vezes, em verdade, levei demandas para a equipe ou para os serviços parceiros do Centro Histórico.

No sentido inverso, também havia uma retroalimentação. Percebia que chegar caminhando para as entrevistas, sozinha, sem a presença do carro, permitia-

³³ Esse argumento já foi superado na teoria da Atenção Primária, com a construção de ferramentas que garantam o atendimento das consultas agendadas, mas também absorvam as demandas do dia. No entanto, no cotidiano dos serviços, ainda se perpetua o equívoco de que “PSF é prevenção, não é emergência”.

³⁴ Em 1959, Santos (2008, p. 126) já advertia: “A circulação de pedestres se faz sem nenhuma disciplina. Chega a se tornar perigosa, em certos lugares. Tem suas passagens heróicas.”

me uma certa incorporação na dinâmica da rua, mais orgânica do que chegar enquanto serviço. Muitas vezes nos questionamos sobre as dificuldades em abordar algum usuário no território, com tentativas prejudicadas de produzir conversas em profundidade. São muitos os elementos intercessores: oferta de água, divisão da equipe, pactuação com o motorista, preservativos, encaminhamentos, consultas, estagiários. A própria presença de uma médica traz um componente que facilmente pode se configurar como uma armadilha: a possibilidade de respostas rápidas a problemas simples de saúde e o risco da medicalização do sofrimento. Nesse contexto, é possível que um caminhar menos desenhado pelo campo, um trajeto mais livre e inesperado, com menos holofotes, pessoas, roteiros e instrumentos de trabalho seja uma saída a ser testada. Eu, enquanto pesquisadora, refletia a forma de usar a rua enquanto trabalhadora.

A amplitude e complexidade da problemática do estudo – o acesso das pessoas em situação de rua em serviços da Atenção Básica – requeriam estratégias longitudinais e próximas, capazes de produzir um conhecimento muitas vezes localizado no campo do sutil, tanto nas naturalizadas formas de restrição do acesso das pessoas, ancoradas em práticas burocratizadas, quanto na identificação de deslocamentos importantes, consideráveis e belos, diante da grandeza da reflexão, vividos por mim e por colegas de trabalho. A aposta metodológica feita foi a etnografia por possibilitar, através da perspectiva dialógica, evidenciar as construções sociais, culturais e políticas (NUNES; TORRENTÉ, 2013) que dão margem à organização do processo de trabalho em uma ESF de um território tão vivo. Cuidado pressupõe uma relação intersubjetiva intensa, não sendo suficientes métodos focais para compreender – em sua amplitude, complexidade e temporalidade – a relação das pessoas em situação de rua com as instituições. A temporalidade da etnografia conseguiria se aproximar da temporalidade da rua.

O desafio que se impunha se tratava de desnaturalizar o cotidiano do serviço. Diferente da maioria dos pesquisadores, que entram no campo para a pesquisa e precisam incorporar elementos do cotidiano enquanto se despedem do fascínio do extraordinário (NUNES; TORRENTÉ, 2013), eu precisava fazer o movimento contrário. A inserção no campo, ao mesmo tempo que me dava a possibilidade de identificar e modificar elementos da realidade, modificando a mim mesma em avalanche, poderia me deixar cristalizada no lugar de apontar os limites, sem

reconhecer a inquestionável evolução da USF no cuidado junto às pessoas em situação de rua. O trabalho diferenciado que a USF vinha desenvolvendo era reconhecido pelos outros serviços de saúde e cidadania do território. Os avanços, retrocessos, porosidades e opacidades institucionais, nesse percurso, foram objeto do estudo.

Em última análise, era necessária uma disponibilidade subjetiva ainda mais aguçada. Além de prestar o cuidado junto a essas pessoas, precisava mediar os conflitos que surgiam a partir daí, utilizar as vivências e conseqüentes afetações como material de análise e me esquivar de uma perspectiva maniqueísta, a qual, por fazer uma leitura tão superficial da realidade, muitas vezes é o caminho mais fácil.

No início de 2018, fui transferida, a pedido, para o Consultório na Rua (CnaR), o que também foi material de análise – tanto pela experiência extra-muros que se apresenta de forma mais intensa quanto pela sua sede atual. O CnaR fica lotado em uma Unidade Básica de Saúde tradicional do Pelourinho, onde não existe Estratégia de Saúde da Família. Essa UBS é situada em um casarão antigo, com janelões, pé direito alto, e, ao mesmo tempo, escura e sem ventilação. Nem todas as janelas têm vidros, o que complica em períodos de chuva e também dificulta a higiene (ressalte-se que a falta de material de limpeza e a ausência de manutenção são o que mais prejudicam a higiene). É verticalizada, sem acessibilidade, com três andares de escada. Me transporte para os serviços de saúde do INAMPS, mesmo nunca tendo adentrado em um.

Veem-se cartazes de eventos muito antigos, campanhas do Ministério da Saúde não praticadas na própria Unidade, durex presos nas paredes com asas de mosquitos de algum papel que já foi retirado, períodos de filas e mais filas intercalando com o vazio de pessoas. São muitos profissionais, de várias idades, vínculos empregatícios e categorias. Nessa Unidade, não existe reunião periódica de equipe nem acolhimento estruturado. A recepção tem grades. Do ponto de vista da ambiência e da organização do processo de trabalho, se diferencia bastante da USF.

O CnaR, ao mesmo tempo que se propõe a sair da instituição e ampliar o acesso extra-muros, costurando a rede de saúde e cidadania, está localizado em uma UBS com muitas barreiras de acesso. Utilizando o artifício do contraste, facilmente se percebem diferenças nas práticas de saúde da UBS e da USF. No

entanto, também é possível identificar semelhanças em algumas práticas excludentes que se fazem presentes em ambas. A repercussão dos diferentes processos de trabalho no acesso das pessoas em situação de rua, em uma perspectiva comparativa, não foi objetivo desta pesquisa, mas ao longo da dissertação algumas pistas podem surgir.

Além desses equipamentos, vale apresentar dois serviços da rede que atuam diretamente no território, em uma perspectiva ampliada de saúde e cidadania: o Ponto de Cidadania³⁵ e o Corra pro Abraço³⁶. O primeiro era um programa de baixa exigência, que desenvolvia atividades de promoção de saúde e cidadania, autocuidado e redução de riscos e danos para pessoas em situação de vulnerabilidade. No Centro Antigo, se situava em um *container* na Praça das Mãos, possuía sanitário, chuveiro e uma equipe multidisciplinar. Infelizmente fechou em maio de 2017. O Corra pro Abraço é um projeto também voltado para as pessoas em situação de vulnerabilidade. Atua nas ruas principalmente no turno noturno, em diversos pontos com maior concentração de pessoas em situação de rua e usuárias de substâncias psicoativas. Realiza oficinas de arte-educação e outras atividades itinerantes, a partir da lógica da redução de danos. Um ponto importante é que a equipe multidisciplinar possui uma educadora jurídica, o que amplia o cuidado no contexto de criminalização das drogas e da pobreza. Ambos os serviços deram um salto qualitativo na natureza do cuidado e na articulação da rede do Centro Histórico, constituindo, para mim, uma grande referência. Em conjunto com o CAPS, a USF, o Consultório na Rua e o Centro de Convivência das Obras Sociais Irmã Dulce, conformavam o “grupo de ações integradas em saúde e cidadania”.

A par disso, estaria distorcendo minha inserção se reduzisse o meu diário de campo a uma “observação participante”. Muito mais do que observadora, como já explicitado acima, estava completamente implicada com a problemática em questão. Sendo assim, se aproxima mais afirmar que a postura em campo foi a “participação observante” (WACQUANT, 2002), perspectiva que avança na desconstrução do obrigatório distanciamento entre sujeito e objeto. Essa postura ativa de produção dos dados esteve presente tanto na vivência cotidiana dentro do serviço, quanto nas atividades extra-muros, realizadas pela própria Unidade (nas visitas domiciliares, nas

³⁵ Para maiores informações, ler FLACH, PM; NERY FILHO, A; PAMPONET, G. Do Ponto de Encontro aos Pontos de Cidadania: práticas de cuidado com usuários de substâncias psicoativas em situação de rua. In: Jorge, MSB e cols. (Orgs.). Olhares plurais sobre o fenômeno do crack. Fortaleza: EdUECE, 2015.

³⁶ Para maiores informações, consultar: <http://corraproabraco.org>

visitas na rua, nas ações de saúde e cidadania construídas com serviços parceiros) e também, posteriormente, pelo trabalho cotidiano do Consultório na Rua. Estar no território foi essencial para refletir sobre a centralidade que ele ocupa (ou deve ocupar) nas ações desenvolvidas pela equipe de saúde.

Além de permitir uma aproximação de outro lugar com as interlocutoras e interlocutores, que têm uma forma de estar distinta na instituição e na rua, foi possível observar outros elementos que seguiam secundarizados ou mesmo apagados dentro da USF. Dentre eles, destaco a rede pessoal de suporte (muitas vezes extensa, envolvendo trabalhadores locais, familiares³⁷, serviços caritativos e, sobretudo, as próprias pessoas em situação de rua), o domínio territorial pelas facções do tráfico, que interfere diretamente na circulação e no acesso aos serviços de saúde, a percepção de saúde, adoecimento e cuidado, o conhecimento sobre a oferta de serviços da rede formal e informal de saúde e assistência social, as formas de garantia de renda, como vender água, drogas, serviços sexuais, guardar carro, catar material reciclável, carregar engradados, montar barracas, roubar.

A aproximação que se dá deste outro lugar, na própria rua, tende a ser menos normatizadora, possuindo menos *a priori*, sem um rol de ofertas pré-estabelecidas ou de possibilidades diagnósticas. A abertura a novas formas de comunicação, ancoradas na confiança e disponibilidade, fortalece o vínculo, que é, sem dúvida, o maior responsável pela ampliação do acesso das pessoas em situação de rua nos serviços de saúde, hoje, como são estruturados.

Também, pude constatar como é grande a quantidade de pessoas que vivem nas ruas e que não acessam as Unidades Básicas do Pelourinho. Lá de dentro, visualizamos apenas a ponta do *iceberg*. Também foi no território que consegui identificar mais fortemente, no meu próprio corpo, a minha inscrição social, a minha cor da pele e o meu gênero como elementos inseparáveis da minha relação com aquele espaço. Sem dúvida, tomar os estabelecimentos de saúde como fonte de informação de forma fixa e única não é suficiente para dar visibilidade à complexidade do cuidado e modo de andar a vida das pessoas em situação de rua, nômades por excelência (GOMES *et al.*, 2014b).

O exercício da reflexividade, constitutivo da etnografia, não se resumiu à análise dos aspectos subjetivos que saltaram ao longo da pesquisa. Além do diário

³⁷ É possível reconhecer gerações ocupando a rua ao mesmo tempo (irmãos, tio e sobrinho, mãe e filhos, primas); também, é comum que alguns familiares que não estão em situação de rua eventualmente apareçam.

de campo, realizei entrevistas semi-estruturadas com colegas de trabalho e também com as pessoas em situação de rua. O receio de ser a única vocalizadora tinha me paralisado. Achei que seria metodologicamente enriquecedor (e subjetivamente tranquilizador), nesse momento, dar voz a outros sujeitos. A reflexividade, nesse caso, trazia implicações subjetivas e metodológicas (NUNES; TORRENTÉ, 2013).

A produção desse saber militante não era apenas individual, mas sobretudo coletiva, ao passo que vivemos hoje grandes dilemas sobre o cuidado e o acesso de pessoas inscritas em situações de vulnerabilidade, como as pessoas em situação de rua. O conhecimento vinha como percurso, tortuoso e criativo, e não como fim, sendo a prática o lugar da sua produção (GOMES *et al.*, 2014a). Eu era, pois, pesquisadora e pesquisada, analisadora e analisada, sujeito e objeto, no meu fazer implicado. A construção epistêmica estava profundamente marcada por essa implicação (MERHY, 2004) e afetação (FAVRET-SAADA, 1990).

Atualmente, tem-se discutido a importância da produção de conhecimento pelas próprias trabalhadoras e trabalhadores da saúde, principalmente na área da Saúde da Família e Saúde Mental, campos que necessitam da constante invenção de tecnologias e reflexão das práticas. A Reforma Sanitária por si trouxe um novo desafio à Ciência, ao provocar que, cada vez mais, trabalhadores e usuários pesquisem sobre o fazer em saúde, fazer este sempre inacabado e em construção. A mistura de papéis, trabalhadora e pesquisadora, tem sido progressivamente comum (MERHY, 2004). Velho (1981) entende o rigor científico como objetividade relativa e aposta que o familiar nem sempre é conhecido, da mesma forma que o exótico nem sempre é desconhecido. Mesmo afirmando que nós dispomos de mapas mais complexos e cristalizados para a vida cotidiana, em ambos os contextos existe a possibilidade de rotulação inadequada, utilizando os princípios aos quais a observadora ou observador foram socializados, sem deslocamentos.

Segundo Desviat (2014), observa-se uma cisão entre quem faz a clínica e a assistência e quem escreve sobre a clínica e a assistência. As perguntas de investigação feitas pela academia não são, necessariamente, as mesmas perguntas feitas por quem se encontra na assistência, diante de uma clínica que já nasce imersa em contradições. Para o autor, os profissionais dos serviços de saúde não só devem fazer as perguntas, como produzir e refletir sobre essas perguntas, sob o risco de cristalização do trabalho e reatualização de práticas manicomiais,

excludentes e de controle. Na mesma linha, Carlos Matus (1993 *apud* GOMES *et al.*, 2014a) afirma que planeja quem faz e não quem formula, sobretudo se se propõe uma “requalificação da exaustão³⁸” (SCHIFFLER; ABRAHÃO, 2014, p. 95) do cotidiano do trabalho.

Para finalizar, mais do que nunca, precisamos reivindicar a onipresença da política na técnica, entendendo o fazer em saúde como um fazer profundamente político. Uma das questões centrais que atravessa o campo dos saberes e práticas da saúde é a relação entre o político e o técnico. Talvez essa seja uma marca ontológica, constitutiva, desse campo. Como arremata SILVA (2007a, p. 121): “Portanto, ‘saíamos do armário’: vamos nos assumir nessa condição de atores políticos. (...) A nossa clínica é uma clínica política em todos os sentidos.”

2.1.2. Contexto das entrevistas

Inicialmente, fiz um convite extensivo a todos os colegas da USF, para a realização das entrevistas. Em um segundo momento, fiz um convite mais direcionado às pessoas que já tinham se mostrado disponíveis para participar. No total, foram entrevistadas seis profissionais da USF, de cinco categorias diferentes. Naquele campo de interesses e concepções heterogêneas, compreendia que algumas pessoas se sentiam desconfortáveis em tratar de um tema que, sem dúvidas, tinha suscitado muitas discordâncias institucionais. Mesmo entre as pessoas que se mostraram abertas desde o início, o fato de ser eu a entrevistadora (sabidamente a favor da ampliação do acesso das pessoas em situação de rua na USF) trazia incompletudes no aprofundamento de alguns pontos mais críticos.

Por outro enfoque, boa parte delas agradeceu ao final da entrevista. O fato de serem convidadas a refletirem sobre temas naturalizados também trazia alguns deslocamentos, muitas vezes evidenciando para elas próprias as contradições nas quais estávamos imersas. Demonstrava-se como a insuficiência de espaços de reflexão colaborava com a manutenção de pontos cegos, produtores de tensão com

³⁸ Com frequência, as equipes de saúde encontram-se exaustas diante de casos difíceis, em que paira o “não temos mais o que fazer”. Por requalificação da exaustão, entende-se a potência de requalificar a prática, ao encontrar um plano de conexão que produza deslocamentos e novos saberes.

os usuários e entre a equipe. Todas as entrevistas foram realizadas em uma sala dentro da própria USF, durante horário de trabalho previamente pactuado.

Para preservar o anonimato da pesquisa, optei por não identificar as categorias profissionais nas narrativas. Existe apenas uma USF no Pelourinho e, nela, apenas uma equipe de Saúde da Família. Os conteúdos que serão expostos poderiam identificar facilmente a profissional, com risco de ocasionar desconfortos, que atuariam na contramão do afinamento do processo de trabalho. Assumir que produzimos práticas discriminatórias, violentas, machistas ou racistas é um processo lento, progressivo e que requer a produção conjunta de auto-reflexão. Do contrário, questões menores afeitas à discussão interpessoal poderiam protagonizar na USF e, conseqüentemente, tirar o foco da garantia de direitos – nosso objetivo. Ainda assim, compreendo que a não identificação traz limitações na análise, visto que abordagens pedagógicas e reflexivas podem (mas não necessariamente) ter matizes diferentes a depender da categoria. Pelo exposto, as profissionais serão identificadas como A, B, C, D, E e F.

Em relação às pessoas em situação de rua, foram entrevistadas aquelas que circulam e vivem pela região do Pelourinho e Comércio e que têm uma história considerável de vivência nas ruas (variando de 6 a 40 anos nessa situação). Busquei identificar pessoas que costumam usar o serviço de saúde e aquelas que não costumam usá-lo, explorando diferentes aspectos que conformam o acesso e a barreira.

Na sequência, optei por entrevistar as pessoas que encontraria com maior facilidade: um usuário que sai pouco da Praça das Mãos, Manuel, e que não usa muito o serviços de saúde; outro que vive próximo ao Mercado Modelo, vendendo suas peças pela região, Seu Gregório, que quase não usa nenhum serviço; uma que está sempre cuidando de duas crianças, que acessa bastante os Centros de Saúde, do Pelourinho e de outros bairros, Joana; uma que está sempre pelo CAPS e pela USF, e é das usuárias que mais leva outros usuários para o posto, Irani; outra que estava fixa, à época, na região do Aquidabã, e que, a despeito das posturas agressivas, ao longo do tempo se vinculou de forma interessante com a equipe, Gabriela; uma que tem se inserido no Movimento de População de Rua e na RENFA, tão perspicaz quanto desconfiada, Quitéria; e, por fim, Seu Lopes, um usuário com bastante dificuldade de comunicação, que eu já presenciei sofrer situações

discriminatórias, mas que, por outro lado, consegue acessar os serviços de saúde e assistência social de todo o município; por estar com dívidas no território, foi quem mais tive dificuldade de encontrar. Todos são tratados por nomes fictícios, incluindo os que não foram entrevistados e apareceram nos diários de campo.

Os horários das entrevistas (sete, no total) foram pactuados previamente, sendo realizadas em lugares distintos: na própria rua, em uma ocupação, em um restaurante, em uma sala na Defensoria Pública e apenas uma na própria USF (houve o cuidado em assegurar que a sala tivesse uma acústica adequada, garantindo a confidencialidade). Aqui, o fato de ser eu a entrevistadora e ao mesmo tempo a médica que tinha trabalhado por quatro anos na USF pode ter coibido o relato de algumas experiências negativas das quais eu tenha participado. Os elementos de poder (médica, branca, classe média), por mais estratégias que se lancem para neutralizá-los, estão sempre operando.

Um usuário, que eu queria muito escutar, desistiu de participar da entrevista no momento em que, com o gravador ligado, perguntei o seu nome completo, seguindo o *script* do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esse usuário mantém uma postura de desconfiança com boa parte dos serviços, o que piora quando está alcoolizado. Tal situação me levou a refletir como ainda precisamos avançar na análise ética dos projetos de pesquisa e na dualidade da obrigatoriedade do TCLE, ao passo que investe na segurança e proteção dos interlocutores, mas também pode inviabilizar a produção de alguns trabalhos.

2.1.3. Sobre a análise

Os diários de campo e as entrevistas transcritas foram lidas de forma exaustiva e, então, alguns analisadores foram identificados. Algumas dessas categorias analisadoras originam-se, principalmente, das leituras teóricas e revisão de literatura feitas previamente e com o objetivo de construir uma problemática e definição de objeto de estudo. Outras categorias emergem mais claramente da presença em campo e da produção dos dados. Essas categorias, no entanto, se atravessam mutuamente, já que, como indicado anteriormente, as reflexões presentes nessa dissertação antecedem a própria elaboração do projeto e do

trabalho de campo mais formal, pois já estão presentes nas inquietações produzidas pelo meu próprio trabalho enquanto médica nos diversos serviços de saúde onde atuei e ainda atuo no Pelourinho.

Uma análise hermenêutica foi empreendida, tomando por referência as diversas narrativas produzidas nas mais diversas situações relacionais, seja com os trabalhadores, seja com os usuários do serviço. A isso se somou a análise minuciosa das práticas produzidas no fazer dos serviços, mas também no espaço mais amplo do território. Nessa descrição densa das práticas (GEERTZ, 1978) e observação das suas dinâmicas, processualidades, entraves e recalitrâncias, o meu próprio fazer esteve submetido ao meu olhar autoreflexivo e ao olhar da minha própria orientadora, nos diálogos travados sobre as questões evocadas pela reflexividade.

Na análise dessas realidades tornadas texto, mas também que excediam a própria possibilidade de serem reduzidas a textos, o processo intersubjetivo ganhou proeminência e uma leitura dos textos em contexto foram a chave da interpretação (RICOEUR, 1989). Esses contextos se referiam àqueles onde as produções das narrativas se fizeram, especialmente ligados a como as pessoas se encontravam referidas a mim no tipo de relação que isso implicava, inclusive nas relações de poder, mas também nas expectativas que desenvolviam referentes à pesquisa. A esse se somava o contexto socioeconômico e cultural que situava as práticas e discursos dos diversos atores sociais envolvidos na pesquisa, dando-lhes significado e relevância.

Os efeitos dessas narrativas situadas, ou das relações entre texto e contexto, aparecem especialmente colocados nas descrições remetidas à temporalidade e à espacialidade da experiência no mundo das pessoas em situação de rua e como isso se desdobra nas suas relações sociais com os profissionais de saúde. As categorias de análise utilizadas ultrapassam, contudo, esses analisadores fenomenológicos (que são também sociais e subjetivos) da experiência, incluindo uma profusão de descrições de outros analisadores que evidenciam as marcas da desigualdade social e situações de vulnerabilidade – estas materializadas nos obstáculos, mas também nas invenções de possibilidades de cuidado identificadas.

O aspecto dialógico da análise se realiza na preocupação de buscar os significados das narrativas e dos acontecimentos para os sujeitos interlocutores na

pesquisa. A isso se acresce uma análise de segundo nível, referenciada pela minha tradição cultural (devidamente desnaturalizada) e conjunto de abordagens teóricas e de saber, que compõem a intertextualidade.

2.2. O território

O território faz parte da fundamentação ontológica do ser humano. É inerente que as sociedades, ao longo dos séculos, se recomponham em uma base territorial (HAESBAERT, 2002). O Centro Antigo da cidade de Salvador, e o Pelourinho em especial, têm assumido de forma estrutural sua condição ontológica na vida de muitas pessoas do lugar.

Quando estávamos no processo de reterritorialização da USF, após identificarmos que a maior parte das ruas do Pelourinho não estava adscrita à equipe, pactuamos com uma Unidade Básica próxima, situada a três quadras de distância, que encaminharíamos as pessoas de fora do território para serem atendidas lá. Essa UBS, como já informado, não trabalha com base territorial e poderia absorver a demanda. Nessa época, cerca de metade dos atendimentos que fazíamos era de pessoas de fora da região, muitas vezes de áreas bem distantes.

Foi um período bastante conturbado e, apesar de termos tido bastante cuidado em não deixar as pessoas sem atendimento, com frequência situações inusitadas, para não dizer tensas, aconteciam. Em uma delas, cometi o erro de dizer para uma mulher, justificando nosso encaminhamento, que ela “não era do Pelourinho”. Aos gritos, mas de forma muito didática, ela me deu uma aula de pertencimento e ancestralidade. “Ser do Pelourinho” é um *status* que não se perde. Esse episódio funciona como um retrato, que reafirma, com o artifício do contraste, que sou uma mulher branca, de classe média, onde aspectos objetivos da relação com o Estado, e subjetivos da ancestralidade, não são constituintes da minha existência no mundo, como eram para ela. Diante de processos constantes de desterritorialização através da exclusão (HAESBAERT, 2002), lhe aplicávamos mais um – ainda que na tentativa responsável de organização da rede.

Permanentemente, a sociedade exerce um diálogo com o território utilizado, incluindo o natural, o artificial, a herança social e seus movimentos de mudança, de

forma que ele é capaz de revelar, muito mais fortemente, as contradições existentes (SANTOS, 2000). Pode-se dizer que o espaço social é formado basicamente por duas vertentes: a materialidade e as relações sociais (SANTOS, 2002), não se podendo pensar em uma sem a outra. Portanto, a discussão de território implica, necessariamente, a compreensão de que material e social relacionam-se de forma simbiótica.

Santos (2006) considera a materialidade pertencente ao “sistema de objetos”, ao que, em uma análise descritiva, corresponderia à forma, ou, trazendo a dimensão marxista, às forças produtivas. Do mesmo modo, considera as relações sociais pertencentes ao “sistema de ações”, tidas como conteúdo, e que representam as relações de produção. Em síntese:

“O espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá.” (p.63)

O território, portanto, está condicionado pelo poder político-econômico vigente, bem como pelas forças de coesão identitárias locais, que conformam a cultura (HAESBAERT, 2002, p. 47). Dito de outra forma:

“O território é o produto de uma relação desigual de forças, envolvendo o domínio ou controle político-econômico do espaço e sua apropriação simbólica, ora conjugados e mutuamente reforçados, ora desconectados e contraditoriamente articulados.” (HAESBAERT, 2002, p. 121, *apud* BEZERRA 2015, p. 227)

Em Salvador, o regime político e econômico da escravidão é uma herança histórica que se perpetua e reatualiza, na medida em que determina o uso da cidade no âmbito das desigualdades sociais, da manutenção do racismo e do exercício da cidadania (NASCIMENTO, 2007 *apud* MALHEIRO, 2018). A história do Pelourinho é a história da própria colonização de Portugal no Brasil, que comporta em suas ruas dimensões imbricadas do passado com o presente (SANTOS, 2008).

O antagonismo, em um perímetro relativamente pequeno, de diferentes concepções da arquitetura e urbanismo (SANTOS, 2008) encontra correspondência com o contrastante uso do espaço feito pelos inúmeros sujeitos que por lá circulam. Podemos identificar, dentre essa multiplicidade, que as pessoas em situação de rua, em sua esmagadora maioria negras, situam-se em um pólo oposto aos

“consumidores válidos³⁹”, os turistas em igual proporção brancos. O apelo comunicativo ao contraste, em se tratando do Pelourinho, não é apenas uma opção retórica ou mesmo caricatural. Os conflitos e antagonismos de toda ordem se fazem presentes de forma torpe até aos olhares mais desatentos.

Na gestão social do uso desse espaço, às pessoas em situação de rua, ficam reservados os becos mais estreitos, onde podemos notar múltiplos casarões esvaziados, em risco de desabamento, ou já desmoronados, as praças e as calçadas. Aos turistas, as ruas mais largas, mais iluminadas, bicitáxis que percorrem a contramão e param o trânsito inadvertidamente, os casarões reformados com lojas onde as baianas superproduzidas esboçam inglês ou espanhol. Essa última cena é a representação mais precisa da mercantilização da memória cultural afrobrasileira e da apropriação desse espaço.

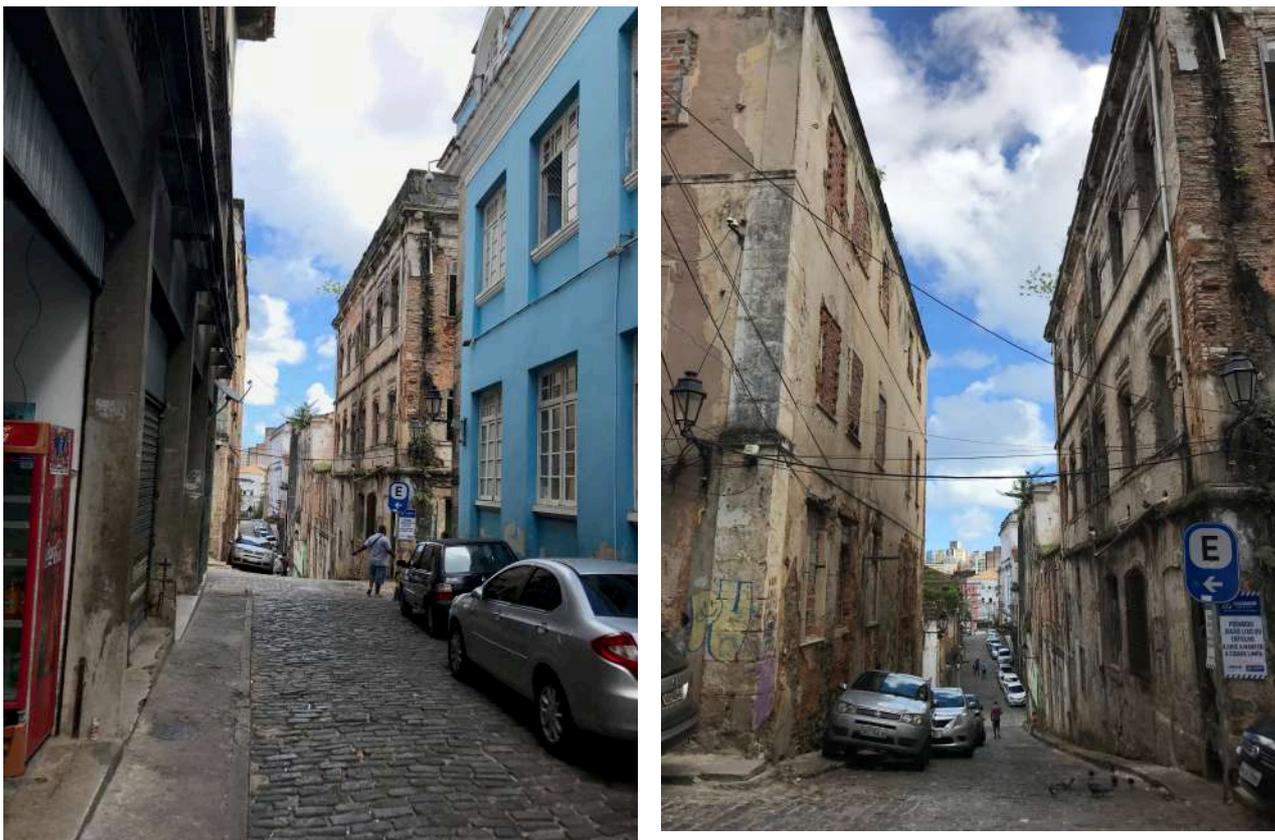
Aos demais moradores, resta uma forma pobre, insuficiente e às vezes até indecente de inclusão (MARTINS, 2002). Na época da Copa do Mundo, em 2014, quando as reformas precisavam terminar rapidamente, de longe se via, na Praça da Sé, uma população agachada, aplicando o rejunte entre as pedras, algumas delas com os joelhos no chão, contato da pele com o asfalto, sem luvas ou equipamentos de proteção para a face. Como bem descrito por MALHEIRO (2013, p. 261):

“A política voltada para esta população é pautada na repressão da sua circulação pelos espaços revitalizados, pintando assim o quadro de contradições: de um lado temos um espaço bem cuidado e com claros investimentos públicos para a sua conservação, do outro, nas zonas psicotrópicas⁴⁰, observamos um descaso e uma crescente degradação do patrimônio arquitetônico e da sua população residente”.

A dinâmica social desse espaço, seguindo a imbricada relação que o território estabelece com a sociedade, vem se modificando ao longo dos séculos. O Pelourinho já foi a zona mais nobre da cidade de Salvador, onde os grandes comerciantes, importadores e exportadores, senhores-de-engenho e altos funcionários da administração pública residiam (ESPINHEIRA, 1971).

³⁹ Expressão utilizada por BAUMAN, 1998 *apud* ESPINHEIRA, 2009.

⁴⁰ Por zonas psicotrópicas, entende-se os lugares na cidade, cujo perfil ecossocial se revela adequado para o funcionamento das atividades ligadas ao consumo de drogas. São pontos de mercado, pontos de uso e zonas de aquisição de fundos (FERNANDES, 2004 *apud* MALHEIRO, 2013).



Fot. 10 e 11 - Rua do Saldanha, na borda entre a parte “revitalizada” e a abandonada. Fonte: arquivo pessoal.

A crise econômica da segunda metade do século XIX, decorrente da queda das forças produtivas (pela mortalidade das pessoas escravizadas e epidemias), acrescida de períodos de seca, afetou de forma contundente a Bahia, em especial as regiões do Recôncavo (AZEVEDO, 1969 *apud* ESPINHEIRA, 1971).

Com o declínio da escravidão e em busca de melhores condições de trabalho, houve uma leva de migrantes dos interiores para a capital, agregando-se à população pobre já existente na cidade (ESPINHEIRA, 1971). Simultaneamente, a concentração das atividades administrativas e econômicas no centro provocava o congestionamento da área residencial do Pelourinho, incentivando a mobilidade centrífuga dos mais abastados para outros bairros da cidade. Além desse aspecto, os sobrados de estilo português não estavam adaptados às novas necessidades que se impunham às classes dominantes com o fim da escravidão, como por exemplo o esquema de esgotamento. Não havia mais quem fizesse, sem custos, o transporte dos dejetos dos sobrados para os lugares devidos (SANTOS, 2008). Portanto, a constituição da vida urbana baiana guardava uma dependência fundamental ao

trabalho escravo que aqui se permitiu durante quatro séculos (GOMES, 1990 *apud* MALHEIRO, 2018).

A população em situação de rua emergia, então, atrelada ao declínio da sociedade escravista, na qual homens e mulheres, livres ou libertos, se recusavam a submeterem-se a condições deploráveis de trabalho, preferindo viver da mendicância. Assim, reafirmavam seu *status* de livres. Além do mais, as condições socioeconômicas eram tão funestas, que muitas das pessoas com profissão declaravam precisar de auxílio para suas necessidades básicas, como vestir-se e alimentar-se (FRAGA, 1995).

A política de controle desses grupos evoluiu da caridade ao asilamento e à criminalização. O que era legitimado no início (a figura do pobre até possuía uma simbologia sagrada) passou a ser reprimido, por configurar vadiagem. A distribuição de esmolas na porta das Igrejas (como ainda se vê hoje, às terças-feiras, na Igreja de São Francisco) era utilizada como indulgência pelas elites. Progressivamente, os limites entre vadiagem e mendicância ficavam mais borrados. Tidos como ociosos, os vadios ameaçavam a estabilidade social. Se o trabalho era a fonte de regeneração social e progresso, quem não trabalhava deveria ser preso. Nesse período, o abuso policial já se fazia presente. A mera ausência de documentos era justificativa para detenção (FRAGA, 1995).

O Código Penal de 1890 considerava vadiagem, dentre outras condições, “fazer nas ruas e praças públicas exercícios de agilidade e destreza corporal conhecidos pela denominação capoeiragem” (BRASIL, 1890, art. 402). O racismo se entranhava, de forma indissociável, no controle social do espaço⁴¹.

Ainda no final do século XIX, a deterioração do espaço já se fazia sentir. A estabilização dessa deterioração, no início do século XX, conduziu a um processo irreversível de empobrecimento da área, configurando assim um círculo vicioso: a deterioração decorrente do empobrecimento e, por sua vez, o empobrecimento decorrente da deterioração (ESPINHEIRA, 1971). As casas foram progressivamente ocupadas pelo comércio e usadas como hospedarias ou outras formas de moradia coletiva, reunindo diversos tipos de pessoas de estratos econômicos mais baixos.

⁴¹ Em 1941, o novo Código Penal reforça o crime de vadiagem, com pena de 15 a 90 dias de detenção (BRASIL, 1941). Apenas em 2012, a Câmara de Deputados aprova o PL 4668/04, que revoga esse crime (ainda não apreciado pelo Senado Federal) (BRASIL, 2004). O crime por mendicância foi revogado apenas em 2009 (BRASIL, 2009c).



Fot. 12 e 13 - No Largo de São Francisco, turistas passeiam em frente à antiga “Sociedade Protetora dos Desvalidos”; na Rua Gregório de Matos, também conhecida como Maciel de Baixo, uma mulher em situação de rua dorme, enquanto passam um trabalhador ambulante e um turista. Fonte: arquivo pessoal.

As mudanças descritas redefiniram o *status* social desse conjunto arquitetônico, que passou de bairro nobre a bairro congestionado, onde as deficiências estruturais levaram à formação de um ambiente de “doenças, misérias e crimes” (ESPINHEIRA, 1971, p. 10). As funções do centro da cidade se constituíam em múltiplos matizes, a partir do estabelecimento do mercado informal, onde a população oriunda das relações escravistas de trabalho estava presente.

“Ainda que numerosas famílias também habitassem a área, muitas delas compartilhando os mesmos prédios ou até os mesmos pavimentos divididos por tabiques, a imagem de local de prostituição se generalizou. Qualquer lugar homogeneizado por uma função vista como predominante tende a criar, também para si, uma imagem associada a essa função hegemônica. Sendo a prostituição uma prática vigiada e perseguida pela ordem pública, um lugar de concentração de prostitutas, de cultura de mangue, com ‘mangueiros’ e outros tipos que vivem da transgressão, carregará estigma de marginalidade. Pouco antes dos processos de intervenção mais massivos, o número de pessoas dedicadas aos serviços sexuais (mulheres, travestis e homossexuais) atingia as centenas e a ‘zona’ operava 24 horas por dia, com maior intensidade à noite. A ocorrência de agressões, furtos,

roubos e mesmo homicídios a destacava como lugar perigoso, onde a presença da polícia era constante.” (ESPINHEIRA, 2009, p. 6)

Na década de 90, se inicia o programa de intervenções formulado pelo Governo do Estado, que privilegia a apropriação dos imóveis pela população mais rica e pelo segmento turístico. A linha dessas intervenções segue as trajetórias macropolíticas nacionais e internacionais sobre o uso do espaço, com a possibilidade de financiamentos para esse fim (ESPINHEIRA, 2009). Como consequência imediata e progressiva, temos um processo de gentrificação, que resulta e retroalimenta a exclusão, ao interferir na valorização imobiliária (HARVEY, 2006 *apud* ESPINHEIRA, 2009) e aumento de preços de bens e serviços básicos. Outro aspecto resultante é o enfraquecimento do seu capital sociocultural, ou tentativa de “domesticação” dos seus moradores tradicionais, tidos como tipos antissociais, transgressores da ordem pública (ESPINHEIRA, 2009), em uma perspectiva asséptica e higienista. O esvaziamento da cultura é o trágico da recuperação física das áreas urbanas (ESPINHEIRA, 2005).

A estratégia de “requalificar” os sobrados do Pelourinho mostrou-se não sustentável, ao negligenciar o problema social estruturante das pessoas que viviam nesse sítio. Espinheira (2009) acrescenta que, na área “recuperada”, a região é relativamente bem policiada e esvaziada de pobres, os antigos moradores. No entanto, no entorno imediato, e também nos bairros adjacentes, como Baixa dos Sapateiros, Saúde e Barbalho, pode-se constatar a presença considerável de pessoas em situação de rua.

Na medida em que o tempo passa, fica mais difícil relacionar, de forma direta, que parte da população em situação de rua é consequência dos projetos de expulsão do Centro Histórico, ainda em curso. De geração em geração, as histórias se diluem e outros fatores entram em cena. No entanto, não podemos subestimar a condição de “expulsos do território” que as pessoas que vivem nas ruas exibem, quer seja como ponto de início da trajetória da rua, ou como barreiras de saída.

Hoje, dez anos depois da incursão do autor, a não sustentabilidade do projeto de requalificação se faz ainda mais notória. O território impõe ao mundo uma revanche, mesmo nos lugares onde os vetores de mundialização são mais operantes e eficazes (SANTOS, 1998). Resiste-se. Cada vez mais, ocupa a área

“recuperada⁴²” essa população de desafortunados, mesmo que desautorizada a residir nos sobrados mais coloridos.



Fot. 14 - No Largo do Terreiro de Jesus, um grupo de capoeira joga e produz fundos, através das fotografias com turistas. Fonte: arquivo pessoal.

Nestes, muitos hotéis de charme, restaurantes caros, lojas de *souvenirs*, sobremesas *gourmet*, museus e lojas de arte. Na porta de um deles, um cartaz adverte: “Esmola vicia”. Um senhor engraxate que atendi, apenas uma vez, em situação de rua há muitos anos, quando questionado onde dormia, respondeu: “Ah, minha filha, em um lugar muito importante: em frente a ‘Istern’” – se referindo à suntuosa joalheria H. Stern situada no Largo do Terreiro de Jesus.

Em meio aos grandes comércios e empresas multinacionais, ainda é possível identificar a existência tímida de padaria local, salão de beleza pequeno, horta caseira na varanda, mercadinhos, lanchonetes e mercearias – ainda frequentados pelos não-turistas.

⁴² Sobretudo a área que interliga a Praça da Sé, o Largo de São Francisco e o Largo do Pelourinho.



Fot. 15 - Casarão da Rua Alfredo de Brito com roupas estendidas. Fonte: arquivo pessoal.



Fot. 16 - Pés de uma moradora de uma ocupação da Rua do Passo. Fonte: arquivo pessoal.

Nas ruas de trás da área “recuperada”, dividindo o mesmo quarteirão, as habitações sem água encanada, algumas sem energia elétrica, com pouca ventilação e iluminação. Moradias coletivas divididas por madeirites ou mesmo lençóis, com lixo acumulado, zonas de venda e uso de drogas, em risco de desmoroamento ou desmoroadas. Tive a oportunidade de entrar em duas construções que desmoroaram. Em uma delas, na Rua Ruy Barbosa, o banheiro era coletivo, por andar, como é comum na região. Os quartos tinham cerca de cinco metros quadrados e não tinham janela. O corredor era muito escuro. No final, uma luz no fim do túnel: sem nenhuma porta de proteção, o sol adentrava onde antes tinha um banheiro. Ao nos aproximarmos, um barranco com muito lixo, onde as pessoas jogavam toda sorte de dejetos. Poucos meses depois, as pessoas foram retiradas desse local e enviadas para outros bairros.

A outra residência foi na Rua do Taboão, em um prédio muito precário, tomado pelo comércio ilegal de drogas, com quartos ainda menores, muita infiltração, sem energia elétrica, água encanada ou ventilação. O desmoroamento já havia começado, mas se agravou tempos depois. As pessoas também foram retiradas do local, mas, recentemente, o prédio foi novamente ocupado. Certamente, entrei em muitas outras construções que em algum momento poderão desmoroar ou causar acidentes, visto que crianças circulam livres por esses espaços⁴³.

Além dos sobrados antigos e precários, ocorre também ocupação a céu aberto nos barrancos que ligam a Cidade Alta à Cidade Baixa. No Caminho Novo do Taboão, por alguns meses, algumas famílias se instalaram debaixo da lona, sendo removidas na época da “operação chuva” da Prefeitura, em 2015. Essas pessoas não foram direcionadas para nenhum lugar ou receberam auxílio moradia. Se readequaram na região a partir das redes de sociabilidades que tinham ou foram para as ruas.

A comunidade da Rocinha, situada em uma região muito nobre, ao lado da Faculdade de Medicina, até hoje está espalhada pelo Centro Antigo, enquanto a CONDER⁴⁴ não termina a reforma das casas. No prédio do Pilar, residem famílias que por mais de dez anos ocuparam outro barranco que liga a Cidade Alta à Cidade Baixa, no Comércio. Esse prédio, inaugurado em 2012 e que sofre continuamente

⁴³ Em uma outra ocupação, onde vivem uma mãe e duas crianças pequenas em um quarto minúsculo construído com madeirites, há uma porta de madeira que apoia a cama. Essa porta sem cadeados, se empurrada, dá para um barranco.

⁴⁴ Companhia de Desenvolvimento Urbano.

atentados da Polícia, é uma das poucas construções que foram direcionadas para a população do Centro Histórico em período recente. No geral, as pessoas que ocupam os sobrados recebem quantias ínfimas para saírem (MALHEIRO, 2013).

Em nome da preservação deste sítio histórico, se justifica o policiamento excessivo, o que gera constantes conflitos. O projeto de requalificação urbana faz a gestão da questão social a partir da gestão penal desses territórios: o uso de drogas, por exemplo, funciona como um importante álibi para os abusos policiais (MALHEIRO, 2018).

Certa vez, fui chamada para retirar do dorso de um rapaz, nos seus 30 anos, um *punch*, tipo de arma não letal utilizada pela Guarda Municipal. Na época, a Guarda ainda não usava arma de fogo (a qual começou a portar em janeiro de 2014, meses antes da Copa). Dois deles acompanhavam o usuário, um dos quais havia efetuado o disparo: “Quando ele nos viu, começou a correr. Se correu, era porque tinha algo de errado, por isso disparei... né?” Mesmo que minha opinião tenha sido apenas retoricamente solicitada, discordei da justificativa de atirar em uma pessoa pelo fato dela ter corrido.

Enquanto isso, uma equipe tentava retirar o *punch* do dorso do usuário, porque ela só expande quando entra em contato com a pele do alvo. Só uma pessoa puxando não ia. Precisávamos de anestésico para o procedimento adequado de retirada, e não tinha. Ele pedia, mesmo com muita dor, que “pelo amor de Deus”, a gente conseguisse retirar, porque ele não queria, de forma alguma, ter que ir para o HGE. Meses depois, um guindaste utilizado para as obras da Copa no Pelourinho caiu em cima da perna desse mesmo usuário, deixando-o com uma seqüela motora permanente. Todas vezes que o vejo pela rua, puxando a perna, fico feliz e surpresa de que ainda esteja vivo. Assistimos as cicatrizes que vão se conformando em seu corpo, como em tantos outros.

A pessoa que “corre” e a Polícia atira tem uma classe social e uma cor de pele. Conforme nos indica o Atlas da violência de 2017 (CERQUEIRA *et al.*, 2017), 71% das pessoas mortas por homicídio no Brasil são negras. Essa mesma Polícia ostenta, no Largo do Terreiro de Jesus, figuras como essas⁴⁵:

⁴⁵ Fotografias (17, 18, 19 e 20) retiradas em 23 de março de 2016 pela autora. As tarjas faciais da figura com os quatro homens foram colocadas por mim. No Largo, as faces desses sujeitos estavam expostas.



Fot. 17 e 18. Campanha “sou policial legal”. Fonte: arquivo pessoal.

A despeito de todas as tentativas, os excluídos não aceitam a exclusão e têm forte sentimento de pertencimento ao lugar (ESPINHEIRA, 2009). Além da territorialidade que o constituem enquanto sujeitos no mundo, na perspectiva cultural e societária, as alternativas de geração de renda são muito maiores no centro da cidade, o que faz com que permaneçam na região, apesar de alguns poucos disporem de possibilidades de moradia em outros bairros.

Muitos movimentos sociais ocupam a região do Pelourinho, Santo Antônio e Comércio, como o Movimento Sem Teto da Bahia (MSTB), Movimento Sem Teto de Salvador (MSTS), Movimento em Defesa da Moradia e do Trabalho (MDMT), Associação de Moradores e Amigos do Centro Histórico (AMACH), Associação de Moradores e Amigos da Chácara Santo Antônio (AMACHA), dentre outros. Tentativas de reintegração de posse ocorrem com frequência. As poucas pessoas contempladas com o Minha Casa Minha Vida receberam imóveis em regiões muito distantes, perto da estrada do CIA (quase em Camaçari), ou outros locais, e, assim, permanecem no centro, em situação de vulnerabilidade. Elas falam: “eu não vou pro bairro”.

Adélia, a quem eu me referi acima, no auge da sua mania, no dia em que estava mais agressiva e delirante, após arrancar muitas plantas do jardim do CAPS, me chama para conhecer sua casa. No meio de uma bagunça considerável, me



Fot. 19 e 20. Campanha “sou policial legal”. Fonte: arquivo pessoal.

mostra os documentos do Minha Casa Minha Vida. Reclama da demora do programa e da CONDER, que tinha lhe oferecido 1.100 reais para que desocupasse a casa. Ela não aceitaria, pois não iria sair no Pelourinho. Pede pra irmos na CONDER resolver esse problema naquele momento, mas eu a convenço a acendermos uma vela para Santa Bárbara no Mercado.

Tem também Dona Angélica, uma senhora negra de 58 anos, que, já tendo recebido sua casa em um bairro longínquo, não conseguia sair do seu quarto precário na rua do Taboão. De tão precário, passou a dormir nas ruas. Na época, em 2013, saiu de casa pra beber e nunca mais voltou. Por dias, dizia incontinente: “Perdi a chave do cadeado da porta!” Após o cadeado ter sido facilmente aberto por um misse de cabelo e uma mão experiente, ficou algumas noites em casa e tornou a voltar pra rua. “Minha casa tá sem luz!” Resolvidos os gatos, retorna pra dentro de casa. De novo, em menos de uma semana, a encontro na Praça da Sé. No final do expediente, já cansada, perguntei, quase que num apelo, como se ela estar em casa me fizesse um bem sem tamanho: “Mas e por que a senhora não tá em casa, Dona Angélica?” Tão prontamente quanto curta, ela respondeu: “Meu colchão está cheio de água!”

Diante de tantos imponderáveis que a vida apresenta, ninguém sabe do outro. Que lugar lhe pertencia? Entre o “bairro” e o quarto caindo do Taboão, ela ficava

com a rua.

Essa qualidade da relação entre território e subjetividade introduz a noção de “território existencial”, que abrange espaços construídos com elementos materiais e afetivos, os quais, apropriados e agenciados de forma significativa, constituem lugares para viver⁴⁶ (LIMA; YASUI, 2014). Guattari e Rolnik (1996, p. 323) propõem que:

“O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente ‘em casa’. O território é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos.”

Paralelamente, uma quantidade enorme de construções seguem fechadas, com cimento inclusive nas suas portas e janelas, para evitar novas ocupações – onde se lê: “Aqui podia morar gente”.



Fot. 21 e 22. Casarão abandonado na Rua do Bispo. Fonte: arquivo pessoal.

⁴⁶ Elaboração a partir da noção de território existencial de Deleuze e Guattari.

Como poderíamos, diante da singularidade desse território, reproduzir a “agenda padrão” da Saúde da Família? Seria tão equivocada quanto ineficiente desconsiderar que os modos de andar a vida das pessoas do Pelourinho – sobretudo das que vivem nas ruas – requeriam outra abordagem. Precisávamos pular o muro.

“Os sinais que vêm da rua nos convocam a todo instante a um processo de desaprendizagem, do já sabido, do já instituído de nossas velhas práticas para poder apreender novas lógicas produzidas pela perspicácia do viver. (...) Essa é a nossa aposta e o nosso convite: re-conhecer a rua em todos e as suas tensões constitutivas, os espaços do entre. Entre as capturas e as linhas de fuga, entre a produção de morte e vida, experiências de resistência, experiências que abrem passagem para a produção de outras formas de andar a vida, capazes de trazer para a cena um conjunto de forças vitais antes impensadas e jamais localizadas em um único domínio do conhecimento.” (MERHY *et al.*, 2014, p. 159 e 160)

CAPÍTULO 3 – Elementos da rua: sociabilidades e singularidades

“Nossa casa é quando a luz escurece”

Luiz Gonzaga, integrante do Movimento de População de Rua⁴⁷.



⁴⁷ Fala durante o Grupo de Trabalho sobre População de Rua de Salvador, em 28 de agosto de 2014.

Andando pelo Caminho Novo do Taboão com uma agente comunitária de saúde, vejo uma mulher grávida descendo a ladeira, barriga de fora, cabeça erguida, na casa dos 20. Não faltava resistência nem força. Apressei alguns passos para alcançá-la. Arrisquei, meio intempestiva mesmo, e, depois de me apresentar, perguntei se ela estava fazendo pré-natal.

- *Tô não. – ela tinha respondido de forma bem receptiva. Então continuei:*
- *Onde cé mora?*
- *Na rua. – com tom de certa obviedade.*
- *Vai lá no posto, que a gente faz pré-natal.*

Enquanto ainda falava, ela tem uma crise de tosse.

- *Tá tossindo assim tem quanto tempo?*
- *Ixi, já tem tempo. Eu tô com “o” problema.*
- *Tá com tuberculose?*
- *É, mas eu parei de tomar os remédios. – pega dentro de uma sacola um papel bem dobradinho do 5º Centro falando sobre o seu tratamento. O 5º Centro estava fechando e os pacientes vinham sendo “encaminhados” para outros serviços.*
- *Vai lá amanhã, a gente trata também.*

Ela não foi no dia seguinte. Apareceu hoje, duas semanas depois. Saiu da rua, por ora, porque seu companheiro foi preso. Veio lá de Sussuarana⁴⁸, lembrou que precisava voltar a se tratar.

Feito teste rápido, colhida triagem pré-natal, aplicada a primeira dose da penicilina, colhido escarro, iniciadas todas as medicações a que tinha direito, matriculada no serviço, amarrado retorno, feitas as pactuações que lhe faziam sentido. Saiu satisfeita.

Por um SUS resolutivo, acessível e peripatético! É na surpresa do encontro que está a potência da mudança⁴⁹.

(Trecho do diário de campo de 29 de março de 2015)

⁴⁸ Bairro da periferia da cidade.

⁴⁹ A usuária, seu companheiro e sua filha mais nova (de uma outra gestação seguinte à essa) seguem sendo acompanhados na USF, mesmo residindo em bairro distante do Centro. Em verdade, alternam a casa com a situação de rua, sobretudo por conta do trabalho como ambulantes e guardadores de carro.

O nomadismo da população em situação de rua, seu sofrimento psíquico e social, as dificuldades de comunicação e inserção institucionais (reforçadas pelas instituições), a vivência de práticas discriminatórias, a ausência de documentos, o frequente uso de substâncias psicoativas, o modo peculiar de se relacionar com o corpo e as diferentes formas de sociabilidade nas ruas fazem com que seu acesso aos serviços de saúde seja frágil. Ao longo do trabalho, iremos aprofundar alguns desses pontos.

Diante dessas questões, indubitavelmente, estratégias como o Consultório na Rua são essenciais para a efetivação do cuidado, como já debatido no capítulo 1. O que pretendo trazer é a problematização de qual parte cabe aos outros serviços da Atenção Básica – que não o CnaR – no cuidado junto a essa população. Por exemplo, as equipes têm ido ao território? E quando as pessoas em situação de rua finalmente vêm na Unidade de Saúde, como as recebemos?

3.1. Usos do território: dimensão física, sociocultural e clínica

A Unidade de Saúde da Família do Pelourinho nem sempre teve a mesma área adscrita. Os agentes comunitários de saúde contam que o cadastramento das famílias foi feito de forma assistemática e com critérios não baseados em contiguidade, proximidade com a USF, ou muito menos em necessidades de saúde. Aos ACS, segundo informam, foram feitas as orientações, pela Secretaria de Saúde, de que cadastrassem 150 famílias, partindo do seu local de residência. Quando chegassem ao número 150, parariam de cadastrar. Essas 150 famílias deveriam morar em “bolsões de miséria”, nos quais os prédios não estariam incluídos⁵⁰. Nesse processo, começaram a haver intersecções entre as áreas dos ACS, bem como ilhas de desassistência, mesmo em áreas muito próximas à USF. Em um mesmo quarteirão, era possível que duas ruas fossem cobertas e as demais não.

Dessa forma, se verifica que, desde o início, a definição da área da equipe não levou em conta aspectos culturais, sociais e históricos do território, subutilizando, ou mesmo ignorando, que a materialidade e as relações sociais são

⁵⁰ Os ACS informam não terem recebido justificativas para a metodologia utilizada.

inseparáveis (SANTOS, 2002). Não é incomum que questões da dinâmica territorial sejam desconsideradas na definição de área adscrita.

Outro exemplo ilustrativo é quando Unidades de Saúde atendem comunidades ocupadas por facções inimigas do tráfico de drogas. Se a Unidade está situada em um território onde comanda uma facção, a comunidade residente fora desse espaço tem dificuldades importantes no uso do serviço, resultando em bloqueio de acesso⁵¹. Nesse contexto, existe proximidade no espaço físico, mas distância no espaço de relações. No nosso caso, nem a proximidade do espaço físico foi sempre considerada: a rua da frente da USF não era adscrita, enquanto ruas de um bairro vizinho eram.

Historicamente, o uso do espaço como categoria analítica para a identificação de enfermidades e sua distribuição nas coletividades é anterior ao surgimento da Epidemiologia como disciplina científica. De forma implícita, desde Hipócrates até os primeiros epidemiologistas, a variação do processo saúde-doença nas diversas localidades vem sendo estudada (SILVA, 1997). Aos poucos, a Epidemiologia assimilou o conceito de espaço utilizado na Geografia, dando uma ênfase ainda maior a essa categoria, que assumiu um importante papel na análise do processo de adoecimento da coletividade, associando-o à estrutura social (CZERESNIA; RIBEIRO, 2000).

A Saúde da Família tentou se aproximar dessa perspectiva, através da vigilância em saúde. Frequentemente, é possível encontrar nas USFs os mapas das áreas de abrangência distribuídos pelas paredes e salas de reunião. Contudo, pouco ou quase nada representam para a tomada de decisões (FARIA; BORTOLOZZI, 2009). Ao longo dos anos, apesar da gradativa incorporação de algumas ferramentas, como a cartografia, permanece o subaproveitamento das mesmas: a ferramenta deixa de lado o seu caráter metodológico (enquanto processo de planejamento), reduzindo-se ao caráter de simples coleta (ou coleção) de dados.

Dessa forma, os ACS fazem uma variedade de perguntas no momento do cadastro, como: a qualidade da inserção no mundo do trabalho (assalariado com carteira assinada, autônomo que recolhe INSS, desempregado etc.), tipo de moradia (alugado, comprado, ocupado), escolaridade, presença de crianças, participação em

⁵¹ A população residente em uma parte do Comércio (em área descoberta por qualquer USF) tem dificuldades em subir para o Pelourinho para uso dos serviços de saúde, pois as facções da Cidade Alta e Baixa são diferentes.

associações, planos de saúde, presença de comorbidades, histórico de internação psiquiátrica, uso de fitoterapia ou outras práticas integrativas, dentre outros. No entanto, essas informações não são sequer listadas e separadas por categorias; menos ainda analisadas.

Naturalmente, espera-se uma variação considerável do trabalho na Estratégia de Saúde da Família, a depender de que território esteja inserida a equipe. As demandas encobertas e também as explícitas de uma USF em uma comunidade na Ilha de Itaparica são diferentes de uma USF na Ilha de Maré, no Subúrbio Ferroviário, em um bairro de classe média baixa, em uma favela do Rio de Janeiro, em comunidades ribeirinhas, ou nos centros da cidade. Em cada uma delas, mais camadas de distinções em termos de macrocategorias imperam, a partir das relações estabelecidas entre os moradores e o espaço, a qualidade da presença do Estado, as representações sobre o processo saúde-doença-cuidado, a facilidade de transporte, a presença de outros serviços de saúde e educação, a inserção no mundo do trabalho, as possibilidades de lazer, as condições de moradias, dentre outros.

Trago essa obviedade um tanto quanto repetitiva nas produções sobre a Saúde da Família, por acreditar que ainda existe uma distância longa a ser percorrida entre a acepção teórica do território e sua aplicação prática no cotidiano dos serviços.

A desarticulação descrita ganha um agravante quando se colocam em cena as pessoas em situação de rua, espelho do território em sua essência mais crua, mais despida, mais inscrita em vulnerabilidades. Se, com as camadas populares como um todo, já existe uma distância entre a dinâmica sociocultural e a oferta de serviços, em relação à população em situação de rua, a distância pode se tornar um abismo.

No processo de adscrição, portanto, não só pessoas que residiam em alguns prédios e em quadras próximas foram excluídas, como também as pessoas em situação de rua. Os ACS cadastravam quem morava nas casas. Antes do que ruas adscritas, os agentes e, conseqüentemente, a equipe, tinham casas adscritas. O espaço da não-casa era desconsiderado, pois o conceito de família estava reduzido à unidade domiciliar (TRAD, 2010). A zona do “entre” as casas e a USF era subutilizada ou mesmo ignorada.

Com o *status* de não-lugar das pessoas em situação de rua, ficava difícil a sua entrada no serviço de saúde. Existia, mas ainda com muitas barreiras e frágil longitudinalidade.

Em 2014, é iniciado o processo de reterritorialização da equipe, a partir da identificação das áreas que mais utilizavam o posto e também as com maior vulnerabilidade. Nesse período, foram mapeados os sobrados ocupados por movimentos sociais e os pontos de maior concentração de pessoas em situação de rua e de profissionais do sexo, de forma que fossem adscritos à área. Coincidentemente, o e-sus (prontuário eletrônico do SUS) chegava como uma ferramenta a ser incorporada pelas equipes. Na ficha de cadastramento, a opção “situação de rua” aparecia como uma possibilidade de moradia. Além disso, se perguntava sobre vínculos familiares, recebimento de benefícios, frequência de alimentação.

O e-sus trouxe, sem dúvida, visibilidade ao fenômeno da população em situação de rua para as equipes de Saúde da Família. Seria possível discutir a nossa responsabilidade em cadastrar essas pessoas para além do discurso ideológico ou ético (especialmente inflamado depois da presença dos usuários do CAPS na USF). O acesso dessas pessoas na Saúde da Família agora era preconizado pelo Ministério da Saúde. A norma, dessa vez, nos ajudava, embora não garantisse o acesso.

Três dimensões do território se colocavam: a física, a sociocultural e a clínica⁵². Caminhávamos em garantir que sua dimensão física, mesmo que ainda muito reduzida, fosse incorporada como objeto de trabalho da equipe. Precisávamos aproximar as práticas da Saúde da Família da sua dimensão sociocultural, compreendendo a linguagem das pessoas do lugar (muitas vezes incrementada por elementos de violência), suas perspectivas de tempo, a relação com o corpo, com o trabalho, com as normas. O território não está, afinal, reduzido a uma instância geográfica, apenas encurtando a distância entre a moradia das pessoas e a oferta de serviços de saúde.

O entendimento da rua enquanto espaço estrito de mobilidade, ou enquanto espaço-tempo de expressão da cultura e da organização da sociedade, interferia diretamente na relação que o serviço estabelecia com as pessoas.

⁵² Clínica aqui não deve ser restringida ao âmbito individual, mas sobretudo entendida como ferramenta no cuidado junto à coletividade.

Por fim, era importante absorver a dimensão clínica do território, tendo a rua como palco principal, não como interstício, intervalo, ponte. A rua como espaço de cuidado, abrindo possibilidade para apreendermos a dimensão existencial do território e as conexões a partir dela.

A visita domiciliar, já consensuada nos serviços, é uma ferramenta importante, mas muitas vezes se resume às pessoas que têm dificuldade de mobilidade. Além disso, mesmo quando ampliadas as suas indicações, a rua serve apenas de travessia, sendo pouco compreendida como um *setting* de cuidado. Permanece no não-lugar.

Para os profissionais, estar nas ruas revela a necessidade de fazer acordos e negociar territórios, conhecer e se fazer conhecido (CARVALHO; SANTANA; VEZEDEK, 2017) – sair, portanto, do espaço confortável onde cabe uma anamnese tradicional. Que outros conhecimentos e técnicas dispomos, além da anamnese tradicional? A rua nos confronta com essa pergunta a todo momento, sem folga, permitindo e cobrando outras aproximações, incluindo a sustentação de uma corporalidade⁵³. Estar na rua traz a experimentação do espaço e seus efeitos de forma mais intensa.

É comum que as idas ao território nos revelem questões importantes, de ordem coletiva e individual, como a identificação de gestantes que ainda não começaram o pré-natal, pessoas com transtorno mental desassistidas, com tuberculose sem tratamento, dentre outras inumeráveis condições de saúde. Ainda, para além disso, fortalecem a vinculação com os usuários, com repercussões também individuais e coletivas. Existe algo de mais próximo que a rua garante que aconteça. Trago alguns exemplos:

Ao identificarmos que as mulheres em situação de rua costumavam viver em condições mais opressoras do que os homens, sobretudo por estarem mais sujeitas às violências, realizamos uma ação no Aquidabã, em maio de 2015, voltada para elas. Um dos objetivos era aproximá-las dos serviços de saúde. Uma oficina de turbantes, com realização de maquiagem e um desfile, no final, fez parte do que chamamos de “Cuidando da saúde com beleza”. Entregamos a elas um convite para irem na USF alguns dias depois, conhecerem o espaço e realizarem consultas,

⁵³ Rui (2012) parte da figura dos usuários de crack (os que desenvolveram uma relação radical com a substância), para debater como essa relação é produto e produtora de uma corporalidade que radicaliza a alteridade. É a partir dessa discussão que localizo a corporalidade dos profissionais que estão na rua.

testes rápidos e vacinação, se assim o desejassem. Nesse dia, expusemos nas paredes da Unidade suas fotos durante o desfile e conversamos sobre temas relacionados ao cuidado. Havia uma tentativa em borrar o limite do território e da USF, reiterando o direito dessas mulheres, sem documento, sem cartão SUS, sem endereço, de terem uma matrícula em um serviço de saúde. Houve uma forte vinculação ao serviço, que perdura até os dias atuais. Aspectos coletivos, individuais e inter-relacionais atuando em conjunto no cuidado.



Uma vez acompanhei o campo noturno do Corra pro Abraço na região do Gravatá⁵⁴, e lá encontramos Dora⁵⁵. Ela é sempre muito fugidia quando vai na USF. Nas poucas vezes que aguarda, fala muito pouco. Nesse dia, ela puxou a mim e a uma antropóloga/redutora de danos para um lugar mais reservado e trouxe elementos da sua vida, como a relação com o comércio ilegal de drogas e com o cuidado de si, que jamais havia trazido na Unidade.

Em uma das ocasiões que fizemos vacinação na Praça das Mãos, identificamos duas gestantes que sequer estavam cadastradas na Unidade,

⁵⁴ Bairro adjacente ao Pelourinho.

⁵⁵ Também citada no capítulo 2.

residentes da nossa área adscrita. Uma delas mantinha uma postura desconfiada. No dia seguinte, após sair da consulta de enfermagem, com sua caderneta de gestante em mãos, a encontrei sorridente. Ela se dirigiu a mim entusiasmada, me abraçou e me cumprimentou calorosamente com um beijo no rosto: “eu te disse que eu vinha, né?”

Teodoro é um usuário de 43 anos, pardo, que acompanho desde 2013. Fez uso abusivo de álcool e crack desde a adolescência e tem uma deficiência intelectual considerável. Há muitos anos, sofreu uma queimadura extensa em todo o seu corpo, que também afetou seu sistema auditivo; por isso, quase não escuta. Geralmente, se expressa aos gritos. No entanto, quando o acompanhei para uma consulta no Hospital Otávio Mangabeira, em 2014, ele falava em volume muito mais baixo que o usual e manifestava desejo de “ter uma casa e cozinhar um feijão” (hoje, recebe BPC e saiu das ruas). Percebe-se que o tempo fora dos serviços ganha uma outra conotação, abrindo possibilidades para que novos elementos surjam e que os velhos sejam aprofundados.

Acompanhamos Dona Ricardina, uma senhora em situação de rua, com 55 anos, parda, que costuma ser bastante hostil na comunicação com os serviços. Ela tem uma postura insistente e costuma vender medicações para se sustentar. Está sempre com a testa franzida, reclamando, questionando e responsabilizando os profissionais. Recentemente, a encontrei no campo noturno na região do Comércio. Ao me ver, ela abriu os olhos, sorriu e me tocou de forma muito carinhosa pelo cabelo.

Também cuidamos intensivamente de Adélia⁵⁶, no auge da sua mania com sintomas psicóticos, bastante desorganizada, e por vezes agressiva. Pude vivenciar, peripateticamente, a potência do território enquanto espaço de cuidado, em uma prática inventiva e transformadora, francamente terapêutica (LANCETTI, 2014). Acender vela para Santa Bárbara era das ações que mais lhe acalmavam, bem como assistir a missa da Igreja do Rosário dos Pretos e tomar mingau, na sequência. A abordagem não se configurava como “busca ativa”, mas como produção de cuidado em ato, a partir das demandas e dos sentidos colocados pela usuária. O *setting* aberto nos convidava a rupturas e deslocamentos essenciais na produção do cuidado.

⁵⁶ Também citada no capítulo 2.

Poderia citar muitos outros exemplos em que a relação entre técnicos e usuários se amplifica, a partir do encontro no território. É dessa forma que a clínica do acompanhamento terapêutico⁵⁷, ao embaralhar lugares e papéis previamente instituídos, abre brechas a uma invenção relacional antes impensável à ortodoxia terapêutica (LONDERO; PAULON, 2012).

O movimento bidirecional de sair para o território e deixar que o território entre nas instituições de saúde exige deslocamentos que questionam as relações de cuidado e de poder entre profissionais e usuários, o que, em última análise, faz referência ao objeto de trabalho na Saúde da Família. Alguns dos elementos que interferem nessa relação são discutidos abaixo.

3.2. Percepção de saúde-doença-cuidado

“Ces não entende a gente, ces nunca vão entender a gente. Eu pego a visão, a gente conversa, conversa, mas eu entendo que vocês nunca vão entender o que nós sente de verdade. (...) A gente mermo que sente, que sabe mermo o que é o sofrimento, que sabe o que é a pele aqui, ó, a costela, tudo.” (Usuária Quitéria)

A percepção de adoecimento das pessoas em situação de rua está associada ao prejuízo das suas atividades diárias, com especial ênfase às laborais: a saúde, para esta população, foi relacionada à capacidade de trabalhar, resistindo ao cotidiano de problemas, enquanto a doença se associou ao impedimento de lutar pela sobrevivência (CARNEIRO; SILVEIRA, 2003; AGUIAR; IRIART, 2012; BRASIL, 2012a). Quando finalmente percebem-se doentes, a iniciativa por busca de cuidado tem peculiaridades importantes de serem aprofundadas. Elas evidenciam que mecanismos políticos e institucionais precisam ser construídos para operacionalizar o acesso (CARVALHO, 2014).

A percepção de adoecimento e as práticas de cuidado produzem-se na materialidade das relações, de forma que a doença se torna uma parte do que é feito na prática (MOL, 2002). Em relação às pessoas em situação de rua, existe a diferente percepção de adoecimento, a dificuldade em buscar o serviço e, por fim, de

⁵⁷ A prática do acompanhamento terapêutico consiste em transitar com usuários com alterações psíquicas graves, onde o ir e vir é a posição de comando do tratamento ou única possibilidade, em busca de conexões com pessoas, atividades e locais (LANCETTI, 2014).

entrar no serviço. Apesar de ser possível estabelecer uma narrativa cronológica, o que traremos aqui é justamente a simultaneidade desses movimentos.

De dentro da Unidade, nos deparamos com situações extremas. O que faz com que uma pessoa só chegue no serviço quando está em sepse grave, se já vinha com febre há tantos dias? Ou com uma infecção extensa na pele e partes moles, desde o pé até a coxa, que vem evoluindo há semanas? Ou com uma deformidade óssea que o impede de andar, por ter fraturado a perna e deixado a osteossíntese ocorrer sem uma correção?

Como já relatei no primeiro capítulo, ainda em 2013, fui chamada na enfermaria do CAPS para atender um usuário em franca insuficiência respiratória, Faustino. Em meses, ele ainda não havia procurado nenhum posto de saúde para atendimento. Já tinha me deparado com muitos outros usuários que chegavam graves nas unidades de emergência, mas geralmente os motivos eram outros. Depois desse primeiro episódio, vários se sucederam. Desde então, passei a sempre perguntar o motivo de não terem procurado o serviço antes, tomando cuidado em não assumir uma postura repreensiva (o que certamente nem sempre ocorreu).

A vivência do próprio corpo, o valor social do corpo, a baixa autoestima, o aumento da resistência diante das intempéries, a analgesia pelas substâncias psicoativas, as atitudes autodestrutivas, a ausência de documentos, as experiências negativas anteriores na busca de atendimento, dentre outros, compõem o cenário que explica a demora em chegar nos serviços de saúde. As bordas dos motivos mais uma vez se borram, de forma que nem sempre conseguimos eleger qual deles chegou primeiro.

Entendemos que os corpos, a organização do sistema de saúde, os ritmos das doenças, suas dores e o formato das tecnologias estão todos, simultaneamente e em tensão, inter-relacionados (MOL, 2002). Sendo assim, é importante analisar a percepção de saúde-doença-cuidado das pessoas em situação de rua e a representação dos trabalhadores de saúde a partir das práticas concretas. Pois percebendo, praticamos coisas. E, a partir delas, produzimos realidades, que sempre serão múltiplas (MOL, 2002). Traremos um exemplo:

Já é véspera de carnaval. Pelourinho já está em festa. Ao chegar na UBS onde está lotado o Consultório na Rua, vi deitado no banco da sala de espera um homem negro, de mais ou menos 50-60 anos, com roupas sujas, boné de lado, careca pintada de tinta branca da Timbalada. De toda essa cena, o que mais chamava a atenção, no entanto, era o odor fortemente desagradável proveniente das úlceras nas suas pernas. Pensei em abordá-lo, mas decidi ver qual fluxo dentro da instituição ele tomaria. Subi para a sala pelos dois lances de escada com seus degraus corpulentos. Uma pessoa com uma dificuldade de deambulação simples pode estar impossibilitada de acessar a farmácia ou as consultas médica, de enfermagem, odontológica ou de serviço social. Para a equipe do Consultório na Rua, é ainda mais grave essa inacessibilidade, pois ficamos no segundo andar.

Pouco tempo depois, sou chamada por uma colega para atender o senhor lá embaixo. Desço e o observo melhor. Ele está dormindo, provavelmente alcoolizado. O acordo, me apresento e pergunto seu nome. No início, tenho dificuldade de entender o que ele fala. Com o tempo (bendito tempo!), ele me entende mais e eu o entendo mais. Ele está bastante desorientado. Na mesma hora que sorri, chora e pede ajuda em relação à sua ferida. Na verdade, não me recordo se ele verbaliza essa ajuda, ou se a temos como óbvia. Peço auxílio ao agente de portaria para levá-lo e, com luvas, o direcionamos para a sala de curativo. Todo o seu corpo estava sujo: da própria rua, de pus, sangue, tinta, suor.

Prontamente, a pessoa responsável pela sala do curativo informa que a mesma está interditada, pois estamos sem água sanitária para a limpeza do local. Uma outra profissional intervém e me ajuda a convencê-la a usarmos a sala apenas para examiná-lo. A responsável não aprova a sua solicitação e mantém-se afastada do local, sem se envolver o mínimo, inclusive no que seria sua função indiscutível, como explicar onde estão as luvas, os papéis, aferir a pressão arterial e glicemia – questões que independem da presença de água sanitária no local.

Seu Balduino era o nome desse senhor. Ele vive na região de Camaçari, mas estava pelo Pelourinho há uns dias; não consegui captar o motivo. Ele fala que tem diabetes. Pergunto sobre o uso de álcool, mas ele nega. Minutos depois, pergunto quantas “bombinhas” ele tinha bebido, e ele me responde numa boa a quantidade. No meio da sua “bebedeira”, acredito que ele tenha percebido que não seria repreendido se falasse sobre o álcool.

Ele conta que essas feridas já existem há muitos anos, além de narrar repetidamente que já teve muitas miíases e que se assustava com os “morotós” que saíam da sua perna. De forma simultânea e agitada, ele pega com as mãos nas úlceras bastante sujas e secretivas e, em seguida, tenta nos pegar (como que num apelo). Abre a torneira, se apoia no guarda papel-toalha. Chora, sorri, arregala os olhos. Continuo sozinha com o agente de portaria na sala. Precisei por todo o tempo ir atrás de pessoas que pudessem me auxiliar a fazer o seu atendimento. Pra que alguém aferisse a sua glicemia, foram aproximadamente vinte minutos, e precisei pedir mais de uma vez.

Como não seria possível fazer seu curativo na UBS, entrei em contato com a USF para saber se a sala de curativo de lá estava funcionando. Fui informada que estavam sem pinça para curativo. Como nós tínhamos pinça, perguntei se poderia levar o usuário e a pinça para que o curativo fosse realizado e fui autorizada.

O caminho para a USF não foi fácil. Eu e o agente de portaria já estávamos todos sujos com a secreção da sua ferida. Foram muitas paradas. Ele meio que fazia que ia cair no chão, atuando, como se não sustentasse suas pernas, mas sabíamos que sustentava. Muitos choros e sorrisos intercalados. O olhar vidrado de quem está assustado e alcoolizado. Ele caminhou todo o percurso descalço. O cheiro das suas úlceras realmente incomodava.

Entrando no prédio onde está localizada a USF, cruzo com uma profissional, que me informa que não estão fazendo curativo, porque estão sem pinça. Falo a ela que trouxemos a pinça, e sua feição é de desapontamento. Finalmente, na USF somos recebidos pela profissional que fará o procedimento. Ela age de forma muito prestativa e ágil. Faço as devidas e viáveis apresentações e volto para a UBS, pois já têm outros dois usuários aguardando atendimento.”

(Trecho do diário de campo de 06 de fevereiro de 2018)

Considerando que percepção e prática são processos simultâneos, a realidade se constrói em ato, não precedendo a prática, mas antes sendo parte dela (MOL, 2002). Seu Balduíno, um homem negro em situação de rua, despertou asco em muitas pessoas. O odor da perna, sua narrativa, suas mãos sujas. Falamos de percepção, ligada ao sensório, histórica e culturalmente construída, que não necessariamente passa pela racionalidade. Acontece que, ao sentir asco, ao rejeitar

(ainda que no campo do sensório), se produz uma realidade, que é a realidade da exclusão. Por outro lado, ao se sustentar a situação, ao atravessar algumas quadras com um usuário em condição tão precária, também se produz uma outra realidade: a da inclusão e do direito. Múltiplas realidades.

Percepção e prática estão interconectadas, na medida em que os objetos são produzidos e as realidades multiplicadas. Sendo assim, não se pode compreender um objeto sem que este esteja imerso nas práticas que o constituem (MOL, 2002). No nosso caso, também não conseguiremos separar os motivos que fazem com que as pessoas em situação de rua demorem de chegar aos serviços de saúde, pondo de um lado os motivos intrínsecos dessas pessoas e, de outro, os institucionais.

Ao tomar a prática de cuidado como realidade, assumimos que a percepção de saúde-doença-cuidado das pessoas em situação de rua, as relações que se estabelecem nos serviços de saúde e a organização do processo de trabalho são analisadores não-fragmentados. Com isso, não quero dizer que a conformação dos serviços define a relação que as pessoas constituem com o próprio corpo. Pelo contrário, a produção da existência de cada um dificilmente encontrará uma explicação unívoca. Inclusive, há décadas, diferentes modelos explicativos têm tentado dar conta da multiplicidade do processo de saúde-doença, sem nunca se esgotarem.

Aqui, cabe analisar o quanto a relação que as instituições de saúde estabelecem com essa população, no seu excesso de exigências, acaba por interferir negativamente, não apenas na busca de cuidado, mas na acomodação progressiva em negligenciar sua saúde. Em outras palavras, como se o estar em situação de rua congregasse um estado de “não-direito”, que é absorvido subjetivamente através dessa produção social e que cristaliza a percepção de adoecimento apenas para casos extremos. Varanda e Adorno (2004) consideram que o recolhimento do lixo urbano e a remoção das pessoas em situação de rua para os abrigos, apesar de executados por diferentes secretarias, são ações muito próximas. A internalização desse processo – de proximidade ou mesmo semelhança com o lixo urbano – gera uma certa resignação, que interfere na maneira de lidar com os problemas de saúde e na relação com os profissionais dos serviços.

Em uma tentativa de sistematização, dividiremos em duas dimensões a complexa discussão sobre percepção saúde-doença-cuidado: as barreiras

institucionais e a relação com o corpo. As dimensões possuem grandes intersecções, não sendo do nosso interesse determinar hierarquias, cronologias ou causalidades. Sua delimitação tem finalidade puramente heurística, o que facilita ressaltar o tema central de nosso interesse.

3.2.1. Barreiras institucionais

Tomemos a questão da documentação como exemplo. Não raro os usuários respondem que ainda não tinham procurado atendimento por não disporem de documentação. Convivem com a dor por semanas, até meses, porque não têm documento (o que pode ser uma compreensível escolha para os que têm débito com o sistema judiciário). Sequer tentam o atendimento, por episódios frustrantes anteriores – seus e de outras companheiras e companheiros.

A ideia de sujeito e cidadão por vezes só ganha significado com a aquisição de documentos, com a possibilidade de serem pessoas passíveis de identificação (DAS; POOLE, 2008). Vários estudos anteriores afirmam que a ausência de documentos é uma importante barreira de acesso das pessoas em situação de rua nos serviços de saúde (CARNEIRO *et al.*, 1998; CANONICO *et al.*, 2007; AGUIAR; IRIART, 2012; BRASIL, 2012a; CARVALHO, 2014; MIRANDA, 2014; CARVALHO *et al.*, 2017).

A pesquisa nacional realizada em 2008 identificou que 24,8% das pessoas em situação de rua não possuem nenhum documento de identificação, o que lhes conduz a um *status* de completa invisibilidade (BRASIL, 2008a). Outra pesquisa realizada em Salvador em 2016 identificou que 9,8% das pessoas entrevistadas não possuíam nenhum documento (CARVALHO *et al.*, 2017). Como os critérios de inclusão e os documentos analisados nas duas pesquisas são diferentes, não é possível fazer nenhuma comparação. No entanto, dentre os que aparecem no serviço de saúde, posso afirmar sem sombra de dúvidas que não são apenas 24,8% (tampouco 9,8%) que estão sem posse dos documentos exigidos (cartão nacional do SUS e documento válido com foto).

Diante do nomadismo, dos riscos de perdas diários e das redes de suporte que se formam nas ruas, muitos deixam seus documentos em algum lugar seguro

(casa de familiares, lojas próximas dos lugares onde circulam, serviços da rede formal e informal de assistência social e saúde). Quando se dirigem aos postos de saúde, a esmagadora maioria não está de posse de nenhum documento.

Um usuário, quando questionado por que só foi na USF após a presença do Ponto de Cidadania na Praça das Mãos, responde:

“Ah! Porque não chegou ao meu alcance. Às vezes eu precisava e não estava ao meu alcance, né. Eu passei muito tempo na rua sem documento. Aí, pra ser atendido, tem que ter documento. Tem que andar limpo, muitas vezes eu não andava limpo.” (Usuário Manuel)

Ele afirma que já tinha tentado ir uma outra vez, sozinho:

“A moça disse: ‘a identidade’. Aí eu fui lá em casa, procurei a identidade, tava sem identidade. Meu pai levou a identidade, então fiquei sem.” (Usuário Manuel)

Alguns usuários relataram episódios onde precisaram pedir auxílio a outros profissionais para conseguirem utilizar algum serviço da USF, como pegar medicamento, tomar vacina, dentre outros. Em uma das vezes, fui acionada para garantir que Aninha, a mulher em situação de rua abordada no Caminho Novo do Taboão⁵⁸, tivesse seu anticoncepcional administrado. A justificativa dada era que ela não tinha documentação, e que, portanto, não era possível garantir que o nome escrito na receita fosse de fato o dela – ainda que a usuária argumentasse que tinha acabado de sair da consulta médica.

Dialoguei com a pessoa responsável pelo procedimento e, naquele momento, apenas assenti que ela era de fato a mulher cujo nome constava na receita, pois já a acompanhávamos há dois anos. Para que a situação fosse resolvida com brevidade, escolhi o caminho mais curto. No entanto, não aprofundi o debate de que aquele nome ali nada nos importava. O que nos importava era que uma pessoa que não possuía documentos desejava evitar gravidez (e inclusive tinha se deslocado quilômetros para ter seu direito garantido).

A partir desse exemplo, poderíamos afirmar que a quantidade considerável de mulheres em situação de rua que não tomam as doses subsequentes do anticoncepcional não o fazem por experiências negativas anteriores nas Unidades

⁵⁸ Vide capítulo 2.

de Saúde? Não, não poderíamos. Pretendemos ampliar a leitura dos problemas, e não reduzi-la. Se não podemos, e sequer pretendemos, construir uma noção de causalidade entre os fatos, tampouco podemos desconsiderá-la. A realidade, que não antecede as práticas, mas é produzida por elas, se transforma em um elemento importante da percepção de saúde-doença-cuidado. É esse o ponto que temos como referência.

A ausência de documentos das pessoas em situação de rua é um aspecto importante na representação que essas pessoas têm para os trabalhadores da USF. Ao longo das entrevistas, com frequência esse foi o elemento que mais ganhou peso: não apenas como um entrave para o acesso, mas como um adjetivo para essas pessoas, o que, conseqüentemente, as reduz.

Poucas vezes, em contrapartida, foi colocado ativamente que as regras exigidas eram excessivamente rígidas e que cabia ao serviço flexibilizá-las. Na maioria delas, apenas quando o questionamento sobre o seu direito à saúde era feito, a despeito da ausência de documento, a resposta era favorável, ainda que se notasse uma ambivalência operando:

“É como se fosse uma faca de dois gumes, sabe? É complexo. Enfim... Eu acho que merece o atendimento, né, acho que tem que atender independente que tenha ou não. É um ser humano que tem direito ao acesso... É um cidadão [exclamando] que tem direito ao acesso ao SUS, só que tem a questão do documento.” (Profissional E)

“O cartão do SUS, eu acho que não deveria ter, acho que o básico seria pelo menos algum documento de identificação... Identidade, que é o básico mesmo, né. Mas às vezes a pessoa em situação de rua não tem, perde, é roubado... Têm várias violências que eles passam, e às vezes não têm onde guardar também...” (Profissional E)

Outra profissional narra a história de um casal que fez o pré-natal na USF, Fernando e Cinara. Logo após o parto, a mãe, usuária de substâncias psicoativas, abandonou a criança, que ficou com o pai. No carnaval, Fernando se envolveu em uma briga e, como estava com a criança, a Polícia a levou para uma instituição e o encaminhou à delegacia. Ele foi detido por um tempo e, prestes a sair, ligou para a USF pedindo que a assistente social do CAPS entrasse em contato com a penitenciária, pois ele queria reaver a guarda da criança. Nesse momento, ele deu o seu nome real. Na verdade, era Mateus, e não Fernando.

“Isso até implicava em tudo que tinha registrado, né, de documentação, de cartão, de vacina... das vezes que ele veio, que as meninas fizeram alguma coisa, se chegou a anotar. Porque o nome não era aquele que ele dava.” (Profissional C)

Essa questão foi trazida com uma certa gravidade, como se os nomes diferentes implicassem na desfiguração do processo de cuidado. Existe um peso desproporcional que é dado à possibilidade e às conseqüentes repercussões de um nome falso. De forma semelhante, amplia-se o prejuízo do atendimento que não será registrado nos consolidados enviados à Secretaria de Saúde, pela ausência de Cartão SUS⁵⁹.

A problemática do nome falso faz emergir a concepção de que essas pessoas estão, a todo momento, mentindo, tramando ou querendo tirar proveito.

“É uma pessoa que é morador de rua, ou diz ser.” (Profissional C)

“Não é porque não tem [documento], é porque não pode trazer, não pode dar, né?” (Profissional C)

“E já tem o problema que eles não vão [pros serviços de saúde] pra não se identificar, né?” (Profissional C)

Dizer que é morador de rua, sem ser, pode servir de material para análise do acesso na USF. Se dizer que é morador de rua facilita sua entrada, significa que estamos operando através da equidade. Como de forma impaciente certa vez declarou uma moradora do Pelourinho: “Aqui nesse posto só é bem atendido quem for maloqueiro, sacizeiro. Se não for, fica por último!” De onde se dimensiona também a dificuldade em operacionalizar a equidade no esmiuçar do cotidiano.

Em última análise, há uma redução dessas pessoas ao documento, ou melhor, à ausência dele, ainda que se observe, progressivamente, uma flexibilidade da Unidade. Mesmo havendo consenso que o “sistema é maleável” para os serviços internos ofertados pela USF, porque todos os procedimentos podem ser feitos na ausência de identidade e cartão SUS, há um aprisionamento a essa questão da identificação. Uma perspectiva de cuidado distante, como se o serviço tratasse de documentos, e não de pessoas.

⁵⁹ Ao atender pessoas sem Cartão SUS, um argumento que eventualmente surge é a invisibilidade da produtividade da equipe. Uma forma de contornar essa situação é preencher a ficha do e-sus com todos os outros dados requeridos, exceto o Cartão SUS. Dessa forma, apesar de não ser lançado no sistema do Ministério da Saúde, ficará registrado manualmente. Além do mais, o município de Salvador não tem variação de salário conforme produtividade, o que deixa esse argumento ainda mais abstrato.

Uma outra usuária colocou uma experiência negativa que teve em um Centro de Saúde:

“Oh, moço, eu sou moradora de rua! Eu tenho documento não. Eu tinha, mas só que eu perdi’. Ele: ‘Ah! Mas não pode atender não. Só atende com Cartão SUS e a identidade’. Eu falei: ‘Tá bom. Porque eu sou moradora de rua você tá falando isso, né?’. Eu dei as costas pra ele e saí. [Outra vez], eu tava com muita dor no pé da barriga, mas eu também não fui [em outro posto], porque eu não tava nem com Cartão SUS nem identidade. Eu nem fui, porque eu sabia que eu não ia ser atendida.” (Gabriela)

A negativa que recebeu em uma Unidade de Saúde a levou com que nem tentasse o atendimento em outra Unidade. A dor no “pé da barriga” se resolveu espontaneamente. Contudo, em uma perspectiva hipotética, tomemos que essa dor, por exemplo, fosse o início de uma pielonefrite. Quando ela chegasse no serviço, em mal estado, para nós a interpretação mais rápida seria a de que as pessoas que vivem nas ruas não se cuidam, são desinteressadas, ou só querem usar drogas, ou, em uma análise menos reduzida, que têm uma relação diferente com o corpo. No entanto, a busca de cuidado, nesse caso, teria uma relação direta com as práticas burocratizadas extremamente difundidas pela cidade; uma incorporação desses equívocos, que reverberam na tolerância ao sofrimento até o momento em que suas atividades habituais ficam impossibilitadas.

Ainda sobre a burocracia, uma forma frequente de comunicar com o usuário é “negar não negando”, ao pedir que ele pegue a fila da regulação e verifique o número do Cartão SUS. No “sistema”, a partir do seu nome, do nome da mãe e da data de nascimento, é possível reaver a numeração. De posse do Cartão, ele deve retornar para ter o seu direito (que nunca foi negado) garantido. Muitas vezes, enquanto o profissional constrói a sua “explicação comprida”, como definiu bem um dos entrevistados, a pessoa desiste e vai embora. Considerar a temporalidade é central na garantia do acesso. Essa categoria existencial, fundante, se interconecta com a ausência dos documentos e a percepção de adoecimento – e será desenvolvida em tópico subsequente.

De outras vezes, apesar do serviço realizar o procedimento, a despeito da ausência de registro de identificação, se questiona por que algumas pessoas em situação de rua têm documentos e outras não, em uma postura normativa. Em sua perspectiva, uma usuária nos aponta com certo didatismo a heterogeneidade das pessoas que vivem nas ruas, e se recusa a ser reduzida a uma única categoria:

“Porque tem muita gente que mora na rua que é organizada. Tem muita gente que mora na rua que não é organizada, que não tem o documento nenhum. Aí é difícil ser atendida nos postos, e os postos devia abrir essa oportunidade (...) aos moradores de rua que chegassem sem o documento.”
(Gabriela)

Um outro usuário, de forma bastante interessante, fala que nunca teve seu atendimento negado pela ausência de documentos:

“Não, porque eu nunca fui, porque eu tenho medo deles baterem a porta na cara, que eu vejo (...) até quem é empregado toma um não, e eu, que sou morador de rua, é mais fácil receber esse cartão. Aí eu prefiro ir com vocês, que são da casa” (Seu Gregório)

As experiências dos camaradas da rua se espalham e não se encerram em si. As expectativas dentro de cada um são socialmente construídas. Aqui, vale ressaltar como a inserção no mundo do trabalho, para Seu Gregório, é um dos fatores que prejudica sua entrada nos serviços de saúde. Por mais que existam Unidades que pontualmente atendam pessoas sem identidade ou Cartão SUS, ainda é muito periférico. A maioria dos postos não atende. Por causa disso, muitas vezes os técnicos dos serviços os acompanham. Ao emprestar o seu lugar social ao usuário, aumentam o poder de contratualidade deste (KINOSHITA, 1996).

Usualmente, no Pelourinho, nos deparamos com a necessidade de atender um “gringo”, que, como a pessoa em situação de rua, não tem Cartão SUS. Quando questiono uma profissional se há diferença no tratamento que é dado, ela responde enfaticamente:

“Tem, tem, tem. Porque o gringo a gente considera, porque não é da terra, e ele pode tá na terra da gente ilegal. E as pessoas que é da nossa terra, a gente acha que não vai [fazer o cartão SUS], porque não quis, porque não tem interesse de ter o documento e, no entanto, às vezes, não é isso, né? Às vezes até por falta de conhecimento não sabe aonde ir. Porque eu acho que essas coisas da saúde deveria ser mais fácil se conseguir.”
(Profissional B)

Ela completa que, com tanta exigência que a Saúde faz, a pessoa em situação de rua “pega e desiste”.

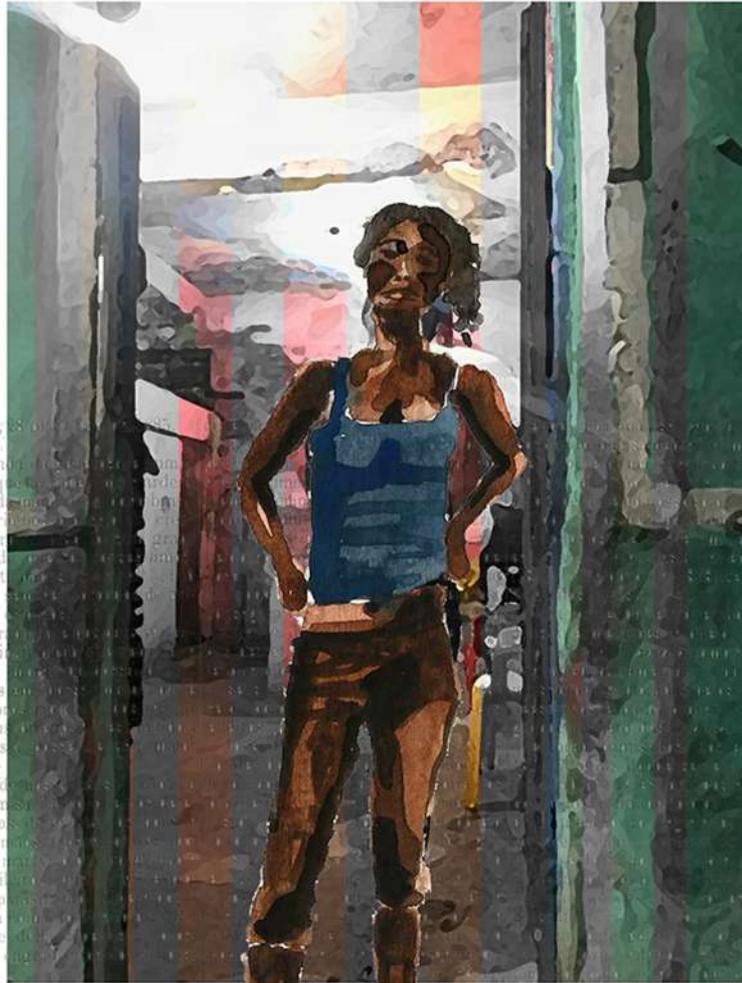
Não é preciso seguir com mais exemplos de ausência de documento como barreira de acesso. Eles são variados, múltiplos e nos cansariam, pois seguem as mesmas pistas já apresentadas acima: a existência das pessoas em situação de rua, para os serviços de saúde em geral, começa quando da aquisição de documentos –

a despeito da Política Nacional para essa população prever o contrário, bem como de experiências pontuais esboçarem romper com essa lógica.

Muitas vezes, as pessoas em situação de rua não compreendem que é errado o serviço negar a assistência por conta disso. Elas concebem que não conseguiram acessar o serviço não por uma inadequação deste às suas individualidades (ou sociabilidades), mas, ao contrário, por uma inadequação delas ao sistema (MIRANDA, 2014). As vezes que compreendem a violação de direitos, seu lugar social não lhes garantem reavê-los. Em última análise, há uma certa resignação de que o Estado não serve para elas, exceto na sua forma mais coercitiva. De fato, um estado de “não-direito” à saúde, desde a percepção de adoecimento até a entrada nos serviços.

Se as rotinas da Saúde da Família podem ser rígidas para a comunidade como um todo, como já dito, quando se trata da população em situação de rua, onde a problemática, antes de ser o agendamento das consultas, é a documentação, observa-se uma distância ainda maior entre suas necessidades e a oferta de serviços. Ao reificarem a norma, os serviços de saúde acabam por retirar o direito dessas pessoas.

3.2.2. A relação com o corpo



... não, e
pagando
dêa, q
ação d
suger
um jo
culdad
i acost
amos
issos
tas, tr
ama t
nível
dentes
raça p
is seu
irmãos

... fesa
lo net
avemo
ur os
ougo
brasil
selo p
de em
porque
e e o

11 de 28 de Setembro.

... do ainda a lavoura era trunfo
aiz, quando se achava em toda
e vigor, quando ainda não tinha
os ombros a prezada cruz da
sca, quando o commercio florec-

... do d... mdes tiler... e tiveram a
a dis... honra de... er por chefe
dura... vossa peregr... ção na terra
eu s... vossa mem...

... Q... mente a lei... de Setem
... 1871 seria... para que
... escravidão estivesse... p... no
... é o que tratamos... provar

... que em lugar de ter sido applicado
de conformidade com a lei, só tem
servido para encher as algibeiras dos
compadres e é empregado como tra-
mo político.

... O que só conseguisse o fundo de
emancipação foi augmentar o numero
de casamentos de *invalidos*.
Deixemos de tratar com relação a

... lella e
ta inter-
por uma, habil
luna—que se j
Recile, cujo arti
no joaual—Pac
chamamos a atte
Vamos tracta
parte que se fos
tituição a liberda
Diz a lei que
não forem dadas
prazo de um an
ração da present
dos livres.

... Muitos forão o
gigencia deixará
escravos. No ent
si nenhum gozar
Se se tratava d
dizia algum pare
ser prejudicados
tutor, e o juiz m
tratava de senhoi
diziam estes não
saveis pelo esq
procuradores e o
as mandava mati

... Para o tutor
mandatario infi
leidas nas lei
sua pessoa e ben
zo causado a ti
vertente pagarl
com a sua liberd
quelles.

... Eis porque a
tembro de 187

As maneiras com as quais as pessoas lidam com seu próprio corpo são inalcançáveis e inapreensíveis. Qualquer tentativa de explicação será sempre redutora. O que se procura são trazer elementos que componham a multiplicidade do corpo, entendido “enquanto um corpo socializado, campo de experiências compartilhadas, resultado de uma história coletiva e individual, que se inscreve nas posturas, nos movimentos, nos gostos e nos sentidos” (MALHEIRO, 2013, p. 232).

Recentemente, durante o campo noturno na região do Comércio, saímos à procura de uma usuária, Vanda, que se encontrava perto da fonte da Ladeira da Preguiça, um ponto de uso de droga. Vanda é negra, tem 36 anos e é portadora de HIV. Salvador estava com chuvas fortes há mais de um mês. Ao nos avistar, uma outra usuária, Marocas, se aproximou. Marocas tem 32 anos, é negra e está grávida de 20 semanas aproximadamente. Seu companheiro está na penitenciária; ela engravidou de um outro homem. Demonstra preocupação em morrer, caso o parceiro descubra a gestação; por isso não o visita mais. Ela busca por Vanda, que aparece do escuro, com a roupa molhada, feição de desconforto. Se agacha no chão e fala que não está bem, pois está com diarreia há alguns dias. Só tem a roupa do corpo, e passa todo o tempo molhada: ora voluntariamente na fonte, ora obrigatoriamente pela chuva. Durante a conversa, levanta e vomita. Ofertamos água e a medicamos com o que tínhamos no momento. Pactuamos que no dia seguinte ela iria na Unidade para atendimento, porém ela não aparece.

Nesse mesmo dia, um homem de 34 anos, Lucas, negro, em situação de rua, chega na Unidade com trajés sujos e um curativo grande na testa. Ele conta que tinha ido ao Porto da Barra tomar banho de mar, quando decidiu pular do trampolim. Como calculou mal, bateu a cabeça superficialmente em umas pedras, havendo necessidade de pontos. Ele me mostra a ferida bem suturada na face e insiste que eu lhe prescreva um clareador, uma medicação para deixar as cicatrizes discretas. Tudo que ele deseja é manter o seu rosto sem marcas. Tento perguntar outras questões da sua vida, porém ele está indisponível. Pede apenas que lhe prescreva a pomada e lhe encaminhe para a cirurgia plástica, caso a cicatriz fique aparente. Vai ficar na porta de uma farmácia, de posse da receita, pedindo que alguém a compre. De frente para ele, julgava-o portador de muitas necessidades, e me surpreendi com o peso que dava a uma questão estética, a meu ver, tão pequena.

O corpo, os males ao corpo e as repercussões tão individuais que cultivamos nunca poderão ser lidas inteiramente por um outro. Em pólos opostos, Vanda e Lucas produzem as suas vidas desafiando nossas suposições e desejos.

A busca por cuidado é ativada de acordo com o que ocorre na rua. Seu corpo enquanto continuação do território: um corpo-território. Questionado em que circunstâncias vai no posto de saúde, um usuário responde:

“Quando eu estou precisando, né. Sem necessidade nós não vamos procurar a Unidade do Posto de Saúde. Só quando a gente tá precisando, tá com algum problema. (...) Depende do que acontece aqui na rua, né. Às vezes a gente sente uma dor, sente uma febre, sente vômito. Acontece briga de rua, fratura, essas coisas...” (Usuário Manuel)

Não existe a ideia de ir sem sentir nada, entendendo saúde de forma mais ampla. Afinal, problemas mais urgentes, ligados à sobrevivência imediata, se colocam. Uma pessoa em situação de rua, entrevistada por Carvalho (2014, p. 168), conclui: *“A gente tá na rua e a polícia chega e leva tudo, tudo mesmo, cobertor, roupa, tudo, vou me preocupar com isso?”* (referindo-se à saúde). Se está “respirando bem”, então não está “doente” (CARVALHO, 2014, p. 173).

A infecção pelo HIV, que em muitos casos permanece assintomática, é outro ponto que provoca os serviços de saúde, já que grande parte das pessoas em situação de rua morrem, quando não por homicídio, por complicações dessa infecção. Só saber-se portador de HIV pode ser um fator de crise. O estigma incrustado paralisa o processo de cuidado, ainda tido como sinônimo de morte iminente. Acresce-se o fato de que a rede de saúde para tratamento do HIV é bastante fragmentada: o lugar onde se consulta não é o mesmo onde se faz o exame, que não é tampouco onde se pegam as medicações.

Além disso, o uso da droga entra como um desorganizador do processo de cuidado. Com frequência, as pessoas em situação de rua que fazem uso de drogas falam que não foram na Unidade, porque estavam na “onda”, que vinham se cuidando, mas “recaíram”, “pioraram o uso”, e então pararam de ir. Também, a criminalização e/ou moralização do uso de substâncias psicoativas intensifica a distância entre os usuários e os profissionais de saúde, mesmo quando eles procuram atendimento. Uma usuária, apesar de afirmar que nunca sofreu discriminação na USF, relata que já presenciou situações negativas:

“Não querer atender, virar as costas. Fazer de cachorro, porque tá drogado, porque tá bêbado. Mesmo estando drogado, bêbado, mas é ser humano e, se chegou até ali, é porque tá precisando de algum atendimento, né?” (Usuária Joana)

A incorporação desse estigma faz com que muitas pessoas neguem que fizeram uso de droga, mesmo visivelmente sob efeito dela (principalmente álcool e crack/cocaína). Quando respondem: “não uso”, eu questiono se já usaram, enquanto afirmo, anedoticamente, não ser “careta”. Com alta frequência, respondem que sim, mas que já pararam. Pergunto há quanto tempo, e muitos afirmam que pararam há dois, três dias, ou mesmo que já fizeram uso no dia corrente, mas que não irão mais usar. A conta-gotas, o vínculo ganha corpo e deixa emergir as questões submersas – ali onde reside a opressão, a resistência, a vida real, enfim.

“A senhora, o CAPS, sabe o nosso conhecimento que nós não pode negar assim o que nós faz, o que nós tramita, entendeu? Aí eu vou falar a verdade pra senhora (...), a senhora que é doutora pergunta: ‘você usa droga?’, e eu digo: ‘não uso’. Aí fica difícil a senhora acertar o remédio pra minha condição, né? ‘Ele falou que é dor de barriga, mas não usa droga, não, então quer dizer que não é efeito da resina, do efeito da droga, é uma coisa comum’. Aí às vez não é uma coisa comum.” (Seu Gregório)

O usuário traz a questão do diagnóstico que pode ficar prejudicado, o que certamente é importante. No entanto, para além do diagnóstico, compreender o lugar da droga na vida da pessoa, deixar emergir os aspectos submersos, é central para a produção de cuidado, que não se encerra (ou não deve se encerrar) em um atendimento pontual. A droga entra, muitas vezes, de forma invisível nas Unidades de Saúde (ou mesmo é impedida que entre) e atua como protagonista na vida das ruas.

“Porque eu vejo uma insuficiência [no serviço], aí eu prefiro tomar [cachaça] (...) Uma cachaça não para, mas a minha fé é tão grande, que eu tomo uma tudo de cachaça e a porra para. Aqui mesmo nasceu um bicho aqui [aponta para o pé] (...). Era pra eu ir lá fazer uma cirurgia, mas eu vi assim uma fila tão gigantesca: ‘sabe de uma coisa?’. Comecei a butar kiboa, aí ele ficava meio tonto, bicho forte: ‘Ah, essa desgraça, eu vou, não vai não?’ Soda cáustica! Não morreu o cara, rapaz. Ele ia afinando devagarzinho, (...), aí toda hora eu fumava um, entendeu? Aí tome-lhe soda cáustica, de meia em meia hora, meia em meia hora... [risos]. Aí ele morreu, ficou uma capinha em cima, eu vi a unha amarela, eu furei assim, ih, rapaz! Comecei a meter por baixo, tcham tcham tcham. Tava no osso, é pior que um bicho de porco... (...). É que foi uns resíduo de petróleo que eu tava fazendo aqui no posto [de gasolina], porque esse óleo queimado, resíduo, ele vai com rato, vai com tudo quanto é tipo de inseto, e o rapaz sempre me falou: ‘Rapaz, você use uma bota, você use uma luva, você entendeu? Entendeu? Porque

isso aí é perigoso'. Mas eu: 'que nada!' Pá, já tava lá dentro do poço mermo, tirava um dinheiro, já ia dar um pau⁶⁰, entendeu? Pensava que era o rei da cocada." (Seu Gregório)

Assim Seu Gregório narra a extração de unha que ele mesmo fez. Com uma riqueza etnográfica⁶¹, concatena os fatos e traz a complexidade do mundo do trabalho, do uso da droga, da percepção de adoecimento, dos processos individuais de cuidado e da relação com os serviços de saúde. Não raro o desejo pelo uso da droga faz com que as pessoas se submetam a condições precárias de trabalho, como o narrado por Seu Gregório e como visto em outras situações. No caso das mulheres, é muito comum a venda de trabalhos sexuais por droga como pagamento, em um contexto muitas vezes atravessado pela violência, pela extorsão e pelo roubo.

Por fim, ao passo que narra a forma como a pessoa em situação de rua lida com o próprio corpo, pontua os processos discriminatórios nas Unidades de Saúde e apresenta, em um espectro complexo, assimétrico e em tensão, as múltiplas facetas do fenômeno:

"Mas só ao que a senhora faz de vir visitar ele na rua.... porque o morador de rua, tem muitos dele, que é folgado e só procura o médico quando tá morto, é quando vem a SAMU, que mete ele dentro do carro, entendeu? Mas ele não se lembra assim de (...) gastar 5 minutos pra ir lá no posto (...) Quando chega cá, ele tá morto, com preguiça de ir lá. (...) Que nem eu mermo, só fico lá se eu tiver assim doente demais. É porque nós se sente assim: chega lá, certo que tem muita gente na frente, que a gente pensa que é do jeito que a gente quer, também não é do jeito que a gente quer, mas também... que nem eu vi ela [a trabalhadora], naquele dia, olhar pra mim e sorrir. (...) A senhora viu que ela tava tomando café naquela hora, não foi? Mais de uma hora ela beliscando aquela bolacha, e olhava pra mim assim, ó... [imita o gesto da bolacha com olhar desdenhoso]. Já viu?" (Seu Gregório)

"É que nós somo relaxado mermo. (...) Ele⁶² tá tomando cachaça e fumando pedra, não quer nada com vocês. Se não vier visitar ele, ele não vai não, se fode todo cá, que nem a senhora perguntou: 'sente assim deficiência com os pessoal da casa?' Não tem deficiência com os pessoal da casa, tem mal insuficiência nele, que tá fudido e ele não quer o que o governo tá dando, porque (...) a senhora vem cá, e faz o maior chamego com ele, mas ele não quer. Ele se sente assim... que já tá bom, entendeu? Ele acha que tá bom, e a senhora também não pode fazer nada..." (Seu Gregório)

⁶⁰ Expressão que se refere ao uso de maconha ou crack.

⁶¹ Mol (2002) afirma que os pacientes são etnógrafos dos eventos que compõem a sua vida, não apenas em termos de sentimentos, significados ou perspectivas, mas sobretudo em termos do que é feito na prática, diante das necessidades.

⁶² Se refere a Raul, um homem de 43 anos, branco, que vive na rampa do Mercado e que recentemente fraturou o membro inferior. A despeito do Consultório na Rua ter agendado consulta com ortopedista por duas vezes e ter ido buscá-lo com o carro, ele se negou a ir. Está com uma seqüela provavelmente permanente, devido ao desvio ósseo na cicatrização.

Diante do exposto, convidamos que seja acrescida à discussão de percepção saúde-doença-cuidado das pessoas em situação de rua a responsabilidade institucional sobre o seu acesso nos serviços de saúde, não em uma perspectiva de causalidade, como já abordado acima, mas de simultaneidade. Mesmo que estejam evidentes que certos aspectos da relação com o corpo e da busca por assistência nada tenham a ver com as práticas de cuidado propostas (ou negadas), faz-se necessário pensar, ainda assim, que ações os serviços devem desenvolver para se conectar com essas pessoas.

3.3. A temporalidade

Porque sei que o tempo é sempre o tempo
E que o espaço é sempre apenas o espaço
E que o real somente o é dentro de um tempo
E apenas para o espaço que o contém.
T.S. Eliot

A linguagem da rua tem um componente próprio, ligado aos modos de vida que aí se constituem, baseados sobretudo na necessidade a curto prazo. Sendo assim, as pessoas em situação de rua, então inscritas em uma outra temporalidade, caminham fora do circuito padrão. A vida nas ruas exige movimentações e deslocamentos que requerem outras habilidades para que as pessoas sobrevivam frente às violências e às necessidades imediatas (LISBOA, 2013). Segundo Lancetti (2015), ao invés de olharem para o relógio ou calendário, elas dizem: “ainda não almocei” e, mesmo com dor, podem não aguardar o atendimento no serviço de saúde.

Posturas imediatistas e, conseqüentemente, a espera por respostas na mesma velocidade, são muito comuns de se observar no cuidado junto às pessoas em situação de rua. A menção a essa característica foi frequente nas entrevistas, colocada como um dos aspectos que desafiam a aproximação com esses usuários. No entanto, nem sempre desafiam, na mesma medida, as regras do serviço de saúde.

Nele, são muitos os tempos em jogo, nem sempre coincidentes, sinérgicos, complementares. Do mesmo modo que afirmamos a existência de um tempo

específico da rua, existe também o tempo da institucionalidade, e é em relação um com o outro que esses tempos se confrontam ou se afinam.

Temos o tempo do relógio de ponto, tão imperativo e castrador; o tempo das consultas agendadas (“há mais de um mês”); o tempo do termômetro da sala de vacina, o tempo do sistema operacional da farmácia, o tempo de pegar o prontuário; o tempo do descanso, o tempo do cansaço; o tempo da necessidade, da inventividade; o tempo da conexão, progressivo; o tempo da crise, em rompante. Entre os tempos, operam ininterruptos os jogos de poder.

Segundo Nunes (2015, p. 491-2), o tempo do serviço pode ser percebido como linear, cíclico, espiralar, instantâneo ou permanente:

“(...) podemos sugerir que, na percepção de linearidade, apresenta-se um tempo cronológico, de evolução seqüenciada, onde um evento substitui o outro de modo sucessivo. O tempo cíclico tem uma aparência de retorno a algum ponto no passado, dando a idéia de retorno, repetição, o que se distingue do tempo espiralar onde o passado pode ser revisitado, inclusive em uma perspectiva de *flashback*, mas inflexões são produzidas de modo a produzirem efeitos de “ponto de virada” na trajetória do tempo (...). O tempo instantâneo é percebido em situações muito atípicas onde uma dose muito grande de afetos é mobilizada, onde a cotidianidade é abruptamente rompida, onde o futuro parece incerto, não sendo possível planejar e tendo que se atuar rapidamente. O tempo vivido como permanente é aquele que se arrasta, que não produz (sensações de) mudança, é repetitivo e não criativo.”

A despeito de serem experimentadas subjetivamente, as temporalidades acima são operadas no coletivo, o que configura uma determinada institucionalidade. Esta, por sua vez, que em princípio sintetiza um conjunto de ações singulares, pode, por força da reprodução, adquirir um estilo massificado e dessubjetivante (NUNES, 2015). Essa característica da atomização e da dessubjetivação não dialoga com a demanda das pessoas em situação de rua, que exigem constantemente que manejemos os vínculos de forma ativa.

Assim, apreender os distintos perfis de temporalidade, de “cultura do tempo”, é um aspecto imprescindível para que se entenda e se atue na dimensão da crise e do cuidado (NUNES, 2015).

Seu Lopes é um senhor de 58 anos, negro, que desde a adolescência flerta com a rua. Estudou pouco. Sofria violência de sua madrastra, que lhe batia muito e lhe queimava com utensílios de cozinha. Seu pai não lhe defendia. Passou a ir pra

rua, a beber, voltando pra casa algumas vezes. Chegou a ter sua própria casa por um período curto de tempo, na faixa dos 20 e poucos anos. Convivia com uma companheira e tinha um emprego. Quando o conheci, em 2013, ele estava na Comunidade da Trindade⁶³ e já vinha em situação de rua há muitos anos, sem nenhum vínculo familiar. Uma experiência crônica de rua, fundante da sua pessoa, eu diria.

Nessa época, não conseguia entender absolutamente nada do que ele falava. Lembro que identifiquei que o fato de ele parar de beber havia melhorado consideravelmente sua memória, deixando a comunicação entre nós mais fluida. Aqui reconheço a minha limitação de comunicar com ele, entendendo que é nessa relação do “entre” que mora a compreensão. Ainda assim, até hoje é um desafio estar ao lado de Seu Lopes, tão próximo do ethos da rua, da desorganização, das necessidades peculiares de respostas rápidas.

Estar ao seu lado é um processo constante de juntar quebra-cabeça: identificar as bordas, prever que imagem ele está tentando desenhar, em um processo que caminha entre a captura de querer desvendar o outro e a construção de uma relação posta sobretudo na alteridade – que potencializa o outro. Seu Lopes saiu da rua (está recebendo auxílio aluguel), mas a rua não saiu dele. E agora quero retomar o ponto que mais me chama a atenção: sua relação com o tempo.

Nesse ato constante de juntar quebra-cabeça, com os grandes referenciais que lhe sustentam, que ora antecedem ou sucedem determinado fato, seu Lopes narra sua trajetória quebradiça, com pontos soltos e fracos remendos⁶⁴, baseado nos presidentes que o Brasil teve. Ele guarda os registros de sua vida de quatro em quatro anos, conforme o governo. Se referencia pelos presidentes da época, enquanto apresenta mais peças pro quebra-cabeças. Com o auxílio do google, é possível juntar o seu tempo ao nosso tempo, na cronologia formal.

Além disso, ele também tem uma necessidade de respostas imediatas, que um olhar desatento classificaria apenas como ansiedade, mas é mais do que isso. Também não é só desorganização sobre qual o dia da semana ou qual o horário que marcamos o compromisso. São anos de rua que entraram na sua forma de esperar a resposta dos outros.

⁶³ Comunidade na qual existe uma Igreja (Católica), com história de acolhimento às pessoas em situação de rua. Nela está sediado o jornal Aurora da Rua, que dá voz às histórias das pessoas que vivem ou viveram nas ruas.

⁶⁴ Como nos alerta Castel (1994 *apud* SILVA, 2012) acima, o processo de desfiliação não se resume a um estado, mas a um *ethos*, onde a temporalidade marcadamente se diferencia.

Uma semana antes do nosso último atendimento, ele perguntou por que não era naquele dia. Sempre o atendo quando ele necessita, sem agendamento. Porém, como precisávamos pactuar muitas questões (sua técnica de referência do CAPS, ele e eu), entendemos que seria melhor agendar um horário, para que tivéssemos tempo de conversar sem pressa. Tinha separado um turno em que não tivesse outros atendimentos. Mas eu apenas respondi que naquele dia não era possível, por conta da quantidade de pessoas que já estava programada.

Numa boa, ele retrucou: “A defensora, Dra. Carmela, disse a mesma coisa. Vocês atrasam o meu lado!”. Era 8h da manhã, eu estava em frente à minha agenda, pegando o nome das pessoas que estavam marcadas e constatando que tinha muita gente – o que já me deixou mais indisponível pro diálogo. Sei que poderia ter sido mais acolhedora na minha explicação anterior. Respondi, também numa boa, mas com alguma irritação: “É, seu Lopes, é que o tempo dos serviços muitas vezes é diferente do nosso tempo. Nem tudo é no tempo que a gente quer, ou mesmo precisa.”

Acho que nesse momento eu incorporei o conservadorismo da instituição e o “fique no seu lugar”. Mas também posso interpretar, sendo um pouco menos rigorosa comigo mesma, que eu tentei dialogar com os limites que de fato o serviço apresenta. Será possível, em algum momento, que a Unidade responda no tempo e na intensidade que as pessoas em situação de rua demandam? E será que essa tentativa de conciliação também não é importante para que elas se aproximem mais do mundo das instituições e, conseqüentemente, do mundo dos direitos, da forma como está dado? Essa tentativa que proponho, de conciliação, é conservadora?

Pois bem, Seu Lopes compreendeu o que eu quis dizer. Percebendo que eu tinha ficado algo chateada, e talvez não esperando por isso, sorriu bem largo (como ele faz quando quer resolver um problema), disse que não estava chateado comigo, mas reafirmou que “a gente atrasava o lado dele”. É verdade, Seu Lopes, não deixa de ser.

Na semana seguinte, finalmente nos encontramos e ele falou sobre a sua ida à Defensoria Pública. Falou que tinha dormido mal, porque tinha passado a noite anterior na rua. Em nenhum momento ele sentiu necessidade de justificar por que, já com um quarto, dormiu na rua. Depois de um tempo compreendi, e ele confirmou, que dormiu na rua para não perder o horário do atendimento com Dra. Carmela, às

10h da manhã. Dormiu ao lado do posto policial do Comércio. Sem teto, ele podia ver o momento que o céu mudava de cor e o sol nascia, sinalizando que era hora de se dirigir ao Canela. De dentro de casa, Seu Lopes não consegue identificar se ainda é noite, madrugada ou já um novo dia. Entre ele e o mundo, separados por paredes e porta, o tempo escapa. O relógio nada lhe diz. Além disso, juntando seu medo de automóveis e a falta de dinheiro, seu transitar pelas ruas da cidade é sempre caminhando. Um atraso poderia lhe fazer perder o atendimento.

Acontecia com Nice⁶⁵ também. Quando ela combinava com sua técnica de referência do Ponto de Cidadania algum compromisso pela manhã, ela dormia na Praça das Mãos. Se dormisse em casa, ela não acordaria. Ou seja, em um contexto de aproximação tão intensa com o ethos da rua, a rua pode entrar como um fator organizador, e não desorganizador. Não se pode colocar que a aproximação com a rua vai ser sempre um fator negativo. Pra Seu Lopes e pra Nice, a dormida na rua, em geral, significa e significava a tomada das rédeas da vida, na direção de uma melhor qualidade de levá-la. Existe resistência na rua, potência e formas positivas de sociabilidade. Sem desejar, de forma alguma, tomar a rua de forma romântica, o que seria mais desresponsabilização do que reflexão, mas antes tomá-la no cerne da sua multiplicidade.

No fim do atendimento, falei pra ele que queria conhecer sua casa, e ele disse que sim, sorrindo. Nunca imaginei Seu Lopes fora da rua, e, olha aí, ele está fora dela, embora ela persista dentro dele⁶⁶.

(Trecho do diário de campo de 01 de setembro de 2017⁶⁷)

Como vemos, o tempo da consciência precede o saber, sendo múltiplo, desigual, heterogêneo. Não compartilha da homogeneidade do tempo do mundo ou dos relógios (COMTE-SPONVILLE, 2000). Vem inscrito na pele, enquanto experiência. Antes de passar pela cognição, passa pela intuição.

Por isso, tanto mais nebuloso como conceito, mais claro o tempo é como experiência. Daí as extensas teorias que se constroem a respeito dele, apesar de,

⁶⁵ Nice era uma mulher em situação de rua, que morava no Comércio e que faleceu em 2016. Falaremos dela abaixo.

⁶⁶ Seu Lopes voltou para as ruas, após se endividar com um agiota. A não inserção no mundo do trabalho faz com que os benefícios eventuais (como o de moradia) sejam muitas vezes utilizados para outros fins. Das últimas vezes que o encontrei, estava bastante sujo e vestia uma camisa: "Salvador, cidade esperança".

⁶⁷ Agradeço a Milena Marinho, pela parceria e aprendizado cruciais no cuidado junto a esse usuário.

como variável do mundo pragmático, não nos restar dúvida do que seja (COMTE-SPONVILLE, 2000).

No espaço social, várias temporalidades habitam o mesmo tempo histórico. Santos (2002) coloca que Baillard⁶⁸ divide o tempo em três tipos: o tempo cósmico, o tempo histórico e o tempo existencial, de forma que os três tipos se comunicam entre si, ao passo que o tempo é social. O tempo cósmico é um critério objetivo, sujeito ao cálculo matemático, da natureza; o tempo histórico também é objetivado, na medida em que a História é espectadora, mas já traz em si algumas clivagens, dada à intensa carga humana; o tempo existencial, subjetivado, é o tempo íntimo, interiorizado, não objetivado. Seria o que COMTE-SPONVILLE (2000), a partir do filósofo Santo Agostinho, chama de “tempo da consciência”: a temporalidade como uma distensão da alma, como a unidade da consciência do passado, do presente e do futuro.

“A temporalidade não é o tempo tal como ele é, ou seja, tal como passa; é o tempo tal como dele nos lembramos, ou como o imaginamos, é o tempo tal como o percebemos e o negamos (...), é o ‘tempo da consciência’ (...).” (COMTE-SPONVILLE, 2000, p. 32)

A dimensão individual sobressai na análise da temporalidade. Temos como dados tão óbvios signos objetivos da vida em sociedade (segunda-feira, manhã, tarde, 9:30h, etc.), que não atentamos para a possibilidade de que outras temporalidades habitem essa sociedade. De forma insistente, as pessoas em situação de rua tensionam o poder normatizador das instituições.

Nos serviços, elas não costumam ter a sua temporalidade validada como variável, como categoria, como elemento de relação. Geralmente, em seu lugar, se interpretam desobediência ou desinteresse. O discurso frequente que advoga que “não aguardou a consulta porque realmente não estava precisando”, ou “não tem nada mais a perder”, demonstra um entendimento limitado dos múltiplos modos possíveis de levar a vida e habitar a sociedade.

Santos (2002, p. 22) conclui que “o império do tempo é muito grande sobre nós, mas é, sobre nós, diferentemente estabelecido”, na medida em que a cidade é cenário das personagens mais diversas (pessoas, instituições, firmas), que trabalham segundo uma materialidade não única. Ao contrário, a materialidade é

⁶⁸ O artigo de Santos (2002) não faz referência bibliográfica a esse autor.

múltipla, atravessada por elas próprias, segundo seus respectivos tempos, que são lentos ou rápidos.

Seguindo esse raciocínio, temos que a rua, enquanto território vivo e de fluxos incessantes, se configura não apenas como um parâmetro geográfico, mas também como um parâmetro temporal, no qual o funcionamento do cotidiano a remonta e recria.

Em outras palavras, tempo e espaço pertencem a dimensões gêmeas, posicionados de forma que um dá sentido ao outro: não se pode haver espaço fora da dinâmica do tempo e tempo fora da materialidade do espaço (HAESBAERT, 2002; SANTOS, 2002).

A partir da imersão nessa velocidade outra, as pessoas em situação de rua surgem como anúncios de vida, que habitam o espaço e movem-se no mundo de forma diferente (SILVA, 2014) – por vezes rápidas nas instituições e lentas no vagar pela cidade. Nas duas circunstâncias, trazem à tona dizeres e atos referentes a violações de direitos e potências de existência (SILVA, 2014) – quando se aguça o olhar.

Na Unidade de Saúde, as diferentes temporalidades do cotidiano requerem constantes negociações. Nela, trinta minutos podem ser lidos e vividos como duas horas. É muito frequente que, enquanto você busca o prontuário da pessoa, ela vá embora. Além disso, a linguagem e todas as outras formas de comunicação devem ser muito transparentes, afetos postos na mesa e pactuações algumas vezes milimétricas. Abrir a possibilidade de comunicação com essa pessoa e demonstrar, corporalmente, seu interesse nela fazem toda a diferença. Mesmo que dê errado tantas vezes, em outras tantas dá certo. A construção do vínculo começa nesse primeiro olhar e na (re)disposição dos afetos e dos poderes produzidos e herdados por nós, atrizes da cena.

Mesmo construindo flexibilidade na agenda para absorver a demanda, manejar a espera nem sempre é fácil:

“A maior dificuldade que eu acredito é a espera. Eles não esperam e não querem esperar, eles não podem esperar, né? Então tudo seria urgente, tudo imediato. Não querem aguardar nada, principalmente, consulta médica. Eles ficam muito agressivos (...). Eles não querem esperar, quer chegar, chegou, entra logo, resolve e sai. (...) E aí o que é que eles fazem? Usam a agressividade pra chamar a atenção, pra se resolver logo os problemas dele. Porque ou ele é atendido ou ele vai embora. Das duas, uma, né? (...)

Começa a gritar, bate no balcão, etc. e tal, aquela coisa toda.” (Profissional C)

Como já dito, o fato de as pessoas em situação de rua serem regidas por outro relógio (o da necessidade diária, renovada a cada dia) é interpretado puramente como indisciplina. Ainda que se reconheça que o tempo da rua inscreva nas pessoas comportamentos específicos, o que aprofunda o debate da indisciplina e traz para a cena a produção social da subjetividade, a instituição não considera que lhe caiba modificar suas regras e normas para garantir o acesso à saúde. Existe uma dialética entre o tempo e o espaço na e da rua, que dialoga de forma tensa com os serviços.

O crack, por exemplo, apresenta-se como funcional para as pessoas que passam a noite nas ruas. O período da noite é um período de vulnerabilidade maior, com frequente ocorrência de violência policial e entre os pares. Estar acordado à noite funciona também como medida de proteção. Durante o dia, quando os serviços estão abertos, é esperado que haja uma forma de comunicação diferente entre as pessoas que dormiram e entre as pessoas que não dormiram.

Conceber a diferença das temporalidades como um elemento que ajuda a entender a relação das pessoas com as instituições não deve ser tomado como essencial e imutável, como se o tempo para nós fosse sempre diferente do tempo delas. A temporalidade vem como um elemento que sofisticava, que nos convoca a aprofundar a relação. No entanto, com frequência o imediatismo vem de experiências comuns de sofrimento e necessidades, como dor, sede, fome, sono. Nesses casos, a oferta de analgésico, de água, café ou um lanche, se houver, pode resolver, ou minimizar, o obstáculo. Posturas que demonstrem que aquela pessoa vale à pena, que ali é seu lugar de direito. Apesar das distâncias de mundo, um esforço está sendo feito em reduzi-las.

Outra dimensão que surge no imediatismo é a qualidade da sua inserção no mundo do trabalho. Como já dito, a maioria delas guarda carro, recicla, vende água ou outros insumos nas “guias” – renda instantânea e fugidia, que, por questões de minutos, pode não ser produzida. Por isso que sentar e aguardar duas horas para ser atendida pode ser inviável, quando o dinheiro para o almoço (ou para a droga, que preenche sua existência) ainda será produzido. O que ela faz com sua renda

depois que aguarda ou não o atendimento não nos compete, e não deve ser usado como critério.

Há poucos meses, Ramiro (conhecido por “Queimadinho”, por ter parte considerável do seu corpo queimada em uma briga de rua) passou quase uma semana com uma infecção no braço, consequência de lesão extensa por vidro proferida pela ex-companheira. Não aguardou o tempo necessário no Hospital onde ficou internado. Com o braço enrolado em um lenço, seguia vendendo queijo coalho pelas praias de Salvador. O trabalho lhe tem uma função ordenadora. Muito difícil encontrá-lo sem portar nada em mãos para vender. Para ele, era mais importante seguir com a venda e, conseqüentemente, garantir uma renda, do que tratar a infecção do seu braço.

Sabe-se que a extenuante e instável carga de trabalho é um fator importante no acesso aos serviços pelas pessoas em situação de rua. Segundo pesquisa recente realizada em Salvador, 45,3% dos entrevistados ocupam sete dias da semana com atividades de trabalho e 32,7%, entre cinco e seis dias. Acresce-se que aproximadamente 1/3 das pessoas trabalham por mais de oito horas diárias (CARVALHO *et al.*, 2017).

Esse é o aspecto do tempo objetivo, matematicamente palpável: a precária inserção no mundo do trabalho faz com que a renda seja utilizada na mesma unidade de tempo em que é gerada. Por isso, as pessoas em situação de rua não dispõem de tempo para aguardar atendimento, tampouco para enfrentar filas de agendamentos. Matsuo (2009) traz o impactante dado de que algumas catadoras de material reciclável, na cidade de São Paulo, trabalham das 7 às 22h, totalizando 15 horas diárias de jornada. Como bem narrado por um dos interlocutores da pesquisa:

“Apesar de eu tá na rua, eu procuro muito me manter, do modo possível. Se não for de emergência, muitas vezes a gente não se desloca até lá. (...). Eu precisando de trabalhar pra almoçar, pra tomar café, pra comer. Aí vai passando a mão por debaixo do pano. (...). Eu trabalhava mais no lixo, em reciclagem, papelão, garrafa, lata. É um trabalho esforçado, a gente tem que andar muito pra poder se manter, né. Eu não ando pedindo muito as coisas aos outros. É a coisa mais difícil eu pedir na rua às pessoa, sempre eu procuro fazer por onde eu ter. Então, se eu for comprar um negócio de um real ali, eu trabalho pra comprar.” (Usuário Manuel)

Acrescenta sua experiência na fila de um Centro de Saúde, enquanto tentava agendar uma consulta:

“A pessoa já dorme na rua, de roupa suja, todo maltrapilho, ainda pra pegar uma filona daquela danada. É a maior zueira, é menino chorando, é gente gritando, é gente mal educada.... E pra atender certas pessoas, né? (...) Não sei se ela vai querer atender ou não.” (Usuário Manuel)

Além do inegável desconforto dos disputados agendamentos no SUS (especialmente frequentes em Salvador), ainda lhe pairava a dúvida se a profissional iria atender “certas pessoas”. Se referia a ele próprio, em situação de rua e portador de HIV. Como se existissem pessoas que tivessem direitos e outras que não tivessem. Já que ele não tinha, não valia à pena aguardar tanto.

A inserção no mundo do trabalho tem sido um tema frequente na Saúde da Família, quando se discute o acesso das pessoas vinculadas ao mercado formal (discussão que se iniciou e ainda tem maior peso quando se trata da saúde do homem). A possibilidade de horário estendido (depois das 17h, alcançando o turno da noite), ou aos sábados, nas USFs, provém do debate de que os homens não acessam os serviços de saúde durante horário comercial (COELHO *et al.*, 2018).

E para as pessoas com inserção precária no mundo do trabalho, de que tecnologias organizacionais dispomos? Para elas, o trabalho da manhã é o mesmo da tarde, que é o mesmo da noite, que é, também, o mesmo do final de semana. Por isso a importância de absorver as suas demandas de saúde, mesmo as não urgentes, no dia em que elas procuram os serviços. Ao invés de informá-las sobre o dia e a hora do agendamento das consultas, tentar atendê-las⁶⁹.

Algumas pessoas em situação de rua desenvolvem estratégias para driblar suas demandas imediatistas. Algumas delas dormem, fumam, ou mesmo cantam louvor na sala de espera. Como confirmado por uma das profissionais entrevistadas, uma usuária que canta já relatou que se acalma ao fazê-lo. Por vezes, no horário de almoço, enquanto aguarda o próximo turno, ela canta bastante pelos corredores da Unidade. Além da fome, da dor e do sono, potencialmente contornáveis, é possível construir com elas outras estratégias de enfrentamento ao tempo rígido dos serviços?

Naturalmente, a linguagem do imediatismo pode seguir no mesmo trilho da linguagem da violência. Através da violência se consegue viver na rua. Quem não usa da violência como linguagem tenta se esconder dela. Mas ela está sempre inscrita nas escolhas de lugar para dormir, onde comer, onde transitar, de que forma trabalhar. No caso das mulheres, a escolha de não tomar banho ou de cortar o

⁶⁹ Questões mais afeitas ao processo de trabalho e organização da agenda serão debatidas no capítulo 4.

cabelo bem curto pode ser uma forma de enfrentamento à violência sexual a que são submetidas.

É através da violência que o Estado primeiro chega a essa população. E é também através da violência, a institucional, que a Saúde fecha sutilmente (ou às vezes acintosamente) suas portas. Sem alarde, sem alteridade, em nome da norma:

“Certa vez (...) alguém procurou o serviço e foi negado, porque colega teve que sair pra almoçar. Não tinha nem começado o almoço, mas não quis voltar pra atender a pessoa... Logo depois houve um caso de um estudante de medicina, que precisou de atendimento com urgência, e colega largou tuuuudo e (...) deu tudo o que precisava, ali naquela circunstância, com bastante carinho, precisão. Interrompeu almoço pra fazer isso...” (Profissional D)

Não é raro que situações como essa aconteçam: a norma do almoço ocupando o lugar da negativa do acesso. Nesse caso, o dever de atendimento à urgência também ocultou disparidades da atenção. A questão premente que se coloca é: em que se baseiam nossos processos de alteridade? É provável que a linguagem da violência *a priori* resulte da conformação também violenta da instituição. Historicamente, o que representam os serviços de saúde para essas pessoas? Um usuário chegou a se comparar a um “lobisomem”, frente às situações de discriminação que já vivenciou:

“Eu às vezes até saio assim com um trauma, porque eu já tive umas duas ou três vezes precisando de... Mas eu vi assim aquela mau vontade, como se eu fosse um dinossauro, ou fosse assim aqueles, que nem antigamente tinha aqueles bicho mais feio, né, às vez: ‘não, ali é um lobisomem’, aqueles bicho de antigamente de 1700 lá até o século 20, né? Nego dizia: ‘ah, rapaz, isso aí é...’ [faz gesto de coisa que não vale nada], entendeu?” (Seu Gregório)

Sendo assim, diante desse cenário multifacetado, por vezes com práticas discriminatórias e barreiras burocráticas, os usuários utilizam suas maquinarias para assegurarem o acesso ao serviço:

“Se a pessoa chegar na educação e na conversa, ela não vai achar também logo, assim, rápido... mas pode até achar, sabe? Pode até conseguir o atendimento. E se ela chegar bradando tudo (...), é mais rápido. Mais perto do que afasta. Mais fácil do que difícil.” (Usuária Gabriela)

Por outro lado, processos de reflexão acerca da linguagem imediatista e violenta, como este, também aparecem:

“É porque eu queria chegar, eu queria ser logo atendida. E se eu não fosse atendida, eu queria quebrar tudo. Eu horrorizava tudo, isso aí era pior pra mim. Porque eu queria ser logo atendida, mas só que eu tinha que saber que eu tinha que esperar.” (Usuária Gabriela)

Certamente, o vínculo construído entre ela e a equipe, associado às notáveis melhorias na ocupação da USF pelos “maloqueiros”, como eles mesmos costumam se referir, provocou esse deslocamento. Ao passo que aponta as suas dificuldades em estabelecer uma comunicação mais tranquila com o serviço, ressalta que não sentia, muitas vezes, um interesse deste para que a situação fosse contornada. De forma semelhante, uma outra usuária pontua que os funcionários dos serviços de saúde não devem responder com agressividade quando abordados com agressividade:

“Eles tem educação... Não sabe?, primeiro chama atenção, vê, vai saber porque a pessoa tá [agressiva]... Porra, porque a gente sofre muito, véi, na rua, entendeu? É uma coisa muito complicada, Lua. É complicada. (...) Num é pra dar a mão, entendeu, o que eu quero dizer, mas dar uma palavra pra quem tá estourado: ‘calma!’. Falou uma, duas, tá acalmando ele, e ele não quer acalmar? Tudo bem, aí sim. Mas primeiro tem que [ir] na manha, po...” (Usuária Quitéria)

“Muita gente que trabalha com posto, com gente, eu acho que as pessoas que vão trabalhar com tipo de saúde em posto, como tipo de um CAPS, sabendo que vai lidar com várias maneiras de cada pessoa... drogado, pessoas lombradas... e sabendo tudo isso, tá ligado? Sabendo tudo isso, eu acho que essas pessoas... A gente merece, porra... merece essas pessoas trabalhar com amor com a gente! Merece. E nós também, tem que botar em nós também, respeitar, entendeu? Mas pra ter o respeito tem que ter respeito; pra ter o carinho, eu nem quero carinho dela, mas uma boa educação e um bom tratamento também...” (Usuária Quitéria)

As formas de solucionar cenários de tensões seguem sendo construídas. De um lado, estratégias de continência dos usuários que entram em crise diante das rotinas dos serviços e, de outro, uma certa disputa, ou mesmo controle, que em muitos momentos pode disparar processos de revanche. Não é fácil discernir se a técnica utilizada trabalha em uma perspectiva de controle ou continência. Passeamos de um lado para outro, da oferta do café, da escuta, ao enrijecimento das normas:

“Quando a pessoa está assim, agressiva ou tenta se impor, você tem que se impor. Porque se você não se impuser, realmente, ele vai dominar a situação, né? Então, eu digo assim: ‘você tem que aguardar’. Porque se você fica: ‘não, diga ali a doutora que eu tô aqui’, ‘diga ali a doutora’, ‘ela mandou eu vir, ela passou, mandou eu vir, agora não vai me atender?’ ‘Calma, sente. Ela tá atendendo outra pessoa’. Então, você tem que se posicionar, realmente. Porque senão ele manda na situação.” (Profissional C)

Aprofundaremos o elemento da violência adiante, por compreendê-lo como transversal na vida das pessoas em situação de rua e marcadamente presente na relação que elas e os serviços de saúde estabelecem entre si.

3.4. A violência e a morte

“Os meninos e meninas na rua e de rua se constroem mutuamente na interação cotidiana no espaço coletivo. Vivem experiências alargadas de vida, protegem-se, agridem e transgridem e são violentados pelo que há de instituído: polícia, justiça... E violentam para atingir objetivos a que se comprometem. A rua impõe regras, tem sua ética própria: cooperação e solidariedade, agressividade e competição, componentes necessários para a sobrevivência, para a individualização.” (ESPINHEIRA, 1993, p. 25)

Como bem narrado acima por Espinheira, inicialmente se referindo às crianças em situação de rua, com maior visibilidade na década de 90, a violência, em suas diferentes intensidades, é fator presente e constante na vida de todas as pessoas que fazem da rua o seu espaço principal de existência, sendo causa de muitas condições de sofrimento, adoecimento e mortalidade.

Dada à sua pluralidade intrínseca, o mais adequado é que se fale sobre violências e que se assuma que todas as teorias sobre o tema são parciais (MINAYO; SOUZA, 1998; MINAYO 2009). Por isso, o elemento da perspectiva, do ponto de vista, será considerado chave na análise do fenômeno. Para efeito de delimitação, assume-se como violência o evento caracterizado por ações cometidas por indivíduos, grupos, classes ou nações, que têm como consequência danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais, através do uso da força, do poder e de privilégios (MINAYO; SOUZA, 1998; MINAYO, 2009).

As representações da violência atravessam a subjetividade humana, que é condicionada pela cultura e pelo contexto histórico, o que explica sua variação

conforme o tempo e o local (MINAYO, 2003; GUIMARÃES E SILVA 2016b). Resultam de experiências individuais e coletivas, tendo como manifestações a “forte carga emocional em quem a comete, em quem a sofre e em quem a presencia” (MINAYO, 2003, p. 26), podendo se expressar física ou simbolicamente.

O aumento da visibilidade da violência enquanto fenômeno se dá principalmente pelos altos índices de criminalidade (GUIMARÃES E SILVA, 2016a). Assuntos como insegurança, medo, perigo e crime são elementos que balizam as práticas sociais de caráter defensivo, repulsivo ou repressivo, essencializadas no cotidiano urbano (KOWARICK, 2002).

No Distrito Sanitário Centro Histórico, de 2010 para 2015, a taxa de incidência de violência doméstica, sexual e outras violências passou de 146,10 por 100 mil habitantes para 169,51 por 100 mil habitantes. Além disso, a taxa de mortalidade por causas externas⁷⁰ neste Distrito, em 2015, foi de 94,31 por 100 mil habitantes⁷¹ (SALVADOR, 2017).

Ainda, cabe ressaltar que, entre os anos 2012 e 2017, dos noventa adolescentes usuários de drogas acompanhados pelo CAPSad do Centro Histórico, nove foram vítimas de homicídio, destacando-se que seis foram executados por agentes do Estado (MENEZES JUNIOR, 2018).

A qualidade da morte das pessoas em situação de rua traz nuances que merecem atenção, a começar pelos massacres. O mais antigo que foi noticiado aconteceu na década de 60, no Rio Janeiro, às vésperas da visita da Rainha Elizabeth II, ficando conhecido como “Operação Mata-Mendigo”. Quase trinta pessoas em situação de rua foram assassinadas e jogadas, algumas delas ainda vivas, no Rio Guandu. Com o golpe de 64, os inquéritos ficaram arquivados (SILVA, 2013b; ESCALEIRA; RAMOS, 2009 *apud* MIRANDA, 2014). Em 1993, houve a chacina da Candelária, no Rio de Janeiro, na qual oito crianças e adolescentes foram mortos. Uma década depois, em 2004, sete pessoas em situação de rua que dormiam na Praça da Sé, em São Paulo, foram assassinadas com golpes na cabeça.

⁷⁰ Os homicídios, suicídios e acidentes de trânsito respondem, em conjunto, por cerca de 2/3 dos óbitos por causas externas no Brasil (BRASIL, 2018).

⁷¹ Seguem as taxas de mortalidade por 100 mil habitantes de todos Distritos Sanitários de Salvador, no ano de 2015: São Caetano/Valéria 139,11; Liberdade 99,0; Subúrbio Ferroviário 96,4; Centro Histórico 94,31; Itapagipe 87,98; Cajazeiras 82,94; Pau da Lima 77,9; Brotas 72,54; Itapuã 70,28; Cabula Beiru 67,89; Barra/Rio Vermelho 54,32; Boca do Rio 0,47 (SALVADOR, 2017).

Como repúdio a esse último episódio, foi criado o Movimento Nacional da População em Situação de Rua (ESCALEIRA; RAMOS, 2009 *apud* MIRANDA, 2014).

A Saúde parece tangenciar essa problemática. Os determinantes macrossociais e os riscos acarretados pela existência subcidadã das pessoas em maior vulnerabilidade não protagonizam como objeto de trabalho na Atenção Básica. Apesar de algumas ações, as pessoas em situação de rua e a morte constroem uma relação próxima. Dos usuários e usuárias aqui citados, como se observa, muitos já faleceram.

Vivemos em contato com a morte. Assistimos à morte lenta, que dura meses, anos, à morte abrupta que ainda está sendo divulgada. Hoje mesmo, mais uma parceira foi sepultada. A morte é nossa colega de trabalho e se apresenta de todas as qualidades, matizes, formas e tempos. A morte com cheiro de sangue, de gaze suja não trocada por semanas, de fralda pouca, da sujeira da rua, de carne fresca - sempre preta, a mais barata - até aquela morte mais distante, calma e por vezes desejada. A morte sem barulho de aparelhos médicos, sem a limpeza asséptica das UTIs. Ela mora nos casarões abandonados e divide o mesmo gato de energia e a única torneira de água suja. Entre a existência e a morte há muita coisa e ao mesmo tempo quase nada.

A morte que nos acompanha tem poucos status, exceto o da desnecessidade. Não me refiro apenas à desnecessidade óbvia da morte matada, mas aquela que convive calmamente, por anos, com a morte morrida. A total ausência do Estado, exceto pela sua forma mais coercitiva. Ela caminha com a mãe que, levada à delegacia pelo policial que a viu bater no filho, brada: “estou batendo hoje pra você não matar amanhã.”

No patamar da miséria, nessa gestão da desgraça, algumas mortes batem mais fundo, chegam pontudas feito faca na minha carne privilegiada: a morte que é, sobretudo, as muitas mortes que assistimos. Pelas ruas que pulsam vida e morte em semente, a resistência é fundante, e também não descansa.

(Trecho do diário de campo de 18 de março de 2018)⁷²

⁷² Escrito na ocasião do assassinato da vereadora Marielle Franco.

Em alguns casos, a bala costuma ser mais ágil do que os projetos terapêuticos singulares que construímos – ou que deixamos de construir:

Luisinho eu conheci quando ele tinha 15 anos, lá no CAPS. Era o menino mais legal, mais comunicativo, sorridente, gente fina. Andava mais pelo Santo Antônio e Sete Portas⁷³. Catava latinha. Encontrei uma vez no carnaval.

A primeira vez o atendi porque ele estava com linfogranuloma venéreo⁷⁴. Não tinha o antibiótico indicado no momento. Cheguei a guardar pra ele quando os remédios chegaram, mas ele nunca tratou. Depois, ficava indo na Unidade tratar o “pano branco”. Nunca melhorou o pano branco.

Faz um dia que a Polícia o matou, com tortura, algemado, lá no Pela Porco⁷⁵. Luisinho foi morto, recém maior de idade. Passamos três anos tratando seu “pano branco”, que nunca melhorou.

(Trecho do diário de campo de 13 de junho de 2016)

Das histórias narradas, é importante refletir sobre dois aspectos. O primeiro é o tipo de ações que a Saúde, enquanto setor, tem a responsabilidade de desenvolver, considerando que as pessoas estão morrendo de outras causas que não a doença. O segundo é a constatação de que a violência criminal não é a única identificada no processo de adoecimento e morte das pessoas em situação de rua. A ausência de políticas voltadas para essa população também é uma forma de violência.

Dessa forma, temos que a delinquência e a criminalidade constituem apenas uma faceta deste fenômeno complexo, polissêmico e controverso, e reforçam a repressão enquanto medida solucionadora, dentre outras intervenções normativas, questionáveis e de curto prazo. É fundamental resgatar a multicausalidade e a relação de causa-efeito na análise socio-histórica e subjetiva da violência (MINAYO, 2003).

⁷³ Bairros próximos ao Pelourinho.

⁷⁴ Infecção sexualmente transmissível

⁷⁵ Região do Centro Antigo de Salvador

3.4.1. A violência na ESF: de “fora pra dentro” e de “dentro pra fora”

Geralmente, a discussão sobre violência dentro da Estratégia de Saúde da Família aparece em duas vertentes, ambas vindo de “fora pra dentro”. A primeira, a violência que chega como objeto de trabalho nos corpos das pessoas: as facadas difusas na carne ainda sangrando, a idosa em depressão que sofre agressão verbal do seu filho, o filho que tem seu braço quebrado por estar devendo ao tráfico, a costela fraturada pela polícia. Exemplos não faltam e vêm sendo apresentados ao longo da dissertação, já que não é possível, e nem seria nossa intenção, isolar a violência enquanto categoria de análise hermética: ela é onipresente.

Descritivamente, gostaríamos de destacar a violência de gênero que pulsa na rua. As mulheres *cis* e *trans* e as travestis estão sujeitas a toda sorte de agressão, desde o controle dos seus corpos, dos seus hábitos, às agressões verbais e, por fim, às físicas – tanto pelos seus pares quanto por agentes do Estado:

Cida, negra, 32 anos, com frequência é espancada pelo companheiro, sobretudo quando sai para beber. Recentemente, precisou suturar a lesão em face que o seu cunhado lhe proferiu.

Joana foi para as ruas ainda adolescente após ser abusada sexualmente pelo padrasto. Tem 24 anos e é negra. Após ser espancada pelo último companheiro, volta para as ruas com os dois filhos. Consegue um teto na casa de um amigo do companheiro anterior a esse, que, ao saber que ela está abrigada, força o amigo a lhe deixar novamente na rua. Dias depois, se “reconciliam” e voltam a morar juntos, mas ele a agride e vende toda a comida que ela compra para os filhos, para usar crack. Como sua mãe mora perto, ele se alimenta em sua casa, mas a deixa, com as crianças, passando fome. Joana está devendo ao tráfico – segundo conta, por uma dívida que um dos companheiros fez. Mensalmente, paga ao tráfico com o auxílio aluguel e o Bolsa Família, tudo o que recebe. Nos fala que não tem medo de morrer, mas sim de ser morta na frente dos filhos, que isso ela precisa evitar: “imagina se os dois me veem baleada no chão?”

Otacília, negra, 46 anos, além de estar em situação de rua e de prostituição, também tem uma deficiência intelectual importante. Tem casa própria em um bairro distante do centro, mas foi expulsa dela pelo companheiro, que lhe agride fisicamente, principalmente quando está sob uso de álcool.

Paula, 35 anos, branca, é uma italiana que demorou três anos para voltar para casa, na Itália, vivendo em situação de rua enquanto isso. Levou um murro no olho de um policial, que a forçou a sair da frente de um prédio público de manhã bem cedo.

Linda, 24 anos, negra, grávida de oito meses, foi encontrada desacordada na Ladeira da Montanha, por ter sofrido tentativa de homicídio por espancamento. Estava com dívida com o tráfico. Foi levada para o HGE, submetida à cesárea (filho nasceu bem e está institucionalizado), onde permaneceu por meses, sendo depois transferida para o hospital de pacientes crônicos. Quando recebeu alta, o carro do hospital a deixou em situação de rua novamente, na Praça das Mãos. Está com sequela motora e de fala⁷⁶.

Anita, negra, 26 anos, chegou no HGE com 90% da sua área corporal queimada, ainda falando. Repetia que estava grávida, como que em um apelo, apesar do exame urinário estar negativo. As vezes que comparecia na Unidade, falava sobre seus filhos – que descobrimos depois não serem seus – e reafirmava seu desejo de ser mãe novamente. Supomos que a gravidez, para ela, era um mecanismo de proteção na rua. Infelizmente, faleceu depois do ocorrido.

Poderíamos narrar também as histórias de Julieta, Raimunda, Maria, Nair, Zefa, Elisa e tantas outras. Não conheço mulher em situação de rua que não esteja submetida ou já tenha sofrido alguma violência de gênero com riscos ou danos físicos graves. Por conta disso, a rede de serviços parceiros do Centro Histórico fortaleceu a criação de uma roda de mulheres em situação de rua sobre violência, em 2016, disparada inicialmente pela articulação do Movimento de População de Rua e pela Marcha Mundial de Mulheres. Além disso, pelo assédio que a roda sofria dos companheiros das mulheres, e também pela necessidade de ampliar a discussão de gênero, criou-se a roda sobre masculinidade com os homens. Aqui é imprescindível destacar a atuação central do Ponto de Cidadania, do Corra pro Abraço, do Movimento de População de Rua e da RENFA como coordenadores dessas ações ampliadas.

A segunda vertente da violência “de fora pra dentro” da Estratégia de Saúde da Família é a violência como uma força externa, presente no cotidiano do trabalho das equipes que atuam com base territorial, e que condiciona o processo de trabalho,

⁷⁶ Tal qual o “pano branco” de Luisinho, nos preocupávamos com o sopro cardíaco que Linda tinha, e que já lhe havia rendido alguns dias em UTI em uma outra gestação. Como tantas outras mulheres, teve o seu filho retirado.

definindo, por exemplo, o horário de funcionamento das Unidades de Saúde e a realização de atividades de campo (como as visitas domiciliares). Essa vertente se inscreve na sensação de insegurança e medo causada pelos altos índices de violência criminal, estando diretamente associada às representações sociais dos profissionais – fortemente influenciadas pela mídia – sobre a favela, as pessoas que moram nela, as que usam substâncias psicoativas, o tráfico e a violência policial. Vivemos um dilema entre a precaução necessária e o excesso de medo do desigual.

Certa vez, fiz visita domiciliar, pela manhã, a Dona Rosa, a senhora com transtorno psicótico que piorou sobremaneira após abordagens violentas da Polícia⁷⁷. Ao sair da sua casa, retornamos imediatamente: vimos de longe policiais civis armados e dois rapazes algemados, todos encapuzados. Dentro daquele clima de hostilidade, era difícil dimensionar o delírio de Dona Rosa, que passava o dia falando: “os homi tão chegando”.

Por outro lado, com frequência visitamos locais onde se supõe uma violência iminente, e a vivência prática evidencia um espaço tranquilo de sociabilidade. A forma como o elemento da violência é acionado discursivamente pelos profissionais da USF, muitas vezes, é distante da realidade.

As duas vertentes descritas acima são formas de violência “de fora pra dentro”, nos seus aspectos macro e microsociais. Apesar de ser tema recorrente nos discursos que ocupam os serviços de saúde, não o são com a mesma intensidade as formas criadas pra se tentar lidar com ela. Se é um equívoco reduzir o tema da violência aos corpos das pessoas, assumindo para o setor saúde o protagonismo da ação, também o é a ausência do debate técnico da saúde sobre esse efeito.

Decerto a violência tem determinantes macrossociais que não é a reorganização do processo de trabalho que trará soluções. No entanto, o debate técnico, que está sempre subjugado ao debate político, necessita estar presente, mesmo que seja para o reconhecimento da sua limitação e a articulação com os outros setores. Permanece a sensação de impotência, quando não um despreparo em lidar com o tema, em ativar a rede e articular os serviços de proteção, quando existem. Não é nosso objetivo aprofundar essa temática; apenas aponto uma importante lacuna que nós, profissionais de saúde, precisamos preencher.

⁷⁷ Vide Apresentação.

Já a violência institucional vem “de dentro pra fora”, sendo difícil de ser exemplificada e de ser entendida pelo corpo técnico das instituições, pois pode ser exercida na ausência de agressividade e na presença de boas intenções, o que torna mais difícil a compreensão da sua existência. Esse tipo de violência, segundo Minayo (2009), se refere à forma como as instituições se organizam, através de suas normas, técnicas, regras e burocracia, reproduzindo estruturas sociais injustas; se manifesta por ação ou omissão.

De forma clara, um usuário, ao chegar na USF, apresenta como as violências se entrecruzam:

“A pessoa era uma pessoa grosseira. E aí eu comecei a xingar. Eles não gostaram, me botaram pra fora.” (Usuário Lopes)

Uma violência levou a outra violência, que, por sua vez, culminou com a intensificação da primeira, a partir do banimento do usuário do serviço. Trago um outro exemplo:

Estava atendendo, quando a porta da minha sala começou a ser esmurrada, a maçaneta querendo ser aberta de uma forma bastante contundente. Resolvi abri-la, diferente de outras vezes, que costumo continuar o atendimento, na medida do possível.

Me deparo com Severino, homem em situação de rua, 35 anos, branco, com uma deficiência intelectual leve. Estava alcoolizado menos que o usual, ao lado de dois funcionários da segurança. Assim que eu abri a porta, ele se acalmou um pouco e começou a falar em volume habitual, na tentativa de que não fosse mais aos gritos, como vinha fazendo com os colegas. Estava, como de costume, de bermuda tãctel e camisa regata, com aspecto sujo. Geralmente carrega consigo, atrás da orelha, um ramo de arruda para lhe dar sorte.

Ele me dizia que queria ser atendido por mim, que estava de “caganeira” e que estavam “comediando” sua situação, porque não o deixavam usar o banheiro, mesmo precisando muito. Um dos funcionários me informa que a norma recente era que só se usasse o banheiro da USF quando a pessoa tivesse atendimento, que não se poderia usá-lo fora dessa circunstância. Eu, que estava com uma outra pessoa dentro da sala e queria resolver a situação, mesmo discordando já de início da

norma, que representava uma restrição de direitos de base discriminatória, falei: “ele vai ser atendido por mim, sim”. Ao que lhe foi respondido: “certo, já que é assim, vá usar o banheiro.”

Mais ou menos cinco minutos depois, ainda atendendo a mesma pessoa, novamente começam a bater na minha porta de forma ininterrupta. Escuto a voz de Severino do lado de fora. Vou abrir. Ele está muito chateado, dizendo que continuam lhe “comediando” e que depois não entendem porque o povo quebra tudo no posto: “tão dizendo que a chave do banheiro sumiu”. Em uma das mãos, segura um rolo de papel higiênico, que já está no final. Com a outra, pega na sua barriga, diz que tem dor e que precisa usar o banheiro. A USF está sem papel higiênico há semanas. Saio da sala lívida, com muita indignação por ter minha consulta interrompida pra resolver onde um usuário vai defecar. Ainda bem que ele interrompeu, senão essa questão estaria silenciada.

Na recepção, encontro colegas com a cabeça baixa, olhares fugazes, sem disponibilidade para resolver o já sabido problema que eu apresentaria. Pergunto onde está a chave do banheiro e sou informada que a chave sumiu, mas que provavelmente o agente de portaria saberia seu paradeiro. Pergunto onde ele está, mas ninguém sabe dizer: “tava aqui agora”. Não havia predisposição para procurá-lo junto comigo. Resolvo ir até a gerência, e lá o auxiliar administrativo me relata que presenciou situação semelhante com um outro usuário em situação de rua, Seu Lopes, pela manhã. Ao tentar pegar a chave do banheiro para ele, foi informado que não seria possível, por “ordem lá de cima”. Saio da sala e continuo procurando o agente de portaria.

Severino está sentado na cadeira, ao lado da recepção, segurando o rolo de papel higiênico. João, também em situação de rua, que já levou uns três tiros por conta do tráfico (e na ferida operatória de um deles tem um corpo estranho que impede a cicatrização), assiste à cena e fala: “ele também é ser humano, tem direito a usar o banheiro”.

Nessa hora, já estou espumando de raiva. Muitas pessoas assistem meu caminhar rápido com suspiros de indignação: as da fila da farmácia, as que aguardam a marcação de exames via regulação, internas e residentes médicas, brancas, loiras, nos seus jalecos extremamente limpos.

Finalmente visualizo o agente de portaria do lado de fora da USF. Ele se frustra, diante do tom impaciente da minha voz. Me responde que não sabe onde está a chave, que ela sumiu. Tensiono mais, e ele sugere: “o jeito vai ser usar o banheiro feminino”. Uma outra colega prontamente retruca, sem olhar pra mim: “o banheiro feminino onde as crianças usam?”. Insisto que algum banheiro ele vai usar e que fazia questão de garantir isso, ainda que me trouxesse repercussões “lá de cima”.

Fiquei notadamente chateada. Severino enfim usou o banheiro. Fazia tempos que não ocorria um desgaste entre colegas como esse. Já aprendi que o primeiro objetivo é formar alianças, ceder a embates apenas em casos extremos. Esse era um deles. Ainda assim, me sinto mal por tudo aquilo até agora.

Segui no atendimento bastante desconcentrada. Pouco tempo depois, conversei com a gerente, que me informa que a norma do prédio onde se encontra a USF tinha sido determinada em outra instância, porque alguns usuários estavam usando crack dentro do banheiro. Conversamos sobre as possibilidades de construir outras estratégias que driblem o uso de drogas nas dependências da Unidade, que não a violação de direitos.

(Trecho do diário de campo de 09 de junho de 2017)

A norma de restringir o uso do banheiro ao atendimento se baseia na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família como oferta de procedimentos, e não com um espaço de circulação, sociabilidade, criação de vínculos e, enfim, produção de vida. Além disso, as pessoas que mais necessitam da estrutura da USF, antes mesmo da oferta de serviços, são as em situação de rua. Ou seja, a norma que, à distância, era generalizada, na prática, era voltada para as pessoas com maior vulnerabilidade. O oposto da equidade.

Situações como essa aconteceram outras vezes, talvez não tão caricaturais ou explícitas, sendo inclusive trazidas pelos profissionais entrevistados ou em conversas informais na USF. Seguiram sutis como a violência institucional costuma, tantas vezes, se apresentar.

O tema da violência institucional explicita a multiplicidade do fenômeno, desconstruindo a ideia de que de um lado existem vítimas e, de outro, algozes. Traz à cena como os vários tipos de violência se interconectam e se retroalimentam. Muitas

vezes, as crises nos usuários vêm de posturas dos profissionais ou de regras institucionais, o que, infelizmente, permanece invisível nas equipes.

Uma violência predispõe à outra, não sendo do nosso interesse apontar qual foi a primeira. O que se pretende é sinalizar como as violências se apresentam e se entrecruzam na dinâmica de trabalho da Atenção Básica. Além disso, é nosso intuito identificar quais estratégias diminuem ou previnem certo tipo de violência e também as que atuam no sentido oposto, restringindo o acesso.

3.4.2. O mito da periculosidade como barreira

A relação das pessoas em situação de rua com as instituições de saúde tem uma peculiaridade: existe uma desconfiança mútua entre ambas. Facilmente, o tensionamento e insubmissão às normas dessas pessoas as transformam em sujeitos perigosos. O comportamento desviante, segundo Malheiro (2013), é fruto de um jogo interlocutório entre as regras sociais colocadas e as condições sociais possíveis. De acordo com Fraga (1995), na Salvador do século XIX, essas pessoas podiam deixar de ser toleradas se as suas formas de estar no mundo não se adequassem à imagem de humildade e resignação que eram esperadas.

Na Saúde, os profissionais muitas vezes expressam medo no contato com as pessoas em situação de rua, as quais, para eles, apresentam um risco iminente de consumação de um delito, com especial ênfase para os homens. Em termos gerais, existe um estereótipo estigmatizado sobre quem são as pessoas em situação de rua, um *a priori* de que estão erradas, sob uso de substâncias psicoativas ou de que não merecem confiança, a exemplo da temática da documentação descrita acima. Assim, o mito da periculosidade distancia os profissionais desses usuários, capturando o processo de produção do cuidado e dando lugar à “desresponsabilização por legítima defesa”, com conseqüente criação de mais uma camada de barreira de acesso. Segundo Lancetti (2015)⁷⁸, algumas vezes são tidos como sujeitos sem subjetividade; logo, viram inimigos.

⁷⁸ Faz referência à afirmação de Basaglia, a respeito dos pacientes da época da psiquiatria asilar.

Do outro lado, as pessoas em situação de rua também não confiam nas instituições, pelas experiências negativas anteriores, muitas delas pautadas em práticas discriminatórias, moralistas, distantes e pouco empáticas.

O temor que um usuário um pouco mais agressivo provoca nos profissionais da Atenção Básica faz saltar à vista atitudes discriminatórias de ordem molecular (GOMES *et al.*, 2014b), reforçando o senso comum de que toda pessoa em sofrimento, seja ele mental ou social, é uma possível criminosa.

“Às vezes eles são mal tratados... por alguns setor, às vezes são... (...) Quando chegam aqui mesmo alcoolizado, tá falando alto, tá abusando, tem que botar pra fora mesmo, né?! Aí botam pra fora... Mas nada de tá... Só mesmo tirar mesmo, da unidade mesmo.” (Profissional A)

“ (...) porque, muitas vezes, por aqui ser um posto de saúde da família, onde tem pediatria também, eles chegam sujo, fedeno, aí às vezes eles são, tem que colocar pra fora, né... Como teve um caso outro dia de um morador de rua [seu Balduino]: ele tá até com uma perna que eu nem sei que doença era aquela, tá com duas feridas grandonas, mal cheiroso... Só que ele tava agressivo. No que ele tava agressivo, ele começou a jogar as coisas no chão e daí teve que retirar, tirar ele daqui.” (Profissional A)

A interlocutora ainda afirma que essa prática se dá mesmo nas circunstâncias em que a pessoa está precisando do atendimento de saúde. Observa-se um deslocamento do foco do usuário para a equipe, em um tipo de disputa sobre quem deve ser mais cuidado (GOMES *et al.*, 2014a), o que, em última instância, disputa quem deve ter maior valor.

Presenciei, em 2013, um embate físico entre um usuário do CAPS em situação de rua, Martim, e um segurança terceirizado do prédio, também em sofrimento, sobrecarregado e com seus direitos trabalhistas reduzidos. Alguns colegas de trabalho do segurança queriam que o usuário fosse denunciado à Polícia, mesmo não tendo sido ele a iniciar a briga. Ao insubmeter-se à ordem de não adentrar no CAPS, por estar suspenso, o guarda iniciou a agressão física. Ainda assim, a alegação feita era que o colega era “pai de família e trabalhador”. O usuário foi então suspenso do serviço (por mais dias), e o segurança foi transferido, a pedido, para outro local.

Do exposto, não se trata de anular a diferença entre profissionais e usuários, ou de minimizar a saúde mental dos trabalhadores, mas trazer essa diferença para

refinar os processos técnicos e institucionais, em nome do acesso e da equidade, ao invés de fragilizá-los.

A condição de subcidadão, como marcado por Kowarick (2000; 2002) e Misse (2010)⁷⁹, constrói o diagnóstico da periculosidade. As instituições de saúde não fogem a essa redução, bem como as próprias pessoas em situação de rua, no processo de conformação identitária socialmente difundido. É comum que se ouçam gritos de: “sou maloqueira(o), sou sacizeira(o), se eu não pegar o remédio, eu quebro tudo”. Nessa relação frágil, evidenciam-se violência verbal e física de um lado, e violência institucional de outro, com esta última aumentando sobremaneira a primeira.

Além disso, nota-se uma certa transferência de questões de ordem técnica para a segurança, em uma perspectiva repressiva. O manejo vincular, em situações de crise, pode não apenas ser mais eficaz, como sobretudo sofisticar o cuidado, abrir espaço para pactuações e, inclusive, deslocamentos e retificações dos próprios usuários. No entanto, não parece que caiba à Atenção Básica essa qualidade de técnica, deixando que os serviços de Saúde Mental façam o papel de continência:

“Eles deveriam estar, teriam que estar acompanhados, principalmente nessa unidade em que existe um atendimento misto. A gente vai de zero ano de idade até todos os outros problemas sociais. Então, um paciente que se desequilibra com facilidade, ele causa pânico, ele causa medo, né? Porque xingam muito, eles xingam muito, eles ficam agressivos, vai quebrar vidro, vai quebrar porta, vai quebrar computador, etc. e tal. Isso assusta, né? E esse não é lugar somente de adulto, que a gente sabe que adulto se defende, ele se afasta, né? Mas esse comportamento assusta muito as mães com crianças, com bebê. Tudo fica tentando se proteger.”
(Profissional C)

De fato, situações extremas de agressividade desestabilizam a todos os presentes e merecem ser estudadas em profundidade, tanto no sentido de identificar os seus eventos disparadores, quanto de afinar e praticar, de preferência com supervisão clínica, técnicas de manejo de crise. Ao mesmo tempo, é premente não deixar que a temática ganhe um superdimensionamento não compatível com a realidade.

Por exemplo, certo dia, ao chegar na Unidade, observei que a porta dos fundos, por onde alguns trabalhadores entram, estava fechada. Fui informada pela segurança que a Polícia Militar tinha orientado toda cautela, pois havia um usuário

⁷⁹ Vide capítulo 1.

do CAPS extremamente perigoso, de nome Martim. No entanto, esse usuário estava em tratamento de tuberculose conosco na USF. Apesar de faltoso, nas vezes que tinha comparecido à Unidade, se apresentava de forma muito tranquila. O personagem criado já vinha circulando no serviço há algum tempo e passava despercebido.

Eventualmente, se fala também sobre o risco de um usuário mais agressivo machucar gravemente uma criança. Sempre que esse tema surge, me vem à lembrança a imagem de Seu Chico⁸⁰ e Severino, ambos em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas e frequentadores do CAPS, brincando de carrinho com as crianças na sala de espera. Ao invés de querer separá-las das pessoas em situação de vulnerabilidade, penso como é importante que elas cresçam no entendimento de que os serviços de saúde são para todos e todas.

Nesse sentido, o incômodo e o medo que algumas pessoas em situação de rua suscitam reforçam a importância de supervisão clínica. Precisamos externalizar tais conteúdos, pois essa trava traz implicações, que culminam com a restrição do acesso; tomar o medo como elemento para ser colocado em análise e aprofundado com a devida importância – tanto no sentido de acolher os trabalhadores, quanto de desconstruir papéis estigmatizados, onde a droga e o racismo prevalecem.

Como afirma Rotelli (2013), não é possível mudar um paradigma com uma lei, com normas estéreis alheias ao processo de trabalho e aos processos de subjetivação dos profissionais. Ademais, Nascimento (1994) pontua que a nova exclusão social está pautada sobretudo na representação dispensável que as pessoas mais pobres assumiram. A Saúde não escapa a essa tendência.

3.4.3. Violência e Vínculo: onde se encontram?

A linguagem da violência, como sinalizado por Espinheira (1993), integra a ética própria da rua, sendo estruturante do modo de estar no mundo de grande parte

⁸⁰ Seu Chico é um usuário de 57 anos, branco, em situação de rua desde a adolescência. Está quase sempre com o humor deprimido e se relaciona com os serviços de forma calma. Em uma oficina sobre crise que aconteceu no CAPS em 2013, ele sugeriu que a medida mais eficaz para lidar com um usuário em crise seria lhe ofertar um café sem açúcar.

das pessoas em situação de rua. Sem nenhum pudor, elas narram sobre as facadas que deram, as que receberam, as ameaças de morte, as mortes propriamente.

Recentemente, ao chegar no campo noturno da região do Comércio, encontramos Henrique todo ensanguentado. Ele tem 25 anos, é negro, está sempre com uma bota de plástico, pois trabalha com reciclagem nos entulhos de lixo. Traz sempre um sorriso no rosto. Apesar de ensanguentado, estava tranquilo e, ainda assim, sorria. Contou que seu colega, Gastão, de uma hora pra outra, se chateou com alguma questão muito pequena e lhe proferiu golpes de faca. Já tinha sido atendido no HGE e estava bem. De longe, vimos Gastão, também jovem e negro. Corriam burburinhos sobre a vingança que fariam ao agressor.

Há alguns meses, acompanhamos Quincas para internação, um usuário de 37 anos, branco, que estava com uma infecção extensa na perna, após ter levado uma facada de Justino dias antes. Semanas depois, os vi sentados ao pé da árvore dividindo a cachaça e conversando animados.

No Movimento de População de Rua, conheci uma jovem que, enciumada do companheiro, lhe deu alguns tiros na perna. Ainda seguem juntos.

Enquanto trabalhadora, monto o enredo e as ligações entre as pessoas não apenas pelas gerações familiares e relacionamentos afetivos. No meu mapa, elas seguem conectadas também pelas histórias de violência, pelas marcas geradas e recebidas. Uma trama complexa na qual coexistem afetos antagônicos. Como linguagem, ou mesmo um *ethos*, a violência as entrelaça.

Além disso, é possível identificar essa qualidade de comunicação violenta não apenas entre as pessoas que vivem nas ruas, mas no Pelourinho⁸¹ como um todo – observação que surgiu em todas as entrevistas.

“Você vê que a agressividade (...), aqui no Pelourinho, é a cultura deles mesmo. Não é porque é questão de ser morador de rua, que tem morador de rua aqui que chega calmo. Você vê que é o costume deles mesmo. É a cultura do Pelourinho a agressividade. Por que essa cultura da agressividade? Porque eu sendo agressiva, eu tô protegida. Ninguém encosta em mim. Se eu for braba com você, você vai encostar em mim? Aonde? É uma maneira de se proteger. Foi isso que eles aprenderam aqui dentro do Pelourinho, né? Então, é isso que, às vezes, a gente não entende. (...) [Por causa] dos maus-tratos. Porque você chegar num lugar que você

⁸¹ Espinheira (2009, p. 4) fala sobre a existência de uma “cultura do Pelourinho”, admitindo-a como uma configuração peculiar de encantamento de vida, resistência ou mesmo transgressão, que condiciona o comportamento dos seus moradores. Afirma ser esta uma representação ambivalente, “pois favorece tanto o estigma sobre as vulnerabilidades ali vivenciadas, quanto o fortalecimento da sociabilidade e integração social, numa dinâmica que pode resultar na superação de danos sociais (...)”

sabe que as pessoas têm preconceito com você, no mínimo, o que você tem que fazer é gritar com ela pra dizer: “olha, eu sou eu, tô aqui, eu quero ser atendida”, entendeu? Eu acho que é mais por isso, uma maneira de se proteger. Até de intimidar o outro de me tratar bem. Estão tão acostumados a ser maltratados, que se sente auto-afirmação de chegar gritando, porque se eu chegar gritando, eu vou ser atendido. Na cabeça deles, né? E funciona. Porque a gente quer se livrar logo daquele problema e atende mesmo.” (Profissional B)

O que se nota, em muitas situações, é que a cultura da agressividade vem da não garantia de direitos básicos do Estado. É possível que, quando uma pessoa seja violenta com um profissional, individualmente, ela esteja sendo violenta, em última análise, com o que essa pessoa representa. A dobra que faz com que o profissional ganhe uma singularidade é o vínculo que se estabelece e a sensação de pertencimento ao serviço, consolidando o direito. Também poderíamos dizer, em um sentido spinoziano (*apud* LANCETTI, 2015), quando um “bom encontro” acontece.

Uma usuária afirma como experiências negativas prévias interferem na sua leitura da realidade:

“Porque também eu tô aprendendo muitas coisas agora, então às vezes a pessoa tá fazendo o bem e eu posso até pensar que... sabe? Pelo jeito que eu fui tratada na rua, pelo jeito que eu sempre fui tratada. Às vez, a pessoa tá me tratando até [bem]... pelo jeito [ênfase], eu penso que é outra coisa... entendeu? É pela convivência que eu passei, o que eu passei no corpo, o que eu passei na alma, o que eu passei no espírito. (...) Eu não sei se é ela ou se é eu o ‘pobrema’.” (Usuária Quitéria)

A construção do vínculo precisa superar as violências institucionais que se solidificaram, as quais, em geral, são o cimento da relação entre as pessoas em situação de rua e os serviços de saúde. Historicamente, a forma como estes têm se relacionado com as pessoas imersas em vulnerabilidades interfere diretamente em como elas vão reagir a uma intervenção nossa, mesmo que adequada. Mudar essa lógica requer muita permanência e alteridade.

Lancetti (2015), a partir de Freud e Artaud, respectivamente, apresenta os conceitos de “plasticidade psíquica” e “atletismo afetivo” para a clínica psicossocial. Por plasticidade psíquica, entende-se a capacidade de lidar com a aproximação habitual a histórias de vida repletas de sofrimento e com a mudança constante de situações, das repetitivas às explosivas, nas mais diversas crises acolhidas. O conceito de atletismo afetivo nos remete ao corpo do terapeuta, do redutor de danos, ou de quem esteja disponível na produção de cuidado. A relação se coloca, em

princípio, com uma aproximação dos corpos, que desembocam reações as mais variadas: desconfiança, amor, ódio, dependência e autonomia. No encontro com o corpo do usuário, se revela a formação de uma musculatura afetiva, uma velocidade e um afinamento de temporalidades.

Recentemente, uma mulher em situação de rua, Zara, no nosso primeiro contato, gritava muito ao responder às perguntas que lhe fazia. Ela estava com dor, com febre e com fome. Se aproximava do meu corpo, enraivecida, para amplificar a ênfase do seu sofrimento. Quando pedi para lhe auscultar, meu braço encostou no seu ombro. Ela recostou nele, alisando-o, e cochilou.

Assim, até que os profissionais se desgrudem das instituições, humanizando-se, ao passo que apostam na alteridade, é necessário reinventar-se através da plasticidade psíquica e do atletismo afetivo. A indumentária da agressividade persistirá enquanto não houver um vínculo fortalecido. Apenas dessa forma é possível suportar relações que, na maioria das vezes, só manifestarão mudanças com o tempo (LANCETTI, 2015). Nesse sentido, os efeitos das crises nos serviços produzem um modelo de atenção em desenvolvimento, o que constitui, portanto, a prática do modelo, e não o modelo da prática (NUNES, 2015).

Desde 2014, acompanhamos Valentim, 27 anos, negro, em situação de rua e usuário de múltiplas substâncias psicoativas. Quando o conheci a primeira vez, acontecia um evento de inauguração na USF, após uma reforma que traria a ampliação dos ambulatórios de especialidades. Enquanto um garçom passava com uma bandeja com copos de vidro vazios, Valentim pegou um deles e ameaçou arremessá-lo na sala onde o evento transcorria. Essa cena caricatural se repetiu de outras formas, com outras nuances. Pedras, ameaças verbais e murros nos objetos foram e ainda são formas frequentes de se relacionar com as instituições de saúde que transita.

Todas as vezes que entra em crise, Valentim costuma se automutilar no braço, utilizando para isso qualquer objeto pérfuro-cortante, como, por exemplo, um bisturi. Após descobrir onde ficam localizados os bisturis da USF, não é raro que, em crise, se apresente no local abrindo as portas, as gavetas, ameaçando e exigindo as lâminas.

Seu nome sempre é citado nas discussões sobre a relação das pessoas em situação de rua e/ou usuárias de drogas com a equipe. É comum que todos entrem

em crise quando ele entra em crise, inclusive o serviço. Cada um dos profissionais da Unidade tem alguma história de Valentim para contar. Das pequenas às grandes, normas, funções e afetos se readequam após seus episódios rompantes. Nada segue imune à aparição de Valentim.

Uma das poucas vezes que sofri ameaça de agressão na USF, em julho de 2015, ele estava envolvido na cena. Foi em um dos dias em que estava muito agitado, chegando a me procurar na sala por umas dez vezes ou mais. Nesse turno, o CAPS estava fechado para atendimento aos usuários, por conta da reunião técnica semanal. Ele pedia medicamentos, cirurgias, dinheiro, comida. Conversávamos, pactuávamos o seguimento do tratamento da osteomielite do seu braço, o contato com sua família, dentre outras questões. Ele se acalmava, saía e depois retornava.

Por volta do meio-dia, uma outra usuária em situação de rua, Dalva⁸², que aguardava atendimento desde cedo, o abordou e disse que ele estava atrapalhando o andamento do serviço, que ela também queria ser atendida, porque também estava doente. Com os dedos em riste, lhe dizia que deveria ir embora, pra que todo mundo ficasse em paz. Valentim então se alterou ainda mais. Colocou a sacola que segurava no chão e começou a mexer nos bancos e mesas da sala de espera, ameaçando arremessá-los em sua direção. Nesse momento, saí pra chamar um segurança. Encontrei dois deles tentando evitar que um outro usuário, Raimundo, bastante alcoolizado, andasse em direção ao CAPS, pois, além de estar suspenso por ter pichado o muro do serviço com a palavra “apocalipse”, o Centro estava fechado para reunião técnica.

Ao me ver, Raimundo me pediu que o ajudasse a conseguir os seus medicamentos de uso contínuo, e foi se dirigindo à USF. Lhe expliquei que na USF não tínhamos os medicamentos que ele usava, mas que em menos de uma hora o CAPS abriria e ele certamente os conseguiria. Quando identificou que Valentim, seu parceiro de rua, estava brigando com Dalva, se agregou à confusão. Eram três usuários brigando na USF: dois homens contra uma mulher. Não havia nenhuma segurança. Pedi a Valentim que ele deixasse tudo aquilo “pra lá”, e vim, corporalmente, acompanhando-o em direção à saída do posto. Quando Raimundo, então, me chamou de hipócrita. Com o semblante raivoso, gritava que, no fim das

⁸² Também citada no capítulo 2.

contas, eu estava expulsando Valentim da USF. Manejei a situação, Valentim me apoiou e disse para o parceiro “ficar de boa”. Este chegou a se tranquilizar e a me pedir novamente seus medicamentos.

No entanto, quando ele me olhou de cima a baixo, disse que eu era muito bonita e que me respeitava muito, não sustentei mais o manejo milimétrico do vínculo. Falei sem paciência que ele não me respeitava, que inclusive tinha acabado de levantar a mão contra mim. Dei as costas e saí, retornando para ainda atender outras pessoas. Daí então foram murros em vidro, objetos no chão, culminando comigo trancada na sala, até que ele saísse da USF.

Nesta cena, são muitos os motivos da agressividade dos usuários: o sofrimento intenso, o uso do crack, o término do dinheiro, a insuficiência de técnicos na produção de continência, o baixo limiar a frustrações (desdobradas nas mutilações), o uso do álcool, o machismo que uniu dois usuários homens contra uma mulher, a suspensão do CAPS.

Em tréplica, os usuários rebatem imediatamente às respostas institucionais diante das crises. Como numa corda bamba, onde o vínculo equilibra, e nada mais, usuários e técnicos ajustam-se – ou não. A falta de plasticidade psíquica e atletismo afetivo, que me eram requeridos e indispensáveis naquele momento, intensificou o rompante de agressividade. Minhas possibilidades individuais saturaram e, naquela cena, não havia construções coletivas de manejo. De fato, quando o usuário entra em crise, muitas vezes nós entramos juntos. Nesse caso, me desestabilizei diante da violência de gênero que decorava com a cereja o bolo. Pensar interseccionalmente e entender que essa abordagem de gênero não está no tempo rápido, da crise, mas no tempo lento, articulado, não ocorreu.

Do mesmo modo, podemos – e devemos – afirmar que a suspensão do CAPS, a “camisa de forças ao avesso”, também intensificou a crise. Mais do que buscar a abstração do “efeito borboleta” sobre as possibilidades de que um outro contexto se apresentaria, caso o usuário não estivesse suspenso, ou menos ainda de absolvê-los das consequências de sua linguagem agressiva, faz-se necessário, como de forma repetitiva tenho apostado, aprofundar as ferramentas técnicas institucionais diante do fenômeno da violência. Aí se inclui antever possibilidades de desencadeamento de crises quando do estabelecimento de regras, como, por exemplo, a suspensão do serviço.

Situações como a descrita geram leituras as mais diversas pelos profissionais. Quando questionada sobre os motivos da agressividade de algumas pessoas em situação de rua na USF, a profissional responde:

“Algumas são, têm problemas psiquiátricos, outras, por questões familiares, pessoais... pessoas que não conseguiram, de uma certa forma, como é que eu posso dizer assim, ter forças... Tudo é um conjunto, né, é a sociedade, a economia, oportunidades, que, de uma certa forma, eles não buscam, não têm forças pra buscar outros meios pra poder se melhorar, pra poder sair daquela situação, que é muito difícil, mas que não é impossível. E aí às vezes acaba, por problemas, acabam indo por outros meios, usando drogas... É muito complexo.” (Profissional E)

Apesar de fazer um entendimento mais amplo do fenômeno, ainda assim coloca a responsabilidade da “busca”, do “ter forças”, da falta, no indivíduo; não menciona que as regras institucionais e as relações aí desenvolvidas podem intensificar suas posturas violentas (como afirma uma outra profissional entrevistada sobre a simples pergunta acerca da documentação disparar a hostilidade).

Além disso, cabe analisar a visão dos profissionais de saúde sobre o lugar que a droga ocupa na vida das pessoas em situação de rua. De fato, o uso de determinadas substâncias psicoativas, como o álcool e o crack, por exemplo, costuma intensificar ou disparar posturas agressivas. Vários usuários e usuárias que acompanhamos apresentam um aumento da comunicação violenta, dentro da instituição, quando estão sob uso – diferente da abordagem no território, onde esse aspecto não sobressai com a mesma intensidade e frequência.

No entanto, muitas vezes, a droga é assumida em primeiro plano no serviço, o que dificulta o estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários. Por isso, a discussão sobre o papel da droga é tão cara e tão tênue: na medida em que precisamos assumi-la como intercessora do manejo vincular, devemos cuidar para que a sua discussão não coincida com uma perspectiva moral e redutora, invisibilizando o sujeito. Segundo Espinheira (2004, p.19):

“O uso de drogas, como estilo ou *ethos*, depende mais do usuário do que da droga que usa, e isso significa que não se pode atribuir à droga uma autonomia em relação ao indivíduo ou mesmo ao contexto social, mas, ao contrário, perceber o indivíduo e o seu contexto para compreender o tempo e os espaços das drogas em suas vidas.”

Retomando o caso de Valentim, nota-se que o estar sob uso de crack, ou frustrado por ter gastado todo o seu dinheiro usando-o, são elementos disparadores de crises. No entanto, na medida em que o vínculo se consolida, é visível a diminuição dos seus rompantes, ou, pelo menos, se verifica uma resposta mais favorável às técnicas de continência utilizadas – a despeito da droga. Segundo Moebus (2014, p.53), “encontramos a crise nesta encruzilhada de um duplo acesso: acesso ao cuidado em seu processo, acesso ao sujeito em seu excesso”. Atrás do excesso, tantas vezes disparado pela droga, o vínculo é a linha-guia que impede perdermos de vista a existência de um sujeito. Como bem apontado por um usuário, com quem tenho um forte vínculo, esse sujeito é o mesmo em todas as circunstâncias:

Sentei ao lado de Leonardo. Ele tinha acabado de fumar uma pedra de crack. Logo no início da conversa, falou que pensava em parar de usar, pois “essa pedra” estragava a sua vida. Perguntou minha especialidade, e eu respondi que era médica de família e comunidade. Ele então disse: “médica de família e comunidade, clínica e faz outras interferências. Você me conhece no álcool – como eu tava ali mais cedo –, no crack – como eu tô agora – e sem nada. Eu sou o mesmo nas três formas, e você sabe disso”.

(Trecho do diário de campo de 19 de fevereiro de 2018)

Uma outra profissional entrevistada narra como os episódios de violência dos considerados “assustadores”, que “quebravam, jogavam garrafa no chão, chutavam balde de lixo”, diminuíram consideravelmente. Quando questionada sobre os motivos dessa menor frequência, associa a uma questão externa à USF, social e singular, e não inter-relacional:

“Severino era muito agressivo. Hoje ele já consegue entrar e dizer o que ele quer, né? Sem agredir. Aceitar que a farmácia tá fechada, só abre uma e meia...” (Profissional C)

“Malaquias era aquele que ia matar. [Com ênfase] Malaquias era aquele que ia matar. Eu não sei se ele acertou a vida dele, se ele resolveu a vida social dele. (...) Houve alguma coisa que ajustou mais a situação dele, né? Talvez o lado social, moradia, o lado financeiro... Que ele hoje chega de uma maneira diferente pra buscar um documento, pra pegar um remédio. Ele, inclusive, entra na defesa dos funcionários. (...) Então, assim, alguma coisa ali, na trajetória dele, no lado social dele, mudou.” (Profissional C)

Outras profissionais, por outro lado, enfatizam o elemento inter-relacional no manejo de situações de agressividade:

“Algumas delas são muito agressivas, né... Tinha um mesmo, um paciente chamado Valentim. Outro dia ele me ameaçou ali, ele queria que eu corresse. Aí eu parei, conversei com ele e daí pronto... Aí ele vem, de vez em quando, (...) e eu dispenso o medicamento.” (Profissional A)

“Eu tenho dificuldade quando eles estão desorientados, mas eu procuro o máximo possível ter uma comunicação mais direta com eles, porque até que eu gosto de lidar com pessoas dessa familiaridade. Aí eu trato com bastante carinho até... E eles se apegam a isso, são pessoas carentes. E quando a gente trata assim com um pouco de atenção, eles observam isso, amansam. Porque eles estão acostumados a serem tratados até mal em outros lugares. (...). Quando chega num local assim, e talvez pelo ambiente não ser o dela, o da rua, elas acham que vão ser tratadas com agressividade também... Aí agem do jeito que se apresentam aqui. (...) [Responder com mansidão] abranda a agressividade deles. Essa experiência eu tenho e acho que isso resolve.” (Profissional D)

“Eu vejo assim, a dificuldade que a equipe tem não é nem questão de preconceito, é questão de despreparo. (...). Eu acho que, se a equipe de Saúde da Família fosse bem preparada pelos gestores, fizesse cursos, preparasse esses profissionais pra esse embate, pra essa demanda, eu acho que seria uma coisa mais suave. Porque, tudo bem, vem com agressividade e tudo, eu também até não entendia, mas agora começo a entender melhor: que onde há agressividade, se não tiver amor, vai ter o embate. Toma lá, dá cá. (...). Então eu vejo que, quando eles chegam aqui agressivo, a gente já tá tendo um controle, mas não que a gente foi preparada pra isso, mas o dia a dia, né? O estar com eles já tá dando um controle psicológico a gente. (...). Eu aprendi. Eu fui obrigada a aprender, por mim mesma, a ter um jogo de cintura com essa população, entendeu? E eu consigo, às vezes, deixar eles mais calmos... Há pouco tempo agora, Irani chegou aqui agredindo muito, chamando um funcionário de tudo que é nome, que tinha pau não sei aonde, pau não sei aonde. E quando eu cheguei pra ela: ‘o que é isso?’ Não gritei com ela: ‘A gente trata aqui você tão bem, então a gente quer ter o mesmo tratamento que a gente dá a você (...)’ Ela tava com muito álcool na cabeça. Mas ela sentou e me ouviu. (...) Falar isso numa boa. (...) Que, se ele maltratar a gente, vai ficar difícil tratar deles, entendeu?” (Profissional B)

A mesma profissional critica o entendimento de outros técnicos de que algumas pessoas em situação de rua são violentas porque não são disciplinadas. Ainda, analisa outra situação, quando um usuário desorganizado e alcoolizado, Seu Balduíno, em uma postura agressiva, se negava à realização do curativo. A técnica de enfermagem manteve sua disponibilidade e constância, ainda que a equipe tenha acionado a segurança para retirá-lo da Unidade:

“A colega que ia fazer o curativo disse: ‘eu quero tratar do senhor’. Ele aí: ‘ah, mas eu não quero’. Ela disse: ‘então, quando o senhor quiser, você me

chama'. Eu acho que agora tá melhor." (Profissional B)

Progressivamente, o vínculo começa a ser compreendido e vivido como recurso tecnológico, expresso no “jogo de cintura” referido, mesmo perpassando as representações de conversa, carinho e mansidão. O manejo das relações vinculares passa a ser concebido como ferramenta clínica, como intercessor dos distintos lugares ocupados por profissionais e usuários, nos diferentes *settings* percorridos (SILVA, 2007b). Dessa forma, o vínculo se apresenta tanto como um aparato técnico-científico, quanto como envolvimento subjetivo e pessoal. Em ato, evidencia a dimensão que atinge na intervenção em saúde (QUEIROZ, 2015).

O vínculo transforma os dois lados: transforma o usuário, que compreende que a linguagem da violência não é necessária naquele espaço, e transforma a trabalhadora e o trabalhador, a partir da compreensão de que o medo também lhes é dispensável – medo esse que opera sinergicamente as violências dos serviços de saúde. Ao invés dele, a liberdade de permitir que o encontro aconteça. Um “toma lá, dá cá”, agora, com outra qualidade.

“Eu tô aprendendo cada dia a conviver com essas pessoas em situação de rua, né? E hoje em dia eu não sinto mais medo de passar por elas, antes eu tinha medo de passar. Mas você sente assim um respeito da maioria delas por seu trabalho (...). E a confiança, faz questão de falar comigo e dar um aperto de mão e tal. (...). De uma certa forma, a gente tem que conviver com a diferença. Infelizmente... Não é infelizmente, mas é a sociedade, né, as diferenças, que a gente tem que conviver e saber respeitar o outro.” (Profissional E)

Perguntei a um dos usuários entrevistados, bastante nômade nos serviços de saúde e assistência social, qual destes ele mais gostava. Ele respondeu que era o CAPSad de Pernambués, e explica o motivo:

“Não, porque tou fazendo tratamento lá e o pessoal lá me... quando eu pegava o remédio, chego lá: ‘bom dia’, ‘bom dia’. Aí o pessoal me trata bem: ‘seu documento’, eu: ‘tá’, entrego o documento. Entrega lá e entrega meu remédio. Aí vou me embora...” (Usuário Lopes)

De forma bastante inespecífica, narra a sutileza de uma cena corriqueira em um serviço de saúde, a começar pelo “bom dia” e pela garantia do seu direito em ter um remédio dispensado. Se trata, enfim, do reconhecimento da sua existência e da validação da sua demanda. O que seria o basal, no diálogo narrado, se torna um

ponto positivo, diante das experiências negativas anteriores. Espinheira (2004) nos oferta como pista interpretativa que é o reconhecimento, sobretudo se recíproco, o ponto central da questão. Ao contrário, o mesmo usuário afirma que sente quando as pessoas estão de “maldade” com ele, “pelo sistema do seu pensamento”; quando isso acontece, ele não consegue compreender o que a pessoa está falando, o que inevitavelmente desemboca em episódios de agressividade.

Uma outra usuária localiza o vínculo como sendo o grande facilitador do acesso:

“(...) e quando eu não era atendida por ela, eu não ia pra posto nenhum. (...) Não é que ela facilitava e as outras pessoas não facilitava, é porque eu já me sentia mais confiável a ela. (...) A minha médica nunca me olhou de olhos diferente.” (Usuária Gabriela)

Na sequência, ela narra com precisão o momento em que começou a confiar na sua médica. Tal qual Seu Lopes acima, em uma cena muito sutil e corriqueira. Enquanto lhe mostrava os exames laboratoriais no corredor, a médica sugeriu que entrassem no consultório:

“Eu perguntei a ela, aí tinha tudo lá: ‘não reagente’. Eu não sabia o que era aquilo. Ela pegou e falou: ‘Quando tá assim, ‘não reagente’, é porque a pessoa não tem nada’. E até hoje minha médica guarda isso com ela. Aí eu penso também, até acho que, Deus me livre e guarde, se eu tivesse alguma doença, acho que ela guardaria também.” (Usuária Gabriela)

Questões muito simples, como ofertar um tempo de escuta, que não seja em pé, no corredor, mas em uma sala com privacidade, explicar os exames, ouvir as dúvidas... Tudo isso confirma que é na sutileza e na cotidianidade que o vínculo e a garantia de direitos de constroem.

Ainda, é nessa cotidianidade que o vínculo com um usuário acaba contagiando a outros.

“Às vez a gente é malcriado, reclama muito também, sabe... mas a gente sente quando as pessoas trabalha com amor com a gente. Da saúde, sabe? Nós também sente. As pessoa pensa às vez que, porque como maloca, não sente, mas também temo consciência. (...) Eu entrei aqui, tantos anos que eu tenho aí, eu sou uma das fundadora do CAPS. Nunca fui [no posto], mas só por minha maloca falar sobre você, tá ligado? Aí eu ‘primeiro vou ver se é isso mesmo...’” (Usuária Quitéria)

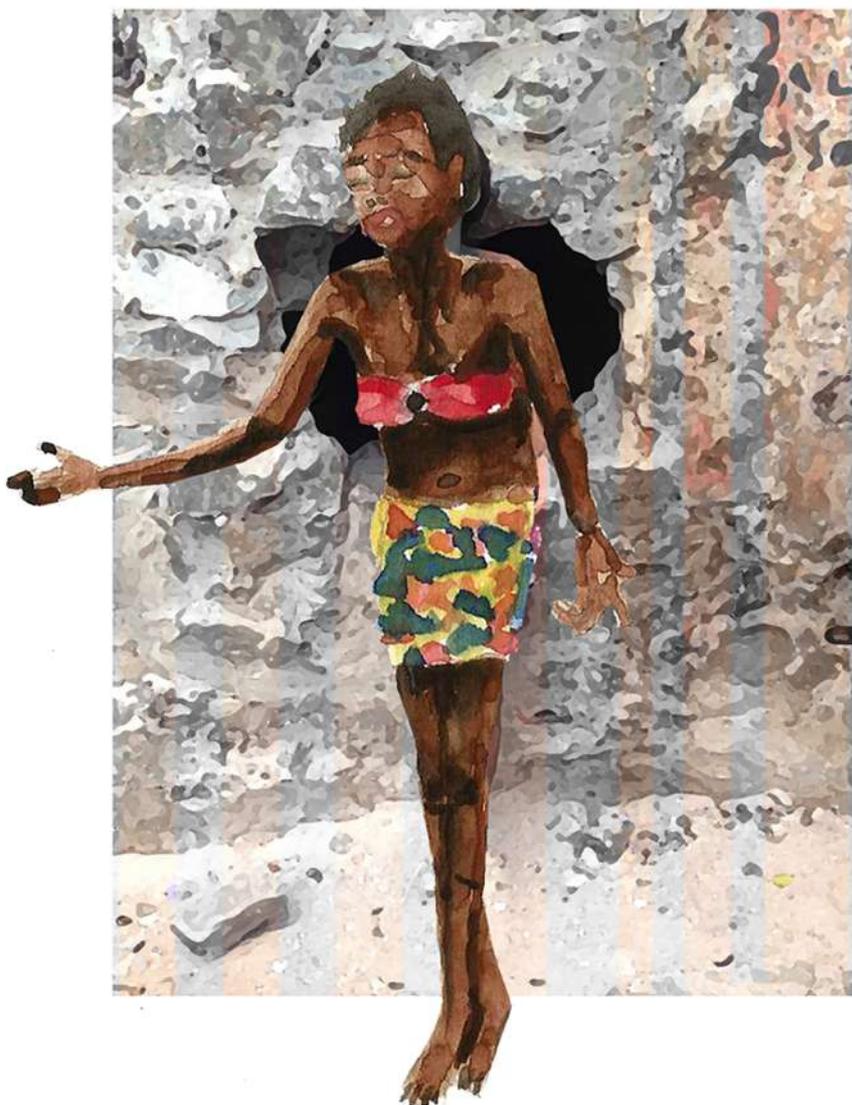
Existe algo no “entre” que as pessoas em situação de rua percebem com um aguçamento maior. Talvez seja a alteridade, ao nos exigir desenvolver continuamente a empatia, ou simplesmente o afeto – algo do compartilhamento da existência humana. Nós todos percebemos. As pessoas que vivem nas ruas, em condições por vezes extremas de interdição afetiva, diante das tantas violências que sofrem, percebem ainda mais. É algo que vem do campo do sutil, um movimento do corpo que pode ser certo e abrir portas, ou pode representar algo negativo e interditar. Nos sujeitos imersos no sofrimento social e nos sujeitos em sofrimento mental, essa interdição pode aparecer na forma de crise, que quase sempre está com as vestimentas da violência – a linguagem mais íntima.

Em estudo que analisou o sistema de signos, significados e práticas de profissionais de um CAPS de Salvador, Nunes *et al.* (2008) observaram um certo desconcerto dos profissionais, quando demandados a elaborar sobre os fatores responsáveis pelo efeito benéfico desse espaço para os usuários. O motivo parecia residir exatamente no reconhecimento de que uma grande parte desse efeito advinha da humanização das relações interpessoais, decorrentes de ações que envolviam tecnologias sofisticadas de valorização do outro, como acolhimento, espaços de interlocução, estratégias de autonomização e integralidade do cuidado.

Na Estratégia de Saúde da Família, mais do que um desconcerto, me parece haver uma desconsideração de que ferramentas de manejo vincular sejam ferramentas da saúde. O modelo de atenção pautado em procedimentos e consumos de serviços ignora a potência da ESF como espaço de sociabilidade e produção de vida. Por não localizar o manejo vincular enquanto procedimento (e não o é), lhe desconsidera. Talvez esse seja o maior erro, sobretudo em relação às pessoas com maior vulnerabilidade.

3.5. O espaço do entre: “Eu não vou lhe dizer o que eu tenho”⁸³

- Vocês tão com frio assim, porque vocês são da cidade alta! – disse toda enrolada no avental de tecido descartável, também com frio.
 - “Me diz em que cidade que você se encaixa: cidade alta ou cidade baixa?” – perguntei cantando.
 - Cidade baixa, é claro. – quase com orgulho, sorriu pela primeira vez naquela tarde e foi embora, com suas pernas magrelas e sua boca com poucos dentes, rasgando a dor e a delícia que é viver no Comércio.
- (Trecho do diário de campo de 10 de agosto de 2015, em pleno inverno baiano)



⁸³ Agradeço a Natália Gonçalves, pelo cuidado compartilhado nesse caso e também nessa escrita.

O tópico em questão é um relato de caso sobre uma usuária em situação de rua, no qual questões singulares e da rede enovelaram-se em uma relação complexa. A partir dele, discutimos os limites e as potências da produção do cuidado em cenários precários.

Fazia dois meses que eu conhecia Nice, e nosso vínculo ainda engatinhava entre pedras soltas. Assim que ela chegava na USF, ia direto para minha sala e batia repetidamente na minha porta. Enquanto caminhava no corredor, já era possível ouvir seus xingamentos.

Batia para avisar que tinha chegado e que não aguardaria muito. Quando ela ia sozinha, seu tempo lá dentro era ainda mais curto. Se sua técnica de referência do Ponto de Cidadania a acompanhasse, conseguíamos ir um pouco mais além. Sua espera e nosso encontro eram recheados de tensões. Era necessário outra pessoa para dar continência e sintonizar-nos.

Nice tinha 35 anos, era negra, usuária de crack, muito emagrecida. Morava em uma construção precária no Caminho Novo do Taboão. Lá dentro havia dois cômodos: uma sala, onde ela dormia em uma cama, com televisão, poltrona, forno, muitas panelas e também bichos de pelúcia. Conectado à sala, sem porta e também sem teto, tinha um banheiro. Do lado de fora da casa (em um híbrido emblemático que questionava o “dentro” e o “fora”), ficavam ainda mais bichos de pelúcia.



Fot. 23. A não-casa. Fonte: arquivo pessoal.

Do outro lado da rua, havia um casarão em ruínas com um buraco no meio. Através dele, Antônio, seu companheiro na época, entrava e saía dessa moradia. Viviam em situação de rua, na “não-casa”, com esse suporte da “casa”. A violência era um fator presente na relação de ambos: frequentemente ela era agredida.

Fot. 24. Buraco como casa. Fonte: arquivo pessoal.



Nice foi pras ruas com doze anos. Sua primeira relação sexual foi aos oito. De modo geral, a ambivalência costumava estruturar suas relações. O vínculo com sua mãe era bastante conturbado, até o momento do seu adoecimento mais agudo, quando elas se reaproximaram. Contava magoada à sua técnica de referência, repetidamente, que sua mãe tinha colocado pimenta na sua calcinha, ainda quando criança. Tinha feito isso como forma de repreendê-la quanto a algum comportamento tido como inapropriado. Entre as duas, afeto, referência, menosprezo e competição coexistiam e se modelavam, em uma relação especular.

Nice, por muito tempo, durante a adolescência, vendeu serviços sexuais. Engravidou doze vezes, tendo feito abortamento em nove delas. Suas três filhas eram criadas pela avó. A mais nova tem uma sequela óssea por conta de sífilis congênita.

Quando foi pela primeira vez na USF, queixava-se de um quadro respiratório, que descobrimos depois ser tuberculose. Posteriormente, começou a ter dor intensa

na região do abdome. Chegou a aparecer na Unidade urrando de dor. E, ainda assim, se recusava a realizar o exame ginecológico. Nos acusava que a tínhamos feito sentir uma dor intensa, e que deveríamos ter lhe dado anestesia⁸⁴ na primeira vez que coletamos o *papanicolaou*. Quando começou a ter sangramento vaginal, tinha receio de que tivessem esquecido uma tesoura dentro dela, em uma das vezes que abortou. Ela precisava realizar muitos exames, mas quase nunca estavam disponíveis na rede. Progressivamente, víamos que ela piorava o seu estado de saúde.

Nice tinha uma resistência muito grande de se submeter ao controle da medicina. Desafiava a forma como os problemas eram enquadrados, seu corpo moldado, sua vida puxada e empurrada entre uma forma e outra (MOL, 2002). Ela desconfiava das ações do serviço. Por sugestão da sua técnica de referência, passamos a lhe entregar os papéis que comprovavam os resultados.

Com ela, não bastava não usar jaleco, deixar que ela conduzisse a consulta, sentar com a cadeira ao lado ao invés de atrás da mesa. Não existia possibilidade apaziguadora com as ferramentas que dispúnhamos. Também, não me deixava pensar que eu burlava a biomedicina, apenas por ter interesse em sua vida, lhe visitar no território e ter um sorriso no rosto. Ela me colocava, continuamente, nesse lugar. Para mim, era doloroso aceitar – e concordar – que, com ela, o muro a ser pulado era ainda mais alto. Como tantos outros usuários, Nice não parava de nos questionar e de nos levar ao limite do pensamento clínico, ético e político (LANCETTI, 2015).

Em quatro paredes, a clínica feita dificultava ou mesmo inviabilizava um transitar pelo inusitado. Nesse espaço do “entre” – profissional e usuária –, os lugares e as ações estavam postos, sobrecodificados. Nossas identidades demarcadas deixavam pouca abertura para a emergência de um desigual. A clínica inventiva, vinculada e conectada não aparecia dentro do *setting* tradicional (LONDERO; PAULON, 2012).

Diante de uma existência tão dilacerada, cumulativas restrições de acesso e consequentes coleções de enfermidades, nos deparamos com uma grande limitação do nosso “repertório de cuidado” (MERHY *et al.*, 2014). O *setting* tradicional e todas as experiências anteriores que ela já tinha vivido (a exemplo do medo de que

⁸⁴ Procedimento que não costuma ser realizado, nem no SUS nem no sistema privado de saúde.

tivessem deixado uma tesoura dentro do seu útero) não favoreciam a criação de modos de subjetivação inéditos. Ficava mais claro que não bastava que a pessoa se percebesse doente, que procurasse o serviço e que este a deixasse entrar. Existia algo mais, na produção do cuidado, que escapava.

O encontro no território possibilitava outros agenciamentos, que operavam no fortalecimento do vínculo. Os deslocamentos inerentes ao próprio espaço da rua, seu espaço, faziam emergir outras questões para além das tensões. Contudo, a vinculação gestada não era suficiente para sustentar o cuidado complexo que se fazia necessário, do ponto de vista psíquico e físico. Faltava a permanência territorial que os profissionais do Ponto de Cidadania, por exemplo, cumpriam.

Dentro da instituição, a tensão se fazia mais presente. Quando ela sentia dor, se via um quê de raiva junto, por estar subjugada àquela situação e ter que responder a tantas perguntas. Acessos de agressividade e rupturas com frequência desafinavam o vínculo, que não se perdia, mas também não avançava – permanecia na beira. Nice operava a ambivalência entre submeter-se ao projeto de cuidado biomédico ou ignorá-lo, com perdas e ganhos em ambas as escolhas.

A possibilidade de nova objetificação de seu corpo, da sua existência feminina e negra, constituía motivo de crise. Certa vez, chegou a jogar um copo de suco no *container* do Ponto de Cidadania, que atingiu duas pessoas, uma delas sua técnica de referência. Pelo fato desta ter se ausentado alguns dias por conta da pós-graduação, ela supôs que estava sendo seu objeto de estudo.

Certamente, a constância no território poderia ter costurado melhor essa limitação inter-relacional que estava dada entre Nice e nós, da USF. No entanto, havia uma restrição objetiva pelas outras atividades que tínhamos que cumprir, do repertório de cuidado “tradicional” (ou nem tanto, pois nesses mesmos meses manejávamos um surto psicótico na Unidade). Além do mais, suas demandas solicitavam a utilização de tecnologias duras, como exames ginecológicos periódicos, exames de escarro, de sangue, avaliação do seu peso – os quais não podiam ser realizados no território.

Era muito difícil juntar o quebra-cabeça dos sintomas, sobretudo com tantos problemas. Estava também infectada pelo vírus C e HTLV, tinha anemia, dores nas pernas, dor no abdome, sangramento genital e outras queixas ginecológicas. Semanalmente trazia queixas novas, que relatava terem iniciado há meses, mas que,

nas consultas anteriores, não tinham aparecido. Tudo isso somado à transversalidade da violência no seu corpo – das cometidas às recebidas. Nessa época, a farmácia da Unidade estava mais precária do que de costume. A falta de condições materiais influenciava ou até disparava relações conflituosas com ela e outros usuários.

Na última vez que a atendi em um consultório, em janeiro de 2016, ela gritou: “eu não vou lhe dizer o que eu tenho”. Nos culpava pela demora do laudo do preventivo. Chorou, disse que não queria ser examinada e me falou, em pé, que eu não sabia de nada, só enchê-la de remédios. Na sequência, ainda chorando, me mostrou seu absorvente com bastante secreção. Havia um pedido desesperado de ajuda e, concomitantemente, uma negação em se conectar com o que era ofertado. O desafio era estabelecermos uma conversa, e não mais o conteúdo dela, tamanha a desconexão. Não conseguíamos nos comunicar. Nesse dia, pedi à médica do Consultório na Rua que também a acompanhasse, pois entre nós havia uma nítida Babel.

O cuidado junto à Nice mostra que as redes extrapolam as questões da organização, dos fluxos e itinerários, para apresentar também o aspecto de continência que desempenhamos entre nós, cuidadores. A plasticidade psíquica deixa de ser um conceito individual e passa a ser da rede. Cada uma de nós ocupava um lugar que ora avançava, ora retrocedia, no caldo inseparável que sua existência demandava.

Foram oito meses para que o resultado do preventivo chegasse, evidenciando uma lesão cancerígena no colo do útero. Oito meses. Daí em diante, foi apresentando uma piora clínica considerável. Não havia mais indicação cirúrgica, apenas radioterapia. Um dia antes de falecer, em julho de 2016, fiz uma visita à casa de sua mãe, com a equipe do território que a acompanhava.

Chegamos lá e Nice estava deitada no colchão, dormindo, de fralda, toda embrulhada. Uma cena um pouco assustadora. Os ossos dela estampavam na cara. Completamente desnutrida. Não tem gordura no rosto, está daquele jeito envelhecido e deformado, quando se perde muito peso. Sabia que precisava ir – por mim – e que devia ir – por ela.

Conversamos com sua mãe sobre a proposta de internamento enquanto ela dormia. No fim ela acordou, gritou de dor, fez um tique com a boca, meio tetânico. Me viu, perguntou se iríamos interná-la naquele momento. Falei que “daqui a pouco”. Ela retrucou um “desgraça”, virou-se e dormiu mais uma vez. Me despedi, mas ela não respondeu. Precisava desse encontro com Nice. A morte social, feminina, preta e pobre – ainda em vida.

No seu sepultamento, todos estavam muito tristes. Muitas delas e muitos deles choravam muito. Ali foi um retrato das redes de sociabilidade que se constroem na Praça das Mãos, os enredos trágicos e solidários, as múltiplas formas de opressão e de amor. No meio das lágrimas coletivas, Teodoro, que tinha recebido o BPC, estava feliz e me pedia conselhos se eu achava que ele devia alugar ou comprar uma casa; um grupo de homens, em frente à foto de uma mulher, faziam enquete se ali era “viado” ou “mulher de verdade”; o sindicato da cachaça a todo vapor; seus ex-companheiros e alguns desafetos presentes, desarmados diante da inexorabilidade da morte.

Na hora mesmo da finalização do velório, Dona Felipa, a professora da Praça, puxou as orações iniciais. Rezaram-se várias rezas, e depois as pessoas cantaram músicas. Antônio, seu ex-companheiro, estava com sua parceira Linda, grávida já bem barriguda. Todas e todos cantavam, com muita força na voz. Os alcoolizados levantavam as mãos, choravam ainda mais. Um deles chegou no ápice da sua compreensão da morte de Nice e disse: “ela nunca mais vai voltar, nunca mais”. Foi repreendido, não sei se pela obviedade do que dizia em um momento tão delicado ou se pela constatação dolorosa da sua afirmação. Cantaram músicas religiosas, batendo palmas, mas também músicas populares, as quais não me recordo.

Foi no fim de tarde o velório de Nice. Tinha bastante sol, bastante gente, bastante história que ela construiu nos seus 36 anos. Todas aquelas pessoas que fizeram parte de sua vida, comovidas, cantando juntas, e desejando com tudo que tinham de bom que a partida dela fosse em paz. Nunca esquecerei de Nice. A paciente mais difícil, que mais me desafiou, que mais me deslocou, que mais me fez refletir quantas são as formas de cuidar, e como construí-las.

(Trechos do diário de campo de 04 de julho e 10 de julho de 2016)

Ainda que tenha sido feito um esforço em escapar das armadilhas da biomedicina, especialmente do seu poder redutor, a implacabilidade da morte iminente a colocava como uma importante ferramenta. O segredo estava em subjugar-la aos desejos, necessidades e tempos de Nice, e colocar nossos saberes a serviço disso e em constante negociação (MERHY, 2009). Não partimos de um cuidado pautado na lógica burocrático-organizacional e normatizadora, que apaga as multiplicidades das dimensões e das éticas existenciais de cada um. Tampouco reduzimos o território a um aspecto puramente físico, mas sim o entendemos como produtor de agenciamentos (MERHY *et al.*, 2014). Além disso, o seu comportamento não era enquadrado na rasa discussão da “aderência”. O peso que nós dávamos e as possibilidades psíquicas de sustentá-los que eram diferentes para ela e para o serviço. As tensões apresentadas eram constitutivas dos nossos lugares sociais, e não conseguimos rompê-las:

“Isso implica colocar entre parênteses, parafraseando Basaglia, o sabido *a priori* que há nesses campos de práticas, para deixar vaziar em cada um e nos outros a nova constitutividade que se tem ao se construir com o outro novas possibilidades para os modos de andar a vida (...). A chance de que se venha a conectar novos processos de produção autopoieticos de vida é alta, mas nunca uma garantia e uma obrigação. O operar em alteridade com o outro na produção do viver implica sempre um disputar, sempre uma tensão.” (MERHY, 2009, p. 35-36)

Para ela, a despeito de toda a ampliação do olhar, ocupávamos o lugar de apresentar uma rede precária e desrespeitosa de saúde (ainda que tentássemos tecê-la), manejar inadequadamente suas dores, dar vários diagnósticos e encaminhamentos. Éramos os porta-vozes deles, ela acatando-os ou não. As propostas terapêuticas não lhe serviam; chegavam a ser cruéis. Muitas filas, muitos exames, lugares distintos. Nesse contexto, as tentativas de operar descontinuidades (LONDERO; PAULON, 2012), encontrar frestas, foram falhas. Também, e não menos importante, objetivávamos a necessidade de cuidado dela para com ela mesma. Algo que, naquele momento, não encontrava sustentação psíquica suficiente.

O Ponto de Cidadania, com sua flexibilidade, disponibilidade e constância, foi um dispositivo essencial para o cuidado junto à Nice. Ele permitiu que a sua produção se reinventasse, como o fez em tantos outros casos. Seu papel não se

encerrava em garantir o tratamento diretamente observado da tuberculose ou facilitar a entrada nos serviços de saúde, mas abria espaço para que outras questões emergissem – questões que permaneciam escondidas dentro do consultório ou mesmo em encontros pontuais no território.

As ações do Ponto de Cidadania com a USF ampliavam o nosso objeto de trabalho, questionavam as formas de cuidar e, sobretudo, adentravam corajosamente nesse terreno em construção, que é o do cuidado menos aprisionado, enquanto produção de vida: a vida que é possível na estrutura que vivemos. Inventividade e inquietação.

Muitas questões escaparam no cuidado junto à Nice. Poderíamos dar conta do que ela precisava? Qual a medida do que ela precisava, e de que ordem era? Com muita frequência, nos deparamos com agravos à saúde condicionados pela estrutura social, como a pobreza extrema, a opressão de gênero, o racismo e com as respostas indecentes ofertadas pelo Estado (a exemplo da demora de oito meses do laudo do *papanicolaou*). De forma entrelaçada, modos de subjetivação atravessados por essas violências gritam necessidades de uma outra ordem, que uma vida inteira foi insuficiente para suprir.

O que cabe à Saúde, imersa em uma perspectiva reformista, ainda que apele à intersectorialidade, no cuidado junto a pessoas atravessadas por tantos mecanismos geradores de sofrimento? A busca incessante por produzir vida, mesmo no seu fim: tanto no amaciar a máquina engessada da rede de saúde, denunciando-a, quanto no desaprender dos fazeres tradicionais para construir outros.

As ações de saúde não dão nem nunca darão conta – nesse formato de sistema de saúde – das necessidades escancaradamente sociais que nos deparamos. No entanto, não nos cabe transferi-las de setor, ausentando-nos do caminhar. Quanto mais difícil, mais permanecemos.

Como um arremate, na maca do hospital onde faleceu, Nice faz a última solicitação à sua técnica de referência, que esboçava um carinho nas suas pernas: “Larga meu pé!”

Esse foi o cuidado possível junto à Nice. Aí é onde se encontra a beleza.

Experiências exitosas de cuidado junto à população em situação de rua são as que pressupõem, a partir das regularidades observadas, em um espectro heterogêneo, que os serviços podem e devem se adequar ao território (CARNEIRO *et al.*, 1998; CANONICO *et al.*, 2007; CARNEIRO; SILVEIRA, 2003; CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010). Para que as particularidades de cada território sejam refletidas nas ações de saúde das equipes, garantindo o seu acesso, são necessárias atitudes proativas das instituições (CARNEIRO; JESUS; CREVELIM, 2010). Ao invés de esperar que o usuário se adeque ao serviço, o serviço deve se adequar ao usuário, a partir da aproximação com o seu *ethos*.

No entanto, ao mesmo tempo que é importante a apreensão de regularidades na relação que a população em situação de rua desenvolve com os serviços de saúde, para melhor atendê-la, vale atentar para a não generalização, sob o risco de absolutizar o estar em situação de rua e tomar como dado o que ainda é desconhecido.

Atentar para as particularidades de cada pessoa torna o processo de cuidado frente ao sofrimento humano mais horizontal, efetivo e produtor de saúde. O saber sobre a repetição, as regularidades e as generalidades não deve anular a diferença. Pelo contrário, o saber sobre a repetição deve aumentar as possibilidades, na produção do cuidado, de operar com a diferença a partir dela (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2010). De outro modo, abre-se espaço para o estigma e consequentes enrijecimentos inter-relacionais e institucionais.

Espinheira (2004) alerta para a tendência à homogeneização dos usuários de substâncias psicoativas, como se todos pertencessem à mesma categoria social e, portanto, fossem sempre tomados pelo mesmo enfoque. Ampliaremos a afirmação do autor para as pessoas em situação de rua como um todo. Daí a importância de não perder de vista a heterogeneidade social, cultural e individual que habita as suas existências.

Uma profissional entrevistada fala que não costuma perguntar se o usuário está em situação de rua, porque “no ver, já conhece alguns”, devido sobretudo à sujeira. Com esse tipo de essencialização, deixa de identificar outras pessoas que estão nas ruas, mas que não estão sujas. Como consequência, a profissional pode fazer exigências burocráticas (a exemplo de documento e cartão SUS), as quais dispensaria para as pessoas nessa condição.

No movimento de trabalhar com a regularidade, a generalidade e a repetição, é fundamental manter o olhar atento às particularidades e às diferenças, evitando a cilada de cristalizar os sujeitos nessas posições, reduzindo-os a estas.

4.1. Representação das pessoas em situação de rua

Para os profissionais de saúde, o entendimento de quem são as pessoas em situação de rua interfere na relação que estabelece com elas. Quando questionadas como as pessoas em situação de rua costumam chegar ao serviço, as respostas preponderantes foram: “agressivas”, “sujas”, “sem documento” e/ou “acompanhadas”. A violência e a documentação já foram debatidas no capítulo anterior. Aqui abordaremos a sujeira e o papel do acompanhante, a partir de uma discussão mais ampla sobre tutela e autonomia.

4.1.1. Sujeira

A presença das pessoas em situação de rua nos serviços de saúde, por vezes mal vestidas, sujas ou sob uso de substâncias psicoativas, provocam nas trabalhadoras e trabalhadores um certo constrangimento e reprovação, o que traz para a cena o distanciamento existente entre usuários e profissionais – distanciamento explicado em grande parte por diferenças de classe social, mas também pelas diferenças socioculturais em termos de territorialidades (HAESBAERT, 2002).

A depender de como essas pessoas sejam recepcionadas nos serviços e do nível de exigências demandadas a elas, podem vivenciar uma certa seletividade desse espaço, passando por um processo de desterritorialização, de exclusão espacial⁸⁵ e também exclusão simbólica.

⁸⁵ No seu texto, Haesbaert (2002) se refere às ocupações dos *shopping centers* da zona sul do Rio de Janeiro por grupos de sem-teto e conclui que o processo de desterritorialização, nas classes sociais pobres, usualmente se dará de forma excludente.

Uma das profissionais entrevistadas aponta que a espacialidade do prédio onde a USF está situada, com um pé direito alto e um portão imponente de mais de duzentos anos, dificulta, já na entrada, o acesso das pessoas em situação de rua:

“Passar por dentro do prédio, onde pessoas engravatadas, bem vestidas, bem cheirosas, com um nível superior, que te olham torto (algumas), eu acho que já é uma dificuldade.” (Profissional F)

A desterritorialização, nesse caso dada pela via da exclusão (HAESBAERT, 2002), começa pela imponente do lugar, sendo enfim instituída por algumas práticas discriminatórias:

“Naquela situação, com o aspecto... Porque nem todo morador de rua está sujo, mas, com aquele aspecto, [talvez] eles não consigam passar nem da porta principal.” (Profissional C)

O “aspecto” associado a essa corporalidade perpassa por formas de vestir, pela ausência de calçados, pelo comportamento, sendo também indissociável da cor da pele. “Passar da porta principal” é uma questão que suscita muitas discussões, onde o racismo e a sujeira sobressaem.

Esta última torna-se o atributo corporal mais destacável das pessoas em situação de rua (FRANGELLA, 2009 *apud* RUI, 2010), de forma que permanece como um “tópico inoportuno⁸⁶” (RUI, 2012). Algumas falas de profissionais corroboram como a sujeira se sobressai, sendo utilizada como principal critério para a identificação de que uma pessoa está na rua. Além disso, é possível notar um certo constrangimento em tratar da questão:

“Alguns vêm um pouco desarrumados, geralmente... Estão um pouco desarrumados, assim maltratados, cabeleira, vestimenta, e, às vezes, um pouco [silêncio]... tem até o odor também característico de quem tá carente de um banho.” (Profissional D)

“Não só pelo externo, a questão do estereótipo. Não só isso, não é julgando... Mas isso também, de certa forma tem... Não é pela questão da simplicidade da roupa, tem a simplicidade da roupa, mas a questão de às vezes estar muito sujo, sem ter uma higiene adequada. A gente acaba identificando também desta forma...” (Profissional E)

⁸⁶ Essa expressão, segundo RUI (2012, p. 6), é utilizada pela antropóloga Mary Douglas, que revela que a sujeira, mesmo abstraída das noções de patogenicidade e higiene, historicamente permanece como um “tópico inoportuno”.

A sujeira, na vida das pessoas em situação de rua, é construída por um processo gradual de ausência de banho diário, decorrente de diversos fatores, quais sejam: a falta de lugar para fazê-lo, a ausência de insumos de banho, do suor do trabalho exaustivo, de restos de comida, do descuido proveniente da rapidez com que circulam de lugares, do contato com o lixo, cachorros e gatos de rua, além dos ratos nas suas habitações provisórias, da conjugação do lugar de excreção e alimentação, da exposição ao sol, frio, chuva e poluição das ruas, além do grau de desânimo que ocupa o cotidiano de alguns (FRANGELLA, 1996 e 2009 *apud* RUI, 2012). Em geral, quanto maior o tempo que ficam continuamente nas ruas, mais intensa costuma ser a sujeira; e quanto maior o contato com a casa ou outras instituições, maior o cuidado com a higiene (RUI, 2012).

No encontro com os usuários nos serviços de saúde, é comum que alguns se desculpem por estarem sujos ou então, ao contrário, que façam questão de informar que se “banharam”, que já estão “asseados”, que nós “não nos preocupemos”, pois ele está “limpo”. Na rua, é menos frequente a menção à condição de sujeira; parte pelo fato de não serem eles os desterritorializados na rua, e sim nós; parte pela relação intrínseca estabelecida entre rua e sujeira, de forma que ali ela é esperada. Eventualmente, acontece que o antebraço nos seja oferecido como cumprimento, ao invés da mão.

Nesse sentido, na espacialidade do serviço de saúde (no caso da USF, a começar pelo prédio onde está situada), a sujeira desperta de forma mais intensa alguma abjeção, sentida pelos usuários através dos profissionais de saúde, bem como deles próprios:

“Teve pessoas que trabalhavam lá dentro mesmo, funcionário, chegava dizendo que não aguentava eu chegar lá, que não aguentava sentir meu fedor. Que eu era fedendo. Entendeu? (...) Quando chegava lá me chamavam de fedendo: ‘vá tomar banho’, não sei o quê, têrêrê... (...) Nêgo ficava me discriminando. Mandava eu ir no banheiro tomar banho, esse negócio todo. Tudo isso, discriminação.” (Usuário Lopes)

“Às vezes tem mais da minha parte, né? [desconforto por estar sujo] Eles também vê, repara, mas às vezes é mais da minha parte. Chegar, mesmo que esteja com a roupa suja, mas tem que tomar banho.” (Usuário Manuel)

A assunção da sua condição de “sujo” ou, como dito por uma funcionária, “total sujo”, parece favorecer a comunicação com os trabalhadores de saúde,

amenizando a abjeção. Uma das profissionais entrevistadas narra com bastante entusiasmo uma cena em que um usuário, de forma educada, perguntou se a sala de curativo estava funcionando, pois, caso positivo, iria até o CAPS tomar um banho e retornaria em seguida. O usuário afirmava que não era adequado entrar em uma Unidade de Saúde naquela circunstância. Nos casos em que não tem essa proatividade:

“Normalmente, nesse caso, ele vem direto pra o curativo. É o lugar que eles mais procuram, né? O curativo é feito, o atendimento é feito por quem está lá e ele volta somente com o que ele veio buscar.” (Profissional C)

O usuário, quando está sujo, não procura outro serviço da USF e também não lhe é ofertado mais nada. É como se o seu estado de deterioração corporal lhe retirasse alguns direitos. Aqui, vale ressaltar que a violência institucional também atua através da omissão, da não oferta, de forma que a passividade, em algumas situações de vulnerabilidade, pode ser considerada uma iniquidade. Uma outra profissional sugere que a Unidade poderia ceder um sanitário para os banhos, na compreensão de que a sujeira aparece como uma importante intercessora na relação com o serviço.

Por conta disso, questionei se também existiam pessoas em situação de rua que chegavam limpas na Unidade:

“Com certeza, até a ponto de duvidarmos realmente se eram de situação de rua. Mas, depois de investigar, às vezes veio de um abrigo, ou passou em algum lugar e tomou um banho...” (Profissional D)

A sujeira é tão fundante na identificação do estar em situação de rua, que quando a pessoa não está suja, até se duvida da sua condição. Também, pode-se interpretar como a heterogeneidade das pessoas que vivem nas ruas, com suas respectivas singularidades, permanecem secundarizadas, ou mesmo apagadas, diante da magnitude que a sujeira ocupa na sua representação.

Aqui, vale à pena pontuar a diferença com a qual a sujeira é tratada no serviço de saúde e no Ponto de Cidadania. No primeiro, é um elemento que afasta as pessoas, enquanto que, no último, as aproxima. Quanto mais sujo no Ponto de Cidadania, mais bem-vindo, mais há o que ser construído com. Infelizmente, não podemos dizer o mesmo nos serviços, a despeito de tentativas pontuais que vão na

contracorrente.

4.1.2. Tutela e autonomia

Durante as entrevistas, muitas profissionais responderam, quando questionadas como as pessoas em situação de rua costumavam chegar ao serviço, que elas chegavam “acompanhadas”. O estar acompanhado por um técnico de um serviço parceiro aparece de forma notória nos discursos das profissionais, algo que me fugiu no registro dos diários de campo.

Sem dúvida, observava que a existência do Ponto de Cidadania e do Corra pro Abraço aumentava a ocupação da USF pelas pessoas em situação de rua, tanto pela abordagem próxima do território, ativando a produção do cuidado de forma ampliada, quanto pelo seu acompanhamento ao serviço⁸⁷. Quando o Ponto de Cidadania foi desativado, a frequência dos usuários antigos diminuiu consideravelmente, bem como o acolhimento a novos. Além disso, os impactos a curto prazo, como o abandono de tratamento de tuberculose e do pré-natal, foram fáceis de notar. Podemos dizer, indubitavelmente, que o Ponto de Cidadania e o Corra pro Abraço atuam como facilitadores do acesso das pessoas em situação de vulnerabilidade aos serviços de saúde.

No entanto, não dimensionava que o acompanhamento dos usuários pelos serviços parceiros, para alguns profissionais da USF, assumia tamanha importância. Segundo uma delas, o motivo pelo qual muitos vinham acompanhados residia na ideia de que eles não sabiam para onde ir, por “falta de informação”, que “não podiam se identificar”, que não sabiam que podiam ser atendidos sem cartão SUS ou documento; por fim, de forma menos enfática, que estar acompanhado facilitava sua entrada no serviço. Apesar de concordar que o conhecimento da rede de saúde e dos direitos é insuficiente, é no último ponto que gostaria de aprofundar, pois me parece que aí reside o principal motivo.

Ilustrativamente, uma usuária narra o motivo de preferir ir acompanhada para a USF:

⁸⁷ Além desses, o Projeto Axé, o Centro de Convivência das Obras Sociais Irmã Dulce e o CAPSad também acompanhavam os usuários, mas de maneira menos frequente.

“Eu falo pra minha técnica: ‘Não quero ir lá não’. Ela: ‘Vamo comigo então’, aí até eu vou, tá ligada? Mas eu fico distante... Aí porque é uma técnica, rapidinho, sabe tratar bem. Como nós somos usuária, trata a gente mal? Com a técnica: ‘Ah, per aí’, eu pego logo. Quando a gente chega é: “PERAÊ! QUE EU VOU VER!”, “PERAÊ”. Que diferença que tem de uma técnica pro usuário?” (Usuária Quitéria)

Segundo Kinoshita (1996), as relações de troca se realizam baseadas em um valor previamente atribuído para cada indivíduo, como pré-condição para o processo de intercâmbio. Este valor pressuposto é o que dá “poder contratual” aos indivíduos, a partir de três dimensões fundamentais: troca de bens, de mensagens e de afetos.

Poderíamos afirmar que os bens das pessoas em situação de rua são poucos, sem valor e com frequência tornam-se suspeitos; suas mensagens, partícipes de uma linguagem outra, imediatista e, por vezes, agressiva; seus afetos, desconfiados e solicitantes de uma permanência e disponibilidade peculiares. O seu baixo poder contratual é terreno fértil para que práticas discriminatórias sejam construídas ou, ainda pior, naturalizadas.

Por isso, “a diferença entre uma técnica e um usuário” reside em que aquela dispõe de poder contratual, ao passo que este não. O ato de fazer as mediações necessárias para a efetivação de alguns projetos é denominado, pois, de “emprestar poder contratual”, e é o que a técnica de Quitéria faz quando a acompanha na USF: utiliza o seu prestígio, a sua delegação social e o seu saber profissional, reconhecido pela sociedade, para lhe possibilitar novas experiências (KINOSHITA, 1996, p. 59). É nesse cenário que o acompanhamento dos usuários surge de forma tão positiva para os profissionais da USF, pois lhes facilita a comunicação e diminui a exigência subjetiva para a construção de vínculo.

O empréstimo de poder contratual direciona-se à construção da autonomia da usuária e do usuário, localizada, segundo Castel (1997), na zona de integração social. Aproximando essa noção polissêmica para a Saúde Mental, entendemos a autonomia:

“como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim, não se trata de confundir autonomia com auto-suficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida.” (KINOSHITA,

1996, p. 57)

Nesse sentido, como ponte para a produção de autonomia, a tutela pode ser libertadora, a qual é chamada, por Merhy (1998), de tutela autonomizadora. Segundo esse autor, no seu modo de agenciar uma liberação a partir de si, a tutela autonomizadora parte de um aparente movimento paradoxal, no qual da dependência surge a liberação, mas não é capturada por ele. Ao contrário, de forma concomitante, a tutela fabrica inflexões no produzir processos de libertação e responsabilização.

É possível encontrar que o vínculo com os usuários em situação de rua muitas vezes se confunde com a ideia de docilização, ou mesmo “adestramento”, como surgiu em uma das entrevistas: na tentativa de dialogar em um volume apropriado com uma frequentadora da USF, a qual está sempre gritando, a profissional conseguiu estabelecer uma comunicação adequada com ela. Mesmo tendo produzido continência de forma interessante, fez a leitura de que a “adestrou”.

A representação das pessoas em situação de rua por alguns profissionais de saúde varia binariamente entre a agressividade e a docilização: ambas redutoras. Algumas narrativas profissionais passeiam, de forma condolente, pelos “pedidos de ajuda” dos usuários, pelos vocativos “mãe” ou “tia”, na tentativa de descrever, através da via da compaixão, sua vinculação com eles. Ao anular o espaço entre a agressividade e a docilização, que é, sempre, um lugar de direitos, incorremos no risco de estabelecermos uma relação tutelar com os usuários – não a tutela autonomizadora, mas a que castra.

Uma das entrevistadas narra um episódio na festa de Santa Bárbara, quando o CAPS e a USF se juntaram para fazer uma ação de redução de danos. Um senhor, de forma abrupta, dirigiu-se à mesa e pegou uma quantidade considerável de preservativos, sem cumprimentar os trabalhadores ou tampouco perguntar se podia pegá-los.

“Eu disse assim pra ele: “não, bote aqui”, ele: “por que?” (...), “porque, primeiramente, você não pediu, primeiramente, isso aqui não é seu, não é meu. E quando a gente tá num lugar que não é nosso, a gente tem que pedir licença, dar bom dia, boa tarde e pegar. Eu vou te dar, eu vou te dar até mais, agora você vai colocar aí.” Ele foi lá e colocou. Aí, quando deu uns cinco minuto, que ele esqueceu, fui lá e enchi ele de camisinha, e ele foi embora. (...) E aí, a pessoa que trabalha com ele não teve a iniciativa nenhuma de dizer: “ei, psiu, peraê. Não é assim, não. Aguarde que a gente vai dar.” Não, simplesmente deixou ele fazer o que ele queria. (...). Não, eu

acho que deixa muito solto. Acho que deixa fazer tudo que quer, e que não é assim. Não é assim, você pode disciplinar a pessoa sem agressão, né? Porque, eles tão na rua porque a rua é liberdade, mas dentro deles ali, há um líder. (...) Que dá direção a eles. (...) Se entre eles há um líder, porque que aqui não tem como ser um líder? Liderança não é você ser agressivo, não é você ser ditador, é sim você colocar um pouco de ordem naquilo que você tá comandando, entendeu? (Profissional B)

Vemos aí uma dobra entre a tutela e a autonomia, que é constitutiva do ato cuidador e compõe o fazer de qualquer trabalhador da saúde (MERHY, 1998). Sem dúvida, construir com o usuário outra forma de socializar é interessante. Mas, nesta cena, sobressai a tensão entre produzir continência/borda e um devir disciplinador, em que a autoridade é a linguagem.

Se, por um lado, somos implacáveis com quem pega as camisinhas sem perguntar se pode e sem agradecer, também o somos, em outra medida, com aqueles que não vão ativamente buscar os preservativos na mesa; com quem compreende o cuidado de si de forma diferente da nossa. Uma profissional narra, de forma positiva, como um casal em situação de rua, em uma moradia extremamente precária, com a mulher com transtorno cognitivo relevante, tem conseguido fazer o pré-natal, da “forma desorganizada deles”. Com frequência, vemos a “forma desorganizada” das pessoas que têm melhores condições socioeconômicas com um abatimento, até como uma fase, mas nem sempre damos o devido desconto às pessoas em situação de rua.

A mesma profissional narra a visão da equipe diante da condição precária de Joana, que vinha passando fome com seus dois filhos:

“Essa questão também de Joana, que tá passando fome com os filhos... E mesmo assim ela cuida dos filhos, da forma que ela acha o certo, né? Agredindo, batendo, mas ela, não tenho dúvida que ela ama os filhos, de que ela tem um cuidado com os filhos. Que ontem a gente discutiu isso na reunião de equipe e alguém falou: “Por que o Conselho não tira a guarda dos filhos dela?” Aí eu falei: “Poxa, isso é muito cruel, porque ela é uma boa mãe”. Você vê que o filho dela tem um amor imenso por ela. Esse amor imenso do filho por ela não é por nada. Né? Tem algo aí. (...) A questão da amamentação. Até hoje ela amamenta aquele menino. A questão do amamentar, sem ser o lado romântico, é uma questão do cuidado também, né? (...) São coisas que você vê que, apesar de ter a situação de rua, são pessoas que têm o cuidado... bem, entre eles, do jeito deles...” (Profissional F)

A nossa possibilidade de ofertar lazer, alimentação e moradia digna para nossos filhos coloca a ausência dessas questões puramente no âmbito da escolha. Como se observa, as diferenças de classes sociais impõem percepções de cuidado

muito distantes, as quais, por sua vez, aumentam a chance de um devir disciplinador.

Na contracorrente, trabalhar no sentido da autonomia do usuário significa que muitas vezes teremos que segurar a sua mão. A autonomia não está dada, sobretudo em uma sociedade em que as liberdades são tolhidas, em que se penaliza a própria existência. Como podemos separar a falta de liberdade social, com a gestão penal dos territórios promovida pelo Estado, da dificuldade em tomar as rédeas da própria vida? São dimensões inseparáveis da existência.

Trabalhar para se garantir a autonomia é, sem dúvida, um dos maiores desafios hoje, pois a linha que a separa da tutela, como já colocado, é bastante tênue. O trabalho em saúde, com uma carga humana tão intensa, sobretudo se almejar a produção de vida, vai cometer erros. O que não podemos é, em nome do receio dessa “gafe”, aceitar que uma mãe com deficiência cognitiva e um filho de dois anos, por exemplo, ambos em situação de rua, permaneçam sem tratamento do HIV, porque ela não vai sozinha ao serviço especializado. O fato de ela não ir sozinha a esse centro, mas ir a outros lugares, é um elemento para ser colocado em análise, e não tomado como dado absoluto de seu desinteresse.

Entre a tutela, a autonomia e a responsabilização, uma série de elementos se fazem presentes, como a falta de dinheiro de transporte, o medo de ser mal atendido, o receio do tratamento, dentre outros. Em Salvador, a mobilidade e a rede de distribuição de serviços geralmente são dificultadores. Por vezes, a pessoa até iria em um dado lugar, se houvesse facilidade de transporte ou isenção de pagamento. Até na discussão entre tutela, autonomia e a multiplicidade do “entre”, o território se impõe.

Mesmo entendendo que o segurar na mão hoje é para que amanhã seja possível o exercício da autonomia, também é fundamental aceitar que a trajetória não é linear. Em alguns momentos, em períodos de crise – social e individual, pois caminham juntas –, será necessário colocar o serviço em pesos diferentes para a pessoa. Não é porque em um dado período um usuário assumiu questões de sua vida, que assim o será para sempre. É nessa riqueza que reside a dificuldade do trabalho em saúde.

O debate da tutela e da autonomia respinga em duas questões pragmáticas no cuidado junto às pessoas em situação de rua, que são: a abstinência ao uso de drogas e a saída das ruas.

Não conceber a abstinência como fim é uma questão muito cara às estratégias de redução de danos e ainda em disputa na sociedade civil. No entanto, por vezes assistimos à completa exclusão da discussão, com o usuário, do lugar da droga na sua vida, sob a égide da autonomia. Decerto, muitas vezes é até indecente discutir o lugar da droga diante de uma existência tão dilacerada. Em outras, é possível construir um caminho de cuidado, pautado especialmente no vínculo e no respeito à liberdade do usuário, em que essa questão possa emergir.

Se nós colocamos tudo no mesmo bojo, perdemos o maior desafio da clínica, que é a possibilidade de trilhar infinitos caminhos. Além disso, se não trazemos a questão para a cena, nem as estratégias de redução de danos se farão presentes. Sem dúvida, a exigência da abstinência não é um caminho. A Redução de Danos tampouco exige que se trilhe o caminho oposto, a não-abstinência. Antes, nos convida a construir possibilidades de rumos e sentidos.

De modo semelhante, temos a questão sobre o sair das ruas. Muitos usuários não colocam ativamente esse desejo: ou porque não o têm, pelo menos nesse atual formato de péssimas condições dos abrigos, ou porque não acham que é possível. Em algum momento, precisamos produzir esse diálogo. Não é porque o Estado, no geral, se aproxima das pessoas em situação de rua em uma perspectiva higienista, onde o abrigo é a ferramenta utilizada, que nós tomaremos a rua como essência e destino.

Observamos que concepções que representaram um avanço, muitas vezes, se enovelam em si mesmas, e, apesar de suas pernas fortes, permanecem estacionadas. Em resumo, quero reforçar como a não exigência da abstinência, o desejo de saída das ruas e a construção da autonomia têm sido tomados, por vezes, de forma panfletária, distanciando-se da complexidade intrínseca ao processo de cuidado. Com isso, da mesma forma que a tutela pode ser autonomizadora, a autonomia, quando apreendida de forma superficial e a todo custo, acaba por incorrer na restrição de direitos.

4.2. Direito à saúde ou concessão?

As pessoas em situação de rua não fazem parte do grupo social com maior

força política, de forma que seu lugar enquanto sujeitos de direitos, nos serviços da Atenção Básica, ainda está aquém do devido. Para os usuários de substâncias psicoativas, para as pessoas em situação de rua, o direito não é um *a priori* (ROTELLI, 2013). Para essas pessoas, os direitos vêm depois (NICACIO, 2013): depois que param de usar as drogas, depois que aderem ao tratamento, depois que falam baixo quando chegam nos serviços, depois que tomam banho, depois que tiram os documentos. Com tantas exigências, depois que já adoeceram ou mesmo morreram. Segundo um usuário:

“Eu não sei como exigir. Eu sei que eu tou precisando do atendimento. (...) Chegar lá a gente vai ser atendido do modo possível que chegar ao nosso alcance, né?” (Usuário Manuel)

A ampliação das capacidades individuais no conhecimento da rede e no direito à saúde deve ser uma diretriz no cuidado junto às pessoas em situação de rua. Com efeito, em muitos momentos fica nítido como a atenção a essas pessoas é tida como um favor, uma concessão, uma ação de alguém com “bom coração⁸⁸”. Podemos observar de duas maneiras: a primeira é a forma como elogiosamente alguns colegas se referem às posturas interessantes de outros colegas da USF, em um teor quase sacerdótico do cuidado.

Em uma ocasião que fizemos, na Praça das Mãos, uma ação de tratamento à pediculose, com medicamentos e aparatos conseguidos através de ONGs e do dinheiro das trabalhadoras da rede, até mesmo a gestão ficou entusiasmada, reconheceu o trabalho, elogiou e postou fotos na intranet da Prefeitura Municipal; reações positivas que tiveram, no entanto, como balizadoras a questão da bondade e da beneficência, e que não produziram efeitos disparadores de reflexão institucional, incluindo aí a responsabilidade dela própria em garantir insumos para ações como esta.

A segunda forma é na organização do processo de trabalho de fato, partindo dos momentos que exigem deslocamentos e auto-reflexões. Pensar que o cuidado junto às pessoas em situação de rua é disparado pela bondade, ou mesmo por uma perspectiva missionária, pode interditar mais do que facilitar. Sobretudo porque passa pelo julgamento moral, religioso, trazendo valores binários como o certo e o

⁸⁸ Expressão utilizada com frequência pelo Prof. Marcus Vinicius de Oliveira Silva no debate sobre a técnica de manejo vincular ao usuário em sofrimento mental.

errado; e, nesse impasse, estar na rua fica como consequência de atos ilícitos, ou apenas como escolha individual, o que empobrece as leituras da realidade e, conseqüentemente, as ofertas de cuidado, aprisionando as disposições.

Podemos confirmar essa asserção em algumas entrevistas, que também evidenciam uma leitura restrita sobre o fenômeno do estar em situação de rua. Uma das profissionais explica como identifica que uma pessoa está nessa condição:

“Ah, eu procuro ser o mais discreta possível. Eu pergunto o endereço, porque aí com o endereço eles vão dizer se são ou não. (...) É, pergunto: ‘qual seu endereço?’, ‘mora onde?’... Porque aí eles dizem: ‘eu moro na rua’.”
(Profissional D)

Como se nota, há um constrangimento sobre tratar do tema de morar na rua, em uma perspectiva de vitimismo ou mesmo de chaga que carrega. Ainda, de forma emocionada, a profissional afirma sentir muita pena deles, sobretudo quando os encontra na rua e eles a veem como amiga.

Outra trabalhadora, quando questionada sobre dificuldades de acesso na USF, sugere que houvesse um “serviço completo” para os usuários em situação de rua, “não pelo incômodo das outras pessoas (pelo odor, pelo mal cheiro, porque tá sujo de fezes)”, mas pelo conforto dela própria. Tal serviço teria um local pra banho e um serviço social, que desvendasse “quem é essa pessoa”:

“Porque a assistente social, ela acalma. (...) [Aqui] ele entra e sai e a gente aqui não sabe nem quem é. Sabe o nome que ele deu, sabe o que ele diz, se ele quis dizer, né, e ele volta pra o mesmo lugar ou ele volta pra rua do mesmo jeito. (...) Que ele fosse pra uma instituição ou fosse devolvido à família (...) Então deveria ter um cadastro de pessoas abandonadas na rua, pessoas que fugiram, pessoas que se perderam, pessoas que tiveram um crise psiquiátrica e foram parar na rua, que facilitaria.” (Profissional C)

Aqui, se observa que o fenômeno da população de rua está associado ao abandono, à fuga, à perda, à crise psiquiátrica; que existe um desencontro, o qual pode ser resolvido promovendo-se um encontro. No momento de saída das ruas, à pessoa não caberia essa escolha: ela seria “devolvida”, o que nos remete a uma objetificação, ou mesmo anulação do sujeito. Ainda, propõe que esse encontro se desse através de um “cadastro das pessoas em situação de rua”, à semelhança do “cadastro de foragidos”, que “tem foto, tem cadastro, tem propaganda, tem tudo”.

A complexidade e a dinamicidade do fenômeno de viver nas ruas não cabe em um cadastro. Tampouco a condição de vulnerabilidade, que começa antes do desabrigo (VARANDA; ADORNO, 2004), está ausente no ambiente familiar. Pelo contrário, muitas vezes é no âmago da família que a desigualdade social exerce seu primeiro efeito opressor (ESPINHEIRA, 1993).

Novamente, incorremos na questão do que cabe à Saúde diante da problemática. A possibilidade de ouvir, acalmar e entender a história de vida não é exclusiva do assistente social ou do psicólogo. Em verdade, o acolhimento e a abordagem integral pressupõem justamente isso: um borramento de bordas. Poderíamos até analisar a rede SUS e SUAS e concluir que cabe uma aproximação, ou mesmo uma hibridização, dos seus serviços. No entanto, a convocação de outras áreas se dá na mesma tônica que a Saúde vem se relacionando com os problemas sociais em geral: distante, periférica, pontual e desresponsabilizada – resumindo-se a um encaminhamento ao invés de um aprofundamento.

Nessas situações, quando não se encaminha, a perspectiva que se destaca é a da concessão, da ajuda, mesmo quando se reconhece em si própria uma mudança positiva em relação ao usuário:

“Acho que me tornou mais assim... De ver o outro lado assim perto de mim, porque às vezes a gente passa, vê uma pessoa na rua, vê... mas assim, de me tornar mais humana, sabe? De entender mais um pouco o outro, de querer ajudar o outro mesmo sem um documento, né, (...) às vezes até ajudar, eu não gosto de ficar falando não, até ajudar assim de dar um lanche, (...) e a pessoa lhe agradecer (...). Não só a questão do atendimento, mas de você criar um vínculo de confiança.” (Profissional E)

“A médica também abre exceção pra poder atender, ajudar essas pessoas. Mas, por exemplo, a marcação, não é que a colega não queira, mas tem um protocolo que não depende dela, né? Na farmácia tem essa questão também, mas a colega acaba ajudando. De uma certa forma, pra eles não ficarem sem ser atendidos...” (Profissional E)

“...que a gente tenta ajudar da forma que a gente pode, não de abraçar o mundo, porque a gente não tem como abraçar o mundo, mas a gente faz o nosso possível... Eu faço o meu possível, né? Enfim.” (Profissional E)

“Mas a menina que faz marcação, consulta pra fora, ela precisa [do cartão SUS], não tem como marcar, porque não é ela. Ela não pode, de uma certa forma, ajudar.” (Profissional E)

“Então eu ajudo da maneira possível, no que eu posso ajudar, eu ajudo meus pacientes de rua.” (Profissional A)

“Também tem outra paciente (...) que é uma senhora de idade, ela vem aqui sempre (...), aí ela conta os problemas dela, aí quando eu posso eu dou... Eu aconselho, né...” (Profissional A)

“Eu tento ajudar na medida do possível” (Profissional A)

Ao longo do trabalho, vimos pontuando, mesmo que indiretamente, o lugar relevante do afeto na relação de cuidado. A crítica que se coloca, nesse momento, é quando a perspectiva missionária apaga o fenômeno do estar em situação de rua como um fenômeno social, multideterminado, para o qual a Saúde deve dar respostas. Por encerrar-se em uma experiência individual, não traz reverberações institucionais para o processo de trabalho.

Não se trata de bondade ou condescendência, mas antes de direitos. O acesso das pessoas em situação de rua deve passar pela aceção do direito, e não da concessão. Caso contrário, encontraremos um caminho aberto para as práticas discriminatórias.

4.3. Processo de trabalho, acolhimento à demanda espontânea e agenda

A organização do processo de trabalho tem como uma de suas linhas-guias a composição e arranjo da agenda. A definição da quantidade de turnos de atendimento, se pela manhã e/ou à tarde, do número de consultas agendadas, de visitas domiciliares, reuniões de equipe ou intersetoriais, atividades educativas dentro da equipe e com a comunidade e as articulações com os equipamentos comunitários dependerá das prioridades que a equipe e a gestão definirem.

As ações das equipes devem ser um reflexo das necessidades do território, mas com grande frequência não o são. Decerto problemas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus são causa de muitos agravos que levam a sofrimento e morte da população, mas o fato de sempre serem eles os primeiros (e algumas vezes os únicos) temas propostos para trabalhar nas atividades com a comunidade sinaliza o raciocínio sistemático, pouco reflexivo e não referenciado socialmente das equipes na USF.

É como se existisse um cardápio de ofertas na Saúde da Família que servisse

apenas para alguns tipos de pessoas, de forma segmentada e excludente. Em uma pesquisa rápida no Ministério de Saúde, facilmente se observa a quantidade de políticas e cadernos voltadas para cada uma das doenças existentes ou grupos populacionais com maior força política. Mesmo que as campanhas sanitárias tenham dado lugar a programas, em uma perspectiva transversal, o seu caráter desintegrado e fragmentado ainda perpetua uma concepção vertical das práticas de saúde. As decisões e normas atravessam as instituições de maneira individualizada, fragmentada e autoritária, de forma que não contribuem para a integralidade no SUS (PAIM, 2012).

Existe o programa de tuberculose, hanseníase, hiperdia, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do trabalhador, HIV/AIDS e mesmo de doenças raras, dentre tantos outros. É como se a mulher não fosse adulta ou trabalhadora, como se as crianças e os idosos não tivessem gênero, ou como se os portadores de transtornos mentais não adquirissem hipertensão, diabetes ou hepatites virais. Criase uma superposição de programas que amplia a ineficiência, as dificuldades gerenciais e a burocratização das práticas (PAIM, 2012), culminando em restrição do acesso, enrijecimento da clínica e subestimação das características locais prioritárias.

O que foi programado há anos continua na pauta do dia das equipes. Se na década de 80, os objetivos sanitários principais eram a diminuição da mortalidade materno-infantil, quase quarenta anos depois ainda se pautam esses relevantes problemas de forma arbitrária, sem uma atualização que leve em conta a epidemiologia local e as representações sociais das enfermidades e das instituições por parte da população. O território se resumiu a uma praticidade física, concebido de forma estática.

Além disso, retomando o argumento de Carneiro e Silveira (2003, p. 1830), debatido no capítulo 1:

“No conjunto da população local, chega-se a definir grupos prioritários para a atenção, considerando sua maior vulnerabilidade às patologias, mas não se chega a constituir modelos de atenção que articulem respostas diferentes às demandas de grupos sociais heterogêneos, que dividem o mesmo espaço territorial, econômico e cultural”.

Assim, a rede da Atenção Básica não apenas considera o território enquanto uma praticidade geográfica estrita, como só utiliza o risco de patologias para pensar

suas ações, desconsiderando as origens dos grupos sociais. Portanto, não concebe as particularidades da dinâmica sociocultural.

Como já visto, um dos elementos dessa dinâmica é a temporalidade. A distinta qualidade de tempo da linguagem da rua traz a necessidade de resultados com maior rapidez, permitindo uma latência reduzida entre a exposição de uma demanda e a resposta para ela. Nada há de mais concreto no território do que a rua, do que as demandas que surgem a partir dela.

Se a Estratégia de Saúde da Família ainda reproduz o equívoco – através da burocratização das práticas - de que só atende consultas agendadas, ou, mesmo quando reconhece que necessita atender urgências e emergências, não leva em conta o conceito de vulnerabilidade, nega acesso à população em situação de rua. Em muitos casos, a rotina desses serviços costuma ser rígida, não atentando para as especificidades da comunidade que atende (CARNEIRO *et al.*, 1998); sendo ainda mais grave quando se trata das pessoas em situação de rua (MIRANDA, 2014).

Uma profissional entrevistada, assumindo a dificuldade em lidar com o imediatismo e com a alta carga de demandas de uma USF, coloca algumas questões que permitem uma agenda flexível (para absorver as pessoas em situação de rua não agendadas), as quais, na minha experiência, também me parecem pertinentes. Quais sejam: marcar menos pessoas por turno, tendo em conta que outras, não agendadas, irão comparecer; separar um turno “coringa” por semana, para absorver aquelas que porventura não quiserem aguardar atendimento nesse dia, assegurando-lhe que a espera será menor; atender de forma intercalada as pessoas com horário marcado e as “extras”, explicando-lhes que a pessoa agendada já se organizou há algumas semanas para o atendimento e que a não agendada tem uma necessidade que precisa ser acolhida naquele momento; conversar individualmente com a pessoa em situação de rua, e inclusive mostrar-lhe a agenda, pois com frequência elas são deixadas por último propositadamente; reforçar na recepção que a pessoa em situação de rua que solicitar atendimento, em um turno que não esteja disponível, deve ser orientada a voltar no dia ou horário mais próximo possível, dando-lhe garantia de acesso desde o primeiro contato. Muitas vezes, nada disso funciona, porque de fato faltam profissionais e estrutura.

Porém, a operacionalização da equidade que cabe ao processo de trabalho está sendo feita.

A absorção da demanda extra não diz respeito apenas ao profissional que fará o atendimento individual. Em primeiro lugar, a recepção precisa assumir a postura de legitimar o atendimento extra. Segundo uma trabalhadora entrevistada, houve um tempo em que a recepção só pegava os prontuários das pessoas agendadas, se recusando a pegar os daquelas que chegavam espontaneamente. Se o profissional “quisesse” atender, ele teria que ir buscar a pasta. Hoje, se observa um maior afinamento do processo de trabalho; por outro lado, às vezes o problema é o oposto: qualquer queixa é direcionada para o atendimento individual, sem ser feita uma primeira escuta. Como consequência, observa-se uma sobrecarga das pessoas mais afeitas à ampliação do acesso, com uma demanda que é responsabilidade de todos. Não passa puramente pela questão de buscar o prontuário, mas antes pela postura de escuta ativa e responsabilização.

Muitas pessoas (não apenas as em situação de rua⁸⁹) chegam na Unidade e não se dirigem à recepção, indo direto para a porta dos consultórios. Me parece que passa menos pelo não entendimento do fluxo do serviço e mais por uma forma de garantir o acesso – historicamente sob risco de tê-lo negado.

O acesso, como vem sendo debatido ao longo do trabalho, possui diversas camadas. Dentro do serviço, após a portaria, o espaço seguinte em que se pode encontrar uma trava é a recepção. Já presenciei situações em que foi negado o atendimento sem nem se consultar o profissional responsável pelo setor, em nome de uma norma – que foi criada em um momento, por vezes individualmente, e depois não mais discutida. Não passar pela recepção, portanto, é uma ferramenta utilizada para garantir o acesso.

Ainda como médica do CAPS, me dirigi à USF para saber se havia teste urinário de gravidez. Notei alguma dúvida na resposta dada pela recepção; no entanto, sem averiguá-la, a dúvida rapidamente se transformou em negativa. Não satisfeita, fiz como os usuários: bati na porta da enfermeira, que me informou sobre

⁸⁹ Certa vez, um adolescente (que não vivia na rua) com tosse e falta de ar tentou um atendimento na USF, indo direto para a porta do consultório onde eu atendia. Muitas pessoas batem na porta ao longo de um turno de trabalho. Como abri-la todas as vezes inviabiliza o atendimento, raramente o faço. O adolescente, então, foi embora. Ao sair da sala, algumas pessoas me informaram quem era. Dias depois, se internou na UPA e acabou falecendo pela pneumonia. Me questiono por que ele, em nenhum momento, passou na recepção; e, caso tivesse passado, se teria tido esse infeliz desfecho.

a disponibilidade do exame. No mesmo sentido, quando perguntei a uma usuária se ela já tinha tido algum problema de comunicação na USF, ela respondeu: “Tinha... De encontrar a senhora. [risos]”.

Entendendo o espaço da recepção como chave para a garantia do acesso, diariamente, reforçava com os usuários a importância de passar por ela, e buscava conversar com os funcionários do setor, no sentido de nos alinharmos e nos legitimarmos – o que, progressivamente, apresentou melhoras, a despeito de todas as divergências que surgiram no processo.

Uma outra forma de lidar em equipe com essa característica seria transformar o acolhimento em um serviço itinerante, e não apenas localizado em quem está atrás do balcão. Se, nessa Unidade, muitas pessoas sentam nos bancos e não procuram a recepção, será que então nós não deveríamos ativamente abordar quem está sentado? Muitas vezes, não existe sequer um contato visual entre a pessoa que está deitada e o trabalhador.

Conseqüentemente, há o risco da pessoa ficar “esquecida” no banco, caso não procure ativamente a recepção, conforme afirma uma funcionária:

“Fica. [com ênfase]. Aqui fica. Exceto quando deita: ‘Por que essa pessoa tá deitada aí?’, ‘Levanta aí!’ (...) Tá vendo um bocado de gente sentado: ‘tudo bem, senhor, posso lhe ajudar?’ (...) Não existe, entendeu? Eu não sei o que é, não sei se é medo, se é despreparo, (se) acha que não pode dar conta ou se é falta de interesse mesmo. ‘Não tou nem aí, vou ficar aqui conversando, que é o mais tranquilo pra mim.’” (Profissional F)

A mesma profissional narra uma situação em que o paciente ficou sentado, bastante dispneico, durante o horário de almoço. Elucubrou-se sobre quem seria aquela pessoa, mas em nenhum momento alguém se disponibilizou a procurar saber o que estava acontecendo. Salta à vista uma lacuna de implicação e de entendimento de que qualquer problema que chegue na Unidade diz respeito a todos que ali trabalham.

Um outro problema apontado foi o fechamento da porta da USF durante o horário do almoço. O fato de não haver revezamento entre os funcionários causa um esvaziamento da Unidade, deixando a única trabalhadora na recepção por vezes sozinha. Com a insegurança gerada, decidiu-se que o portão ficaria fechado até às 13h. Os seguranças do prédio onde a USF se localiza liberam apenas as crianças que serão atendidas no ambulatório de Pediatria. Considerando que esse horário

próximo ao meio-dia é um horário em que muitos usuários em situação de rua chegam ao serviço, essa medida acaba por limitar o seu acesso. Sobre isso, uma profissional discorre:

“Eu acho errado, porque eu acho que essa não é a forma. Você, simplesmente, limitar o acesso no horário do almoço, né? Você tem que deixar a quantidade de funcionários suficiente pra dar segurança ao trabalhador, à trabalhadora que tá ali, entendeu?” (Profissional F)

Todos os usuários entrevistados avaliaram como positiva a possibilidade de serem atendidos no mesmo dia em que procuram a USF. Pontuaram a dificuldade em acessar o serviço da Odontologia, que não atua com essa premissa. Quando questionados sobre o motivo de não terem conseguido nem ao menos agendar uma consulta, respondem:

“Já tentei já, mas num consegui, não. (...) Rapaz, a explicação é comprida lá, viu? Manda procurar isso, procurar um monte de coisa, que eu nem lembro mais das solicitações que ela fez. Que num tava, num tava ao meu alcance certas exigências, né. Aí a gente deixa no abandono, né, ficamos carregando a lesão, como eu carrego aqui. Se ela falar que não pode atender, ou só pode atender isso, assim, assim, pra mim é normal. Eu vou procurar os meus direitos do modo possível, né? Quando der pra mim, eu chego.” (Usuário Manuel)

“Eu sei lá, isso eu não tenho nem como te explicar, porque não explicaram pra mim, então eu não posso explicar pra senhora... [eu nem perguntei], porque como eu vejo logo um não, eu não vou mais... Eu já, ó... [gesticula que vai embora]” (Usuária Quitéria)

Contudo, mesmo quando nega acesso à população mais vulnerável do seu território, as equipes de Saúde da Família continuam cumprindo todas as exigências programáticas ministeriais, pois essa população que tem o seu acesso negado, classe trabalhadora marginalizada do processo produtivo, também segue à margem invisível do processo de cuidado. Não existem consolidados sobre o atendimento à população em situação de rua, semana de visibilidade a essa população ou nenhuma outra ação vertical que traga a pauta para discussão, como existe sobre aleitamento materno, doença falciforme, hipertensão, HIV etc. Não que as exigências verticais ou o preenchimento de um papel resolvessem as barreiras de acesso, mas nem elas tomam conhecimento de tal restrição, pois não existem.

Não atender a população em situação de rua não gera faltas e atendê-la gera tensões. Entre uma e outra, atravessada por todas as outras dificuldades do mundo

do trabalho, facilmente essa temática não é priorizada, e sua não priorização tampouco é interpretada como um problema pelas equipes.

Por conseguinte, considerar o funcionamento das pessoas em situação de rua e utilizá-lo como componente de (re)organização do processo de trabalho passam pelo aprofundamento ou radicalização do princípio da equidade, que solicita à trabalhadora e ao trabalhador que se desloquem do espaço normatizado e cristalizado em regulamentos do que é permitido ou não dentro de uma Unidade de Saúde.

4.4. Práticas discriminatórias

Ao longo dos anos, observa-se uma ocupação progressiva da USF pelas pessoas em situação de rua e também por outras em condições de vulnerabilidade. Entretanto, de dentro da Unidade, como já abordado no capítulo 2, visualizamos apenas a ponta do *iceberg*. A quantidade de pessoas em situação de rua que não comparece aos serviços continua sendo muito maior do que as que comparecem. Estar no Consultório na Rua confirma essa constatação. Com isso, quero alertar que, a despeito da evolução no acolhimento a esses usuários, uma realidade social ampla segue invisibilizada para fora dos muros da Unidade. Esse ponto reforça a importância do Consultório na Rua e da constante reflexão sobre a operacionalização da equidade – não apenas pela USF, mas por todos os outros Centros de Saúde do Centro Histórico.

Além do mais, não obstante as melhorias do acolhimento da USF, algumas práticas discriminatórias seguem acontecendo, frequentemente relatadas pelos usuários como “má vontade”, “ficar achando ruim”, “atender mal”. Junto com outros tópicos já abordados, tais práticas podem ser enquadradas como violência institucional. Sua discussão ganha importância por entrar no círculo que retroalimenta a roda complexa geradora de violência e por se configurar como iniquidade.

A violência institucional pode ser definida por dois aspectos: por omissão ou comissão. No primeiro caso, entende-se como sendo a negação parcial ou total de um serviço, através da desnormalização (acrescentaria que também pode ser

normatização inadequada), regras rígidas, descaso, negligência ou mesmo a ausência de um serviço. No segundo caso, refere-se à violência técnica, teórica e prática, que perpassa as instituições (principalmente as de saúde, seguridade social e segurança pública) (MINAYO; SOUZA, 1998; MINAYO, 2009).

Na saúde, essa violência está embutida no processo de cuidado, e muitas vezes se apresenta na substituição de uma relação dialógica profissional de saúde-usuário por exames e procedimentos, decorrente da tecnificação e burocratização do trabalho (MINAYO, 2009). Pode se traduzir na demora do atendimento, na ausência de interesse das equipes em fazer uma escuta ativa e orientação adequada, ou mesmo com verbalizações discriminatórias (CAVALCANTI, 2016). A burocracia, que segmenta o raciocínio e solidifica a alienação do trabalho, pode ser um método para sua manifestação. Também se revela através da linguagem moral dos trabalhadores, produto das suas representações sociais ancoradas em pressupostos muitas vezes racistas, machistas e classistas; a partir daí, apresenta-se em todo o processo de cuidado. Dessa forma, tal qual o acesso, a violência institucional diz respeito a todas as esferas da saúde, desde a gestão até a ponta da assistência.

No território do Pelourinho, onde a desigualdade social é operada sobretudo através do racismo, como visto no capítulo 2, as práticas de violência institucional voltadas para as pessoas em situação de rua, em sua esmagadora maioria negras, podem ser configuradas também como racismo institucional. Este é definido como “o fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica”, podendo ser “detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista, que causam desvantagem a pessoas de minoria étnica” (SAMPAIO, 2003, p. 82⁹⁰).

Por não ter aprofundado a categoria raça/cor neste trabalho, utilizarei o termo violência institucional, sem perder de vista que o racismo é um forte operador da mesma.

Algumas profissionais entrevistadas expressaram a compreensão de que a forma como os usuários são tratados pode disparar processos de violência,

⁹⁰ O autor utiliza como referência os documentos da Comissão para a Equidade Racial do Reino Unido.

corroborando que a violência institucional também condiciona a linguagem agressiva, como discutido no capítulo 3. Ainda assim, mesmo narrando cenas discriminatórias, é possível identificar um constrangimento em utilizar a palavra “discriminação” ou “racismo”. Esta reserva é bastante comum na realidade brasileira, em que o mito da democracia racial coloca que não ser racista é não falar sobre o racismo. No entanto, no cotidiano da Unidade, expressões como “essa cabeleira”, referindo-se ao cabelo crespo, ou “é tão bonitinha pra estar na rua”, referindo-se a uma mulher parda de cabelo liso, não são raras.

Uma cena bastante comum na Unidade é o atendimento a turistas estrangeiros, os “gringos”. Guardando fortes semelhanças com o contraste do uso do espaço que o gringo e a pessoa em situação de rua faz, no Pelourinho, a USF também, em certas circunstâncias, gere o espaço com seletividade. Questionadas sobre diferenças na atenção dada aos gringos e às pessoas em situação de rua:

“Quando um gringo tá sentado lá [no banco], com certeza vai preocupar. (...) O gringo, vai querer resolver o problema dele. A pessoa em situação de rua, sentada lá, sentada lá fica, até quando a pessoa sentir que é ameaça. Porque aí vai começar a falar: ‘o que é que essa pessoa quer?’ Tipo, é diferente, tem um gringo ali: ‘o que é que ele quer? Deixe eu resolver.’ Uma pessoa em situação de rua ali: ‘o quê? Não vai embora não?’, ‘Ó ali, vai deitar.’” (Profissional F)

“Ah, claro, né (risos), que tem. O gringo é bem mais tratado, né? É isso aí. (...) A questão de dar mais atenção, né, a essas pessoas.” (Profissional A)

Uma profissional narra como explicações simples sobre o funcionamento da rede são ofertadas aos estrangeiros detalhadamente, enquanto às pessoas em situação de rua, muitas vezes, nem mesmo são dadas. Outras profissionais, ao contrário, colocam que não existem diferenças no tratamento, mas pontuam que, por conta da dificuldade de compreensão de alguns usuários, o desfecho é diferente.

Como já dito, a frequência das pessoas em situação de rua na Unidade não se dá apenas pela possibilidade de utilizar algum serviço dela, mas de fazer do seu espaço uma área de sociabilidade, como ver televisão, beber água e usar o banheiro. Uma funcionária coloca que o uso do espaço não está desconectado do processo de cuidado:

“Porque quando ele vem pro serviço, nem que seja pra beber uma água (...), pra ir no banheiro, se tivesse fácil acesso, ou até mesmo pra descansar,

dormir. Eu acho que um dia ele ia procurar o atendimento. Deixar ser atendido, né, ou ser acolhido por alguém. Principalmente se chegasse e falasse: ‘oi, tudo bem, tal, posso lhe ajudar em alguma coisa?’, ‘não, só vou dormir’, ‘tá, beleza, mas a gente tá aqui, aqui é um posto de saúde, se você precisar de alguma coisa a gente tá aqui. Pode ficar aí.’ Eu acho que seria legal, porque em uma hora ele ia sentir confiança e ia, né, começar...” (Profissional F)

Acrescenta que o fato de haver um ambulatório de Pediatria dividindo espaço com a USF pode incrementar o incômodo dos funcionários e as práticas excludentes:

“Muito por ser um serviço misto aqui, ser um serviço da pediatria, que funciona aqui com os professores, que querem outro perfil, eu acho que isso dificulta muito. Porque eles são um dos primeiros a não gostar quando o paciente tá deitado dormindo. (...) Já, diversas vezes, eu vi uma médica perguntar porque o paciente tá deitado dormindo, tá ali, se vai atender, ‘alguém vai atender?’ Pra vazar logo. Porque tá dormindo, xingando, tá bêbado, cheiro de álcool, tá fedendo, e tá incomodando a criança e a mãe. Que muitas vezes vêm pessoas da classe média, classe média alta serem atendidas aqui, né? (...) É o dia que eles tão atendendo, a criança precisou, traz aqui. Você percebe pela vestimenta, vem com babá, vem com a mãe e babá. (...) Aí, imagina um morador de rua, uma pessoa fedendo ali, esbaforando álcool...” (Profissional F)

Os usuários relatam problemas no atendimento e na comunicação em vários serviços da rede, tendo dificuldade, em muitos casos, de localizar em qual Unidade ocorreu cada evento. É como se as práticas discriminatórias, da mesma forma que o vínculo, mas em sentido oposto, contagiassem as desconfianças que os usuários depositam nos serviços de saúde em geral:

“Quando eu descobri que eu tava com ‘sífilis’, eu fui no médico umas duas vezes e eu vi como me atenderam, entendeu? Não me atenderam muito bem... Através disso aí, depois disso aí, eu fiquei toda fechada. Toda... A pessoa [que me atendeu], [eu] já tinha um vínculo antes de eu saber, entendeu? Porque eu ficava olhando carro no Garcia. Aí quando descobriu que eu tinha isso já foi me tratando de outras maneiras, com preconceito, sabe? Porque antes me tratava super bem... Quando descobriu que eu fiz o exame, eu vi a diferença, tá ligado? Assim, ela me abraçava e depois parou, como se eu tivesse tuberculose também. Entendeu? Aquilo me doeu um pouco, tá ligado? Doe [um pouco] não, muito.” (Usuária Quitéria)

Por conta disso, as pessoas em situação de rua não diferenciam os serviços por tipologia, mas entre aqueles que acolhem ou não, que “fortalecem” ou não. Como disse Seu Gregório à equipe do CnaR: “vocês e o CAPS é a mesma coisa: palavra forte, ajuda”.

Em sua etnografia sobre consumidores de crack no Centro Histórico de Salvador, Malheiro (2013) narra a história de uma usuária residente do Pelourinho, portadora de HIV, que relatava não acreditar no poder dos médicos. Tranquilamente, contava que preferia morrer a ter que frequentar uma Unidade de Saúde no território (o que acabou ocorrendo). Informava que já havia sido maltratada diversas vezes ao ingressar nos serviços, o que fazia com que os moradores da região “envolvidos com drogas”, e não apenas ela, não procurassem o posto de saúde. Nesta etnografia, e também na convivência com os usuários na rua, é possível observar que não são feitas distinções entre o modo de funcionamento da UBS e da USF, a despeito de muitas pessoas que não estão em situação de rua enumerarem diferenças. Para aquelas, a desterritorialização vivida a partir da seletividade do espaço e da comunicação com os profissionais, em ambos os serviços, impede que questões mais sutis da organização do trabalho sejam notadas.

Esse ponto me parece importante, porque frequentemente supomos que a relação diferente que a Estratégia de Saúde da Família estabelece com o território, em relação a uma Unidade Básica tradicional, é suficiente para operacionalizar a equidade, aproximando os indivíduos com maior vulnerabilidade. No entanto, a menos que a aproximação com o território modifique as práticas, o máximo que a Saúde da Família conseguirá é realizar um atendimento mais humanizado; nem por isso, menos excludente.

Em seguida, apresento algumas narrativas de usuários, acerca de vivências discriminatórias em unidades da Atenção Básica do Centro Histórico de Salvador – nas consultas individuais, na farmácia e na sala de procedimentos, respectivamente.

“Não sei se ela [a dentista] vai querer atender ou não. Pela lesão que eu carrego [é portador de HIV]. (...) Eu nem lembro mais em que Posto foi. A médica adiou pra outro dia, eu não voltei mais lá. Ela olhou, tinha que dar anestesia, não sei o quê. Teve outras exigências a mais, que eu não voltei mais lá. Porra! O dente acabou estragando, acabou de acabar de estragar o pedaço em cima e o caco ficou dentro.” (Usuário Manuel)

Questiono um pouco mais sobre “não querer atender”:

“Não, não é não quer atender. (...) Ela coloca um, é... assim, tipo um vai, não vem, né, provoca várias coisas. (...) ‘Ah! Não sei o quê, que não sei o quê’. ‘O trabalho é grande, né, é três, quatro dente pra tirar. O atendimento é comprido. Então se retirar esses dentes, aí, é...’ Muitas vezes não é nem mau vontade, é desleixo da parte da gente também. Eu acho que é assim

que eles devem achar, que a gente tava com pouco de desleixo, né. (...) É olhar pra fora, ter trinta, quarenta pessoas pra ela atender. E olhar pra mim na sala, com quatro tipos [de problema no dente].” (Usuário Manuel)

“Eu já [me senti discriminada]... (Breve silêncio). Na hora da gente pegar os remédio, na farmácia. Os pessoal antes ficava olhando a pessoa assim, com uma cara, porque a pessoa era morador de rua. Que a pessoa é morador de rua, né, aí fica olhando assim, meio estranho. Mas fazer o que? Se a gente precisa, a gente tem que ir, sendo morador de rua ou não.” (Usuária Gabriela)

“Eu pra ir em posto de saúde, eu nunca precisei assim de uma coisa grave, né... Precisei naquele dia que eu tava doente. Eu preciso, mas eu vejo tanto pela rádio, pela televisão, a dificuldade, que nem naquele dia mesmo que eu fui fazer o exame, aí a senhora (...) ficou assim de ‘mardorna’, assim como assim ó, olhava pra minha cara, sorria, como se não fosse nada, entendeu? Sorria, conversava mais as outras, olhava pra mim assim e eu via mermo que nos olhos dela ‘tremelava’ assim, sorria... Não sei se foi o carnaval, que tava começando o carnaval (...), [mas se] o governo paga, tem que ser bem feito. (...) Aí eu enrolei o papel, entendeu, disse: ‘olhe, guarde e deixe, que depois que terminar o carnaval, eu venho aqui’. Eles têm uma... assim, uma má vontade ou teje velho demais na profissão deles. Tem já uns tempão querendo se aposentar, dá uma vaga pro mais novo. (...) Aí depois ela fez assim [gesticula um chamado], chamou a outra, e a outra tava fazendo uma caixa de um tratamento lá. Aí ela falou: ‘ô, rapaz, eu não te falei que era pra fazer o negócio daquele menino ali’, ‘não, você não me falou não, você não falou não, ce viu que eu tava fazendo curativo lá’. Mas só que eu vinha acompanhando elas nesse período, eu venho acompanhando nos olhos dela, que ela tá com uma insuficiência, ela já tá muito... oh, pra mim, no meu pensamento, que sou leigo... Insatisfação em tratar com o paciente com amor, entendeu? (...) Quer dizer, por ela ter muito tempo na corporação...” (Usuário Gregório)

Seu Gregório faz referência a um dia em que eu estava presente. Vinha muito preocupado pelo fato de estar tossindo há semanas e, mesmo com resistências a ir no Centro de Saúde, compareceu para realizar o exame do escarro. O acompanhei até a sala de coleta e lhe apresentei a funcionária responsável, que pediu um tempo, pois estava no seu intervalo, tomando um café. Horas depois, na rua, encontro sua técnica de referência do CAPS, que me informa que ele não realizou a coleta e que estava muito chateado com a “má vontade” das pessoas. No dia seguinte, a funcionária me abordou: “aquele seu paciente não quis aguardar pra coletar o escarro. Fez bastante grosseria e foi embora”. Dividi com ela que ele estava muito interessado em fazê-lo, ao que ela respondeu que, para nós, ele fala uma coisa, “finge que quer fazer”, mas que no fundo não quer.

Nesta cena, fica claro como a desorganização do processo de trabalho e a não divisão de tarefas fragiliza o cuidado. Existe algo ali, entre um instante e outro, na relação, que forja um desconforto, uma insatisfação, representando um tempo

outro, do interesse, da necessidade, do cuidado. Algo que, infelizmente, é lido de forma superficial pelos profissionais, como fingimento e desinteresse. Permanecemos implacáveis em julgar os outros e proteger a nós próprios.

Alguns profissionais de saúde reproduzem o jargão do “respeitar o outro como ele é, independente da identidade de gênero, da orientação sexual etc.”, mas a incorporação é um tanto incompleta. O aceitar o outro passa mais pela repetição dessa máxima do que pela prática, pela racionalidade ou pelo afeto. Chega no âmbito do “direito do outro”, mas não chega ao “dever de si”. A relação de cuidado pressupõe disponibilidade, ou seja, o direito do outro de ter acesso à saúde só vai se concretizar se houver o dever (e o devir) de uma assistência disponível e sem discriminação.

No revés, outros profissionais realizam deslocamentos importantes, colocando-se em análise e sofisticando suas tecnologias de cuidado:

“Olhe, Lua, eu até me emociono, mas hoje eu agradeço a Valentim... (silêncio; com voz tremida de emoção) Eu agradeço a Valentim, por ele ter me agredido, porque hoje eu vejo que eu fui muito preconceituosa. Sabe? E que isso não ia me fazer bem. (...) Eu acho que aquilo ali foi uma maneira de dizer assim, ‘não, você vai quebrar esse preconceito, esse dragão que tá dentro de você, com esse povo’. E, a partir daquele momento que eu briguei com Valentim, que eu tive aquela coisa toda, que eu chorei e tal, eu acho que aquilo ali foi uma maneira de eu me desmontar, até pra eu ter um olhar diferenciado pra essas pessoas. (...) Hoje eu tenho. Ele me ajudou a crescer. Pronto. Ele me ajudou a crescer. Se você me perguntasse assim, ‘ce tá preparada pra trabalhar com morador de rua?’ Se fosse alguns anos atrás, eu ia dizer, “não, eu não fiz meu concurso pra isso.” Hoje eu digo a você que sim, entendeu? (...) Acho que você percebe que agora eu não tenho mais aquele preconceito que eu tinha antes. Que você via que eu tinha mesmo e era ferrenho, não era? (...) Talvez as pessoas nem entenda, “como é que uma pessoa que agrediu você, te ofendeu, coisa que você nunca ouviu de sua família, de ninguém, te ajudou a crescer?” Sim. Porque, talvez, esse preconceito que eu tinha dentro de mim não era legal pra mim. E, talvez, se eu não tomasse um tropeço lá na frente, talvez, eu continuaria assim. (...) E isso foi bom, sabe por que? Porque parece que agora pareço um chamariz, né? Eu passo, me param, me perguntam, né? (...) Tinha alguma coisa adormecida e que precisava vir aquele dragão, lá. Ele, ele não veio só (...) ‘ele viu alguma coisa em mim’, ‘ele viu alguma coisa...’ E talvez foi isso. Foi um dragãozinho que ele viu, um preconceito, porque quando a gente tem preconceito, as pessoas não vê coisa boa na gente não (...) De repente, aquilo ali, “não, vou dar uma acordada nela”. E isso pra mim foi muito bom. Eu tou contente. (...) Parece que eu tirei assim um, um peso, sabe?” (Profissional B)

“Até essa questão de absorver a demanda espontânea, antes eu não era uma maravilha (...), não. Eu tinha minhas limitações também, entendeu? Limitações porque eu tinha acabado de chegar, eu não sabia lidar com a população... Era o que era me passado que era pra atender só os agendados, que me passavam na recepção, que eu que ia pegar prontuário,

eu tinha toda essa questão. Não era uma maravilha. Eu fazia, atendia. (...) Mas não era todas as vezes que (...) eu conseguia absorver, e eu sei que eu não tinha um atendimento livre de julgamento. Como eu tento ser hoje, né? Eu tinha minhas limitações, eu acho que eu evoluí bastante. Hoje eu consigo ouvir de uma pessoa (...) que é traficante, que usa drogas. Antes eu não nem perguntava. Eu consigo ouvir, (...) entender a situação, o contexto, sem, acredito eu, demonstrar nenhum julgamento, né? Mas, antes, eu acho que tinha um pouco, ainda (...)" (Profissional F)

Os deslocamentos realizados por alguns profissionais, como os relatados acima, evidenciam que a leitura de um mesmo problema pode ser múltipla, não estanque, contanto que haja desejo de movimento. Tiram um pouco o foco do “problema no outro”, captando que toda comunicação é inter-relacional e que toda relação entre duas pessoas é produzida em ato. Afinal, nenhum problema existe sozinho.

Dessa forma, o vínculo ajuda a quebrar as práticas discriminatórias e a resistir de forma mais salutar diante das dificuldades do cotidiano de trabalho. A “clínica do encontro”, pautada no diálogo, na troca, na escuta interessada, na produção de intersubjetividades e na partilha (NUNES *et al.*, 2008) só ocorre quando há disponibilidade. O vínculo amplia o sentido da produção do cuidado, quando este parece estar perdido, nos momentos de fratura, de crise. É ele quem alimenta a plasticidade psíquica e o atletismo afetivo (LANCETTI, 2015) e, em revanche, é alimentado por eles. É também através do investimento vincular, no trabalho e no outro, que é possível uma “requalificação da exaustão” (SCHIFFLER; ABRAHÃO, 2014).

Em se tratando de práticas discriminatórias, no entanto, apenas a construção do vínculo pode não ser suficiente – inclusive porque, com tantas interdições de ordem moral, racista, classista, dentre outras, não sobra muito espaço para vinculação. Por isso, precisamos também resgatar aspectos históricos de formação da nossa sociedade brasileira e soteropolitana. A forma como as práticas discriminatórias se perpetuam na Saúde sinaliza a importância do debate do afeto vir associado ao da historicidade.

4.5. A operacionalização da equidade e terceirização do cuidado

Como introduzido no primeiro capítulo, a equidade é um princípio transversal, e, em certos cenários, é o que garante a universalidade do acesso (TRAD;

CASTELLANOS; GUIMARÃES, 2012). No entanto, desafios se colocam para a sua operacionalização, sobretudo em cenários de sobrecarga de trabalho e estrutura precária. Em Salvador, a operacionalização da equidade por vezes se enquadra como uma “estratificação da miséria⁹¹” (BURSZTYN, 2000).

As camadas de vulnerabilidades são muitas, em quantidade e qualidade. Frequentemente, estamos diante de: uma gestante com sífilis faltosa; uma criança com crise de broncoespasmo; uma pessoa em situação de rua com tuberculose; uma pessoa em situação de rua hígida, mas que quer fazer o teste rápido de HIV, e já tem tentado algumas vezes; um idoso de 80 anos com hipertensão e diabetes em uma consulta agendada; uma puérpera com o recém-nascido; o companheiro de uma mulher que estava com uma infecção sexualmente transmissível e trabalha em uma empresa que não aceita atestado de comparecimento, ou, pior, que guarda carro ou faz alguma outra atividade informal, impossibilitado de ficar muito tempo ausente, senão não almoça; a mulher que está com depressão e você pediu que retornasse em uma semana, dentre uma infinidade de combinações.

Dentro do patamar da vulnerabilidade, como estabelecer as prioridades? Ressalte-se que o tempo aqui não se trata de uma questão organizacional apenas, ou mesmo burocrática, mas que permite ou impossibilita o acesso. Estar diante de tamanhas necessidades para definir a ordem de atendimento traz à tona como, de fato, as “equipes mínimas” são insuficientes. Por outro enfoque, evidencia como a aproximação com o território e a abertura do acesso para as pessoas em situação de rua abrem o acesso para todo o espectro de vulnerabilidades, pois interfere no âmago da organização da instituição. Ampliar o acesso para as pessoas em situação de rua, como vem acontecendo na USF ao longo desses anos, ampliou o acesso para todos os outros grupos mais vulneráveis. Porque se tirou o foco do “agendado” instituído, ampliando-o para a necessidade social e de saúde. Operacionalizar a equidade reivindica que qualifiquemos nossas tecnologias de cuidado, politizando-as.

Decerto, a equidade não trata apenas de uma mera organização das filas ou do tempo de espera para consulta: trata-se, antes de mais nada, de uma resposta social a uma demanda social, historicamente anulada, que se reverberará nas filas

⁹¹ O autor utilizou esse termo para se referir ao aumento do número de desempregados no final do século passado, no Brasil e no mundo.

para atendimento, na forma de agendamento, nas ações no território, na articulação intersetorial, dentre outras.

Como já colocado, a equidade no acesso só pode ser alcançada, se a vulnerabilidade for utilizada como categoria; menos em uma perspectiva binária, e mais como um espectro. Não raro, no momento de decidir se matricularíamos no serviço ou não, permanecíamos por semanas a meses nos questionando se aquela pessoa estava em situação de rua de fato, em uma lógica binária, como se entre o “sim” e o “não” não houvesse uma infinidade de possibilidades⁹². Essa é a mesma lógica que rege os profissionais dos CAPS ao deliberarem que aquele indivíduo, em franco sofrimento, o qual, no entanto, não se enquadra em um CID, não tem “perfil” para o serviço.

Operacionalizar a equidade não é tarefa fácil, como já dito. Os impasses que surgirem na utilização da vulnerabilidade como categoria devem refinar ainda mais os processos de trabalho e as tecnologias de cuidado. Algumas vezes, assistimos a retrocessos em posturas positivas de alguns serviços, por conta das dificuldades que surgem. Por exemplo: um serviço que antes dava carona aos usuários para de ofertar, porque um dia não coube todos e houve briga; outro serviço que possuía um armário para os usuários guardarem seus pertences retira o móvel, porque estavam guardando bebida; até o uso do banheiro na USF, como narrado acima, é restringido, por ter havido uso de crack dentro.

Reconhecer as potencialidades dos cidadãos como sujeitos de direitos, descortinar as causas que lhes conferem vulnerabilidade e atuar no intuito de suprimi-las são ações que requerem esforço constante (CARMO; GUIZARDI, 2018). Há que se atuar na perspectiva da discriminação positiva (CARNEIRO; SILVEIRA, 2003): discriminar as vulnerabilidades para atuar contra elas, ainda que erros e problemas aconteçam no trajeto.

Além disso, não podemos dividir as vulnerabilidades de um mesmo sujeito em setores e instituições separadas: a pessoa em situação de rua fará o curativo e atualizará o seu calendário vacinal na Atenção Básica, mas só falará sobre seu uso abusivo de álcool no CAPS (ou só entrará em crise neste serviço), e do seu auxílio aluguel, no CRAS. O CnaR seria então, nesse contexto, um resumo dessas três ofertas, o que superdimensiona e deturpa o dispositivo.

⁹² Ressalve-se que a equipe costuma ativar outros serviços de Atenção Básica do território, no intuito e responsabilidade de não deixar a pessoa solta na rede.

Aprofundando um pouco mais esse tópico, bastante frequente na USF, vemos que impera a (falsa) ideia de que as pessoas em situação de rua deveriam, de preferência, primeiro resgatar seus direitos (documentos e moradia) para, posteriormente, serem atendidas pela Saúde (algo que dialoga com a proposta de “serviço completo” surgido nas entrevistas); ou que deveriam ser acompanhadas em Unidades Básicas de Saúde que não atuam com base territorial, visto que a Estratégia de Saúde da Família cadastra as pessoas das “casas” (perspectiva em superação). Ainda, que elas deveriam ser tratadas em serviços especializados de Saúde Mental, mesmo sem se averiguar se a pessoa faz uso de alguma substância psicoativa ou, o que é mais importante, se está em sofrimento mental. Acresce-se que os usuários dos serviços de Saúde Mental, quando apresentam alguma queixa clínica de outra ordem que não a mental, enfrentam fortes restrições para acesso aos serviços de saúde como um todo, inclusive na Saúde da Família (MERHY, 2011).

De fato, existe uma associação entre o estar em situação de rua e a presença de transtornos mentais⁹³, nem sempre se podendo identificar o que veio primeiro. O que se sabe é que a pobreza se desdobra em sofrimento, o qual, por sua vez, tem ressonâncias funcionais e sociais que agravam a pobreza. Há, pois, entre pobreza e sofrimento, uma relação circular (BOTTEI *et al.*, 2010; LISBOA, 2013).

No entanto, o ponto que gostaria de destacar é que nem todas as pessoas em situação de rua apresentam sofrimento mental explícito. O entendimento de que toda e qualquer pessoa desabrigada deve ser acompanhada em um serviço de Saúde Mental demonstra a avaliação superficial e até patologizante do estar em situação de rua. Por outro lado, as que estão em sofrimento podem e devem ser cuidadas em conjunto pela Saúde da Família.

Portanto, mesmo não podendo generalizar que o cuidado junto às pessoas em situação de rua possua as mesmas nuances do cuidado junto aos portadores de transtornos mentais, ambos os grupos têm algo em comum: o estigma, o desvio, a irreverência, a outra linguagem, o que, em termos práticos, produz as mesmas estratégias sutis de barreira de acesso.

A despeito disso, se observa que muitas pessoas, na USF, são chamadas de “pacientes do CAPS”. Ora, se é do CAPS, não é meu. Toma-se o todo pela (possibilidade da) parte (GOFFMAN, 1988), com conseqüente desresponsabilização

⁹³ Em Salvador, o rastreamento para transtornos mentais comuns encontrou uma prevalência de 43,3% - taxa considerada elevada (CARVALHO *et al.*, 2017).

do serviço. Através de uma leitura equivocada das redes de saúde, reifica-se o estigma.

“(...) eu acho que existe uma rotulação dessas pessoas que vêm aqui. Tem melhorado bastante... Mas, assim, quando vêm essas pessoas, aí falam: ‘São os pacientes do CAPS’, que antes era ‘de Lua’ (...) Se um paciente em situação de rua veio, foi maltratado aqui, fez um barraco: ‘Foi porque é paciente de Lua...’, então Lua tem que resolver, né? Aí, agora, eu ouço muito ‘os pacientes do CAPS’. (...) O que eu percebo é essa rotulação, por exemplo (...): ‘não, você tem que ir lá no CAPS, com os médicos de lá.’” (Profissional F)

Uma outra profissional, ao contrário, traz sua percepção sobre a velocidade da mudança nesse tipo de rotulação, evidenciando deslocamentos mais marcados:

“Aqui não tinha ainda uma política de atender eles. (...) Então essa política de atender morador de rua, a demanda aumentou quando você veio pra aqui. (...) Eu acho até que, por isso, você foi tomada por Cristo (risos). (...) ‘Os pacientes de Lua’. É, ‘os pacientes de Lua’ não é meu, né? E isso talvez até era uma maneira até de dizer: ‘não, eu não tenho nada a ver com isso’. Mas foi bom, porque agora todo mundo tá imbuído, agora todo mundo é de todo mundo aqui dentro. Não tem mais Lua e eles são atendido agora, né? Então, ele é nosso paciente. Agora é de todo mundo. (...)” (Profissional B)

O que se observa acima não são falas que se contradizem, mas o próprio retrato da tensão constitutiva do cotidiano e da heterogeneidade dos tempos. Sem cessar, as práticas instituídas e instituintes dialogam ou até gritam entre si. As linhas de aprisionamento e de fuga coexistem. No amontoado de trabalho, afetos, vidas, desentendimentos, normatizações, deslocamentos, relógios de ponto e protocolos, vê-se que a criatividade e o enrijecimento, a disponibilidade e a desresponsabilização, seguem flutuantes, em negociação permanente.

De forma correspondente, na UBS onde se localiza o CnaR, as pessoas em situação de rua são os “pacientes do Consultório”. Durante a entrevista a Seu Gregório, ele narrou uma experiência negativa que teve na UBS do Pelourinho:

“Vige, rapaz, parece até mulher tendo filho a primeira vez... Olhe, que dor, doutora... Que dor, rapaz, eu não sei que impacto foi aquele. (...) Eu tava embolando no chão, e eles, ói, nem tchum, entendeu? E eu assim, que era dor mesmo, eu sei. São coisas pequena, mas se é pra ajeitar, (então) ajeitar, né?” (Usuário Gregório)

Nesse momento, a UBS telefonou para uma técnica do Consultório na Rua, que não é médica, vir acolher o “paciente do Consultório”. Quando ela chegou, fora

do seu turno de trabalho, encontrou Seu Gregório deitado no banco, com muita dor. Perguntou à pessoa responsável por que o usuário não tinha sido encaminhado para o médico que estava na casa. Apenas depois que ela fez essa solicitação, o usuário foi encaminhado. O tempo que usou buscando água para o paciente foi o suficiente para encontrá-lo já fora do consultório médico, o qual “nem levantou a cabeça pra examinar”. Considerando que ele estava com muita dor e que não tinha sido adequadamente avaliado, a técnica o acompanhou para a USF para passar por nova consulta.

O que se verifica, portanto, ao invés de sua priorização devido às vulnerabilidades às quais estão inscritas, é uma terceirização do cuidado das pessoas em situação de rua para o CAPS ou o Consultório na Rua, de forma expressa ou sutil.

Ainda que algumas condições de saúde, agravos e procedimentos sejam separados por tipologias de serviços, aceitemos: à Atenção Básica, tudo cabe, mesmo que transborde. Coordenar o cuidado, uma das suas atribuições (STARFIELD, 2002), não é sinônimo de encaminhamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Tem que se problematizar sempre os modos de operação, porque eles se
cristalizam.”
Marcus Vinicius de Oliveira Silva, 2013⁹⁴

“... o contrário da droga e da miséria não é a abstinência nem a pena, mas a
ampliação da vida, a liberdade, o direito, o comum, o perdão e a fuga.”
(LANCETTI, 2015, p. 24)

A proximidade com o território não significa, necessariamente, que a Estratégia de Saúde da Família trabalha considerando as suas múltiplas dimensões. A capilaridade que cabe à ESF pode reduzir-se à sua dimensão física, caso uma leitura mais ampliada do território não seja realizada de forma proativa.

Aproximar-se da sua perspectiva histórica e sociocultural, apesar de não garantir, propicia que práticas pautadas no enfrentamento das vulnerabilidades, utilizando a equidade como categoria transversal, sejam desenvolvidas. Para tanto, acresce-se a necessidade de repensar o trabalho em saúde, pondo em pauta qual é o seu objeto de ação. À ESF, é então solicitado o uso da categoria vulnerabilidade nas suas práticas, mas em uma perspectiva que supere a estritamente sanitária e aproxime-se da singularidade dos sujeitos, o que lhe traz implicações tecnológicas e assistenciais.

Lisboa (2013) levanta a hipótese de que a Saúde como um todo, e enfatiza a Saúde Mental, não vem sistematicamente elaborando tecnologias de cuidado que incorporem os efeitos relativos à pobreza/pauperização e aos processos de desfiliação. Acrescento que a Saúde da Família tampouco. As interferências que os processos de exclusão social trazem para a vida das pessoas e, conseqüentemente, para as necessidades de saúde, têm pouca ressonância na Atenção Básica. Apesar de alguns programas verticais serem pautados em situações de risco e vulnerabilidade e do consolidado conhecimento de que a miséria leva a mais condições de adoecimento e sofrimento, tais conceitos, especialmente o de vulnerabilidade, ressoam de forma teórica no cotidiano dos serviços. Não são operacionalizados em ações de saúde.

⁹⁴ Fala proferida durante curso de Atenção Domiciliar em Saúde Mental, em abril de 2013.

Além da aproximação com a herança história e a dinâmica sociocultural do território, ainda se pleiteia concebê-lo como um espaço de cuidado, onde novos *settings* se colocam, embaralhando os lugares instituídos entre trabalhador e usuário e possibilitando emergir o novo (LANCETTI, 2014). A possibilidade da itinerância, da clínica em movimento, peripatética, é especialmente importante para as pessoas em situação de rua, nômades por natureza.

Nesse sentido, o trabalho em saúde precisa não apenas ampliar o seu objeto, no desenvolvimento de tecnologias que considerem os mecanismos de exclusão social no processo saúde-doença (em uma perspectiva histórica e atual), como compreender as tecnologias leves, de onde destaco o vínculo, enquanto recurso de cuidado. Afinal, dada à sua inscrição social, não é suficiente garantir o atendimento para as pessoas em situação de rua apenas por uma questão cosmética: trocar a gaze suja do curativo e pronto. Não é suficiente garantir que o usuário seja atendido pontualmente sem documento e cartão SUS ou “total sujo”, se a produção do cuidado não passa pela garantia de direitos (*lato sensu*), autonomia e produção de vida; se a atenção se encerra em um procedimento pontual. A isso chamaremos de garantia de atendimento/procedimento, e não ampliação do acesso. Repito, não é suficiente.

Antes, cabe à Saúde resgatar qual parte lhe cabe no fenômeno da população em situação de rua, localizada no contexto de aumento do desemprego estrutural e na dobra entre a desintegração com o mundo do trabalho e a fragilização dos laços sociais. Em uma relação circular, os mecanismos de exclusão social e os modos de subjetivação – marcados tantas vezes pela linguagem da violência, pelo imediatismo e desconfiança, onde a droga assume lugar privilegiado – transformam a desfiliação em um *ethos*.

Desta forma, localizo que a ampliação do acesso das pessoas em situação de rua no serviço deve acionar todo o aparato tecnológico de uma Unidade de Saúde, desde as tecnologias duras e leve-duras às leves, não se restringindo à abertura organizacional do serviço ou puramente à relação trabalhador-usuário. Tomando o exemplo do curativo, devemos acionar desde a garantia de material, passando pela limpeza da ferida e troca da gaze até a conexão com essa pessoa com ferimento, ampliando a possibilidade de escuta e, conseqüentemente, de produção de cuidado.

Apenas estar aberta para o encontro com o usuário, tomando-o em toda a sua

grandeza, diante de um sistema de saúde burocratizado como o nosso, não resolve; inclusive porque há o risco de ele não passar da recepção. Por isso, a discussão organizacional é primordial. Como exemplo, gostaria de pontuar que o processo de trabalho mais compartimentado e atomizado da UBS do Centro Histórico sinaliza a existência de restrições de acesso mais expressivas que na USF. Apesar de não ter sido um objetivo do trabalho fazer uma análise comparativa entre as Unidades, espera-se que essas sinalizações sirvam de pista para aprofundamento posterior sobre os modelos de atenção para as populações vulneráveis.

De forma semelhante, apenas a abertura burocrática do serviço também é limitada. Devemos concatenar as ofertas tecnológicas, o processo de trabalho e a intersectorialidade e subordiná-los às necessidades do território e desejos dos usuários. Como nos afirma Paim (2015, p. 12), “a aposta nas pessoas, nos afetos e no desencadeamento de processos não pode estar distante da política e da estratégia”.

No entanto, a despeito da ESF ser o modelo escolhido para expansão da Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2012b), pela viabilidade de aprofundamento dos princípios do SUS e da mudança do paradigma da saúde, visualizamos que pode perpetuar as práticas excludentes e discriminatórias, neste trabalho estudadas em relação às pessoas em situação de rua. Por trás da máxima conhecida “o SUS é legal” e até de boas intenções, assistimos algumas vulnerabilidades serem reforçadas ao invés de suprimidas, o que se configura como violência institucional.

O tempo, a precariedade e os desafios de se viver nas ruas desafiam os serviços. O sofrimento da população em situação de rua, psíquico e social, associado às dificuldades de comunicação e inserção institucionais (reforçados pelas instituições), o frequente uso de substâncias psicoativas, o modo peculiar de se relacionar com o corpo e as diferentes formas de sociabilidade nas ruas requerem atitudes proativas dos serviços de saúde para a efetivação do cuidado.

Ao longo do trabalho, trouxemos algumas formas pelas quais o acesso e a barreira são desenvolvidos em uma USF do centro da cidade⁹⁵. De início, apontamos como a utilização da noção de família limitada à coresidência (TRAD, 2010), acrescida da leitura restrita do território, dificultam as pessoas em situação de rua de terem registro na USF. Além disso, o acolhimento pouco estruturado, com

⁹⁵ Ressalte-se que, há 20 anos, Carneiro *et al.* (1998) apontaram questões semelhantes como barreiras de acesso para as pessoas em situação de rua no município de São Paulo.

baixa abertura para escuta e para a resolução ativa das demandas, se resume a um direcionamento para algum setor interno, quando disponível; a inexistência de revezamento entre trabalhadores durante o horário de almoço esvazia a Unidade e gera insegurança para as profissionais, o que acarreta o fechamento do serviço nesse intervalo; a falta de reunião de equipe geral, com todos os funcionários, produz desalinhamentos e desconexões no processo de trabalho, constituindo barreiras de acesso graves. Também sinalizamos a existência de uma leitura reduzida sobre o fenômeno da população em situação de rua. A dissociação do fenômeno à inclusão precária ao mundo do trabalho e a perspectiva individualizante redutora reverberam na concepção do cuidado mais como uma concessão do que como um direito.

Assim, concluímos que alguns dos pontos acima identificados como barreiras não dizem respeito à insuficiência da rede de saúde, mas antes a aspectos singulares dos profissionais – do ponto de vista de leitura da sociedade, subjetivo e relacional –, a questões organizacionais do processo de trabalho e à qualificação das práticas. Atender sem documento, por exemplo, independe da insuficiência da rede; assim como não submeter o direito à saúde ao julgamento moral próprio, negar as práticas discriminatórias, escapar da dimensão tutelar da saúde ou absorver a demanda espontânea. É essencial fazer essa distinção, ainda que, como já ratificado no trabalho, a insuficiência da rede traga repercussões consideráveis para o cuidado. Por isso, a educação permanente e a supervisão clínico-institucional são ações fundamentais.

A cisão entre as clínicas propostas pela Saúde da Família e Saúde Mental pode ser identificada através da não priorização e indisponibilidade para lidar com questões do sofrimento humano. Vínculo precisa ser construído de forma ativa. Vemos alguns exemplos de usuários que “venceram pelo cansaço”: tanto foram, tanto solicitaram, que a alteridade compareceu. Me parece que o maior desafio é produzir alteridade quando o usuário está em crise, quando está agressivo, desconfiado, resistente, quando não quer se “cuidar” – ou quando não é o cuidado que prevíamos.

Em linhas gerais, na USF, muitas vezes a negação dos serviços passa mais pela falta de manejo vincular, do exercício da escuta ativa e da alteridade do que propriamente um “não”. Negativas ostensivas existem, como descritas. No entanto, o

mais comum é que elas sejam veladas: na falta de interesse, no medo, no não olhar nos olhos – conformando uma “convenção silenciosa que discrimina e obsta o acesso” (MIRANDA, 2014, p. 84).

Aqui, não se trata de diminuir todos os avanços alcançados através da Estratégia de Saúde da Família em relação ao acesso, à integralidade e à resolutividade, mas de trazer para a cena justamente suas potências, limitações e equívocos (dados e reatualizados) ao longo da sua construção. Vale destacar que foram as experiências prévias provenientes da Saúde da Família, em conjunto com a Saúde Mental, que germinaram as práticas do Consultório na Rua. De onde se conclui que as tecnologias de cuidado necessárias para lidar com as pessoas em situação de rua não são exclusivas de um determinado serviço. Fazer cadastramento das pessoas em situação de rua e acompanhá-las através das visitas na rua não são especificidades de um serviço, tampouco de categoria.

A discussão sobre as potências, limitações e equívocos da ESF convoca o debate sobre as suas normatizações. O trabalho em saúde exige uma ponderação constante sobre a técnica e os processos organizativos, como já afirmado, que se desdobram, por sua vez, no aprofundamento sobre o exercício do poder. A forma como é exercido interfere diretamente (e às vezes impossibilita) o trabalho em saúde. Nessa lógica, lidar com o sofrimento psíquico e situações-limite de vulnerabilidade exige, muitas vezes, a flexibilização das normas e a destituição dos espaços instituídos de poder. Ao invés disso, por vezes assistimos a permanência dos profissionais em seus regimes de verdade, em lugares burocratizados e respaldados pelo que está normatizado, ainda que a norma seja ambígua. É assim que a exigência de documento e cartão SUS, por exemplo, se transforma em um enrijecimento institucional. Não existe sequer espaço para a sua problematização, tamanha a abstração alcançada.

Observamos que as práticas que facilitam o acesso das pessoas em situação de rua são justamente as que flexibilizam, refletem e vinculam, em uma produção de cuidado horizontal. Dessas, podemos destacar o atendimento à demanda espontânea, mesmo que não se configure urgência, o acompanhamento no território, o diálogo aberto e transparente, a proposta de uma longitudinalidade no cuidado, o entendimento da sociabilidade das ruas para além de indisciplina e a disposição com produção ativa de vínculo (que constato ser um fator que dá um salto em qualidade

e quantidade no acesso). Aqui, vale afirmar que o Ponto de Cidadania e o Corra pro Abraço são dispositivos que ampliam o acesso das pessoas vulneráveis nos serviços de saúde.

Considerar o funcionamento das pessoas em situação de rua como componente para reflexão institucional traz repercussões para além do cuidado junto a essa população específica. Antes, interfere no aprofundamento sobre qual é o objeto de trabalho na Saúde da Família, trazendo a centralidade do território, em seu sentido mais amplo, para dentro da instituição. Ao desnudar a burocratização da ESF frente ao cuidado junto às pessoas em situação de rua, procura-se desnudar sua burocratização como um todo, atualmente ancorada em um processo de trabalho muitas vezes instituído, capturado e pouco criativo.

Quando o acesso aos serviços de saúde é negado à população em situação de rua, constata-se que o lugar do sujeito não está perto de uma perspectiva central, apontando para um cuidado focado no usuário. Diferente disso, o lugar do sujeito nem mesmo está em uma perspectiva periférica, senão anulado. Aqui localizo que as tentativas e os encaminhamentos propriamente realizados pela ESF, sem aprofundamento do caso – chamados de terceirização do cuidado – também se constituem como negativa de acesso.

Neste momento, muito se tem produzido sobre as tecnologias de cuidado construídas através do Consultório de/na Rua e dos CAPS. Vale-se aproveitar do crescimento da visibilidade desses dispositivos para incorporá-las, incrementando a clínica da Saúde da Família. Trazer para a cena os equívocos cristalizados pela ESF e tentar superá-los é uma forma de dar um salto qualitativo das suas práticas. Afinal, a integralidade pressupõe um borramento de bordas entre os campos.

No caso presente, a descrição da micropolítica de uma Unidade de Saúde guarda íntimas relações com a forma como o Centro Histórico de Salvador tem se relacionado com as pessoas em situação de rua, perpetuando práticas violentas e racistas, e reservando à historicidade uma posição fundamental, nos avanços, retrocessos e permanências, na tensão constitutiva que uma arena com múltiplos interesses possui. Escapar da natureza procedimental e distante que a Atenção Básica tem se constituído, a partir da ampliação do debate sobre o objeto de trabalho e as múltiplas práticas de cuidado, reassume a referência que a vida, a garantia de direitos e a justiça social ocupam na construção do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A.L. *et al.* O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum**, No39, p. 133-144, 2013.

AGUIAR, M.M.; IRIART, J.A.B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p.115-124, jan. 2012.

ALVES, P.C. A teoria sociológica contemporânea: da superdeterminação pela teoria à historicidade. **Sociedade e Estado**, v. 25, n. 1, p. 15-31, 2010.

ANTUNES, J.L.F.; WALDMAN, E.A.; BORRELL, C. Is it possible to reduce Aids deaths without reinforcing socioeconomic inequalities in health? **International Journal of Epidemiology**, v. 34, p. 586–592, 2005.

BEZERRA, A.C.V. Discutindo o território e a territorialização na saúde: uma contribuição às ações de vigilância em saúde ambiental. **Revista de Geografia (UFPE)**, v. 32, n. 3, 2015.

BOTTI, N.C.L. *et al.* Avaliação da ocorrência de transtornos mentais comuns entre a população de rua de Belo Horizonte. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 33, ago./dez. 2010.

BRASIL. Decreto nº 847, de 11 de outubro de 1890. Promulga o código penal. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-847-11-outubro-1890-503086-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 23 maio 2018.

BRASIL. Decreto-lei nº 3688, de 3 de outubro de 1941. Leis das contravenções penais. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del3688.htm>. Acesso em: 23 de maio de 2018.

BRASIL. Projeto de Lei 4668/2004. Revoga os arts. 59 e 60 do Decreto-Lei nº 3.688, de 1941, Lei das Contravenções Penais. Disponível em <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=273651>>. Acesso em: 23 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília: MDS, 2008a.

BRASIL. COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Brasil: CNDSS, 2008b. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf
Acessado em 18 de julho de 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua:**

aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília: MDS, 2009a.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, 24 dez. 2009b. Seção 1.

BRASIL. Lei no. 11.983, de 16 de julho de 2009. Revoga o art. 60 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 – Lei de Contravenções Penais. Brasília, 2009c. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L11983.htm#art1>. Acesso em: 23 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 98 p.

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

BRASIL. **Taxa de mortalidade por causas externas – ficha de qualificação**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc12.htm>>. Acesso em: 28 jun. 2018.

BURSZTYN, M. Da pobreza à miséria, da miséria à exclusão: o caso das populações de rua. In: BURSZTYN, M. **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000, p 27-55.

CAMPOS, G.W.S. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica: diretrizes. **Cadernos ABEM**, v. 3, out. 2007.

CANONICO, R.P. *et al.* Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, Edição especial, p. 799-803, 2007.

CARMO, M.E.; GUIZARDI, F.L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p.1-14, 26 mar. 2018.

CARNEIRO, N. *et al.* Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 47-62, 1998.

CARNEIRO, N.; SILVEIRA, C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1827-35, 2003.

CARNEIRO, N; JESUS, C.H.; CREVELIM, M.A. A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n. 3, p.709-716, 2010.

CARREIRO, G.S.P. *et al.* O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.146-155, jan/mar 2013.

CARVALHO, S.M.C. “**Os ditos sem**”: acesso à saúde da população em situação de rua. 2014. 202f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Políticas Sociais e Cidadania, Universidade Católica do Salvador, Salvador, 2014.

CARVALHO, M.A.C.; SANTANA, J.P.; VEZEDEK, L. **Sumário Executivo da Pesquisa Cartografias dos Desejos e dos Direitos: Mapeamento e Contagem da População em Situação de Rua na Cidade do Salvador, Bahia, Brasil: Síntese dos resultados da pesquisa.** Salvador: Centro Projeto Axé de Defesa e Proteção à Criança e ao Adolescente, 2017.

CARVALHO, M.A.C *et al.* **Cartografias dos desejos e direitos: Quem são as pessoas em situação de rua, afinal?: Sumário Executivo da Pesquisa-ação Caracterização das situações de violações de direitos vividas pela população em situação de rua – crianças, adolescentes, jovens e famílias – na cidade do Salvador.** Salvador, Centro Projeto Axé de Defesa e Proteção à Criança e ao Adolescente, 2017.

CASTEL, R. As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. **Cadernos CRH**, Salvador, n. 26/27, p. 19-40, jan/dez 1997.

CAVALCANTI, L.F. Violência contra a mulher: avanços, limites e desafios da abordagem do fenômeno nos serviços de saúde. In: Vieira, LJES; Moreira, DP; Lira, SVG (Orgs.). **Enfrentamento às violências: sujeitos, estratégias e contextos.** Fortaleza: EdUECE, 2016.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Atlas da violência 2017:** Ipea e IFSP. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017.

COELHO, E.B.S. *et al.* **Política nacional de atenção integral a saúde do homem [recurso eletrônico].** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. 66 p. Disponível em: <https://unasus-cp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/148556/mod_resource/content/8/PolíticasPublicas_COR.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2018.

COMTE-SPONVILLE, A. **O ser-tempo:** algumas reflexões sobre o tempo da consciência/ André Comte-Sponville; tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

CZERESNIA, D; RIBEIRO, A.M. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595-617, jul-set, 2000.

DAS, V; POOLE, D. El estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. **Cuadernos de Antropología Social**, Buenos Aires, n. 27, 2008, p. 19-52.

DESVIAT, M. **Da desinstitucionalização à Saúde Mental Coletiva**. Conferência proferida no Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2014.

DIMENSTEIN, M. *et al.* O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 2, número temático, 2012, 95-127.

SCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

ESPINHEIRA, G. **Comunidade do Maciel**. Salvador: Secretaria de Educação e Cultura/ Fundação do Patrimônio Artístico e Cultural da Bahia, 1971.

ESPINHEIRA, G. A casa e a rua. **Cadernos do CEAS**, Salvador, n. 145, p. 24-38, maio/jun 1993.

ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços das drogas. In: TAVARES, L. A.; ALMEIDA, A.R.B. NERY FILHO, A (Orgs.). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA, 2004.

ESPINHEIRA, G. El patrimonio como domesticación de la cultura. Comentarios al Dossier de Íconos 20. **Íconos, Revista de Ciencias Sociales**, Quito, n. 21, p. 69-77, ene 2005.

ESPINHEIRA, G. **Projeto de reabilitação sustentável do Centro Histórico de Salvador: A dimensão social e o quadro de vulnerabilidades do Centro Antigo**. Relatório Final. Salvador: ONG MOVBAHIA, 2009.

FARIA, R.M.; BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. **Revista RA EGA**, Curitiba, Editora UFPR, n. 17, p. 31-41, 2009.

FAVRET-SAADA, J. Ser Afetado. **Cadernos de Campo**, [Araraquara], v. 13, p.155-161, 2005. Semestral. Tradução de Paula Siqueira; Revisão de Tânia Stolze Lima. Publicado originalmente em 1990.

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H.; SARINHO, S.W. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 8, p. 3373-3382, 2011.

FLACH, P.M.; NERY FILHO, A.; PAMPONET, G. Do Ponto de Encontro aos Pontos de Cidadania: práticas de cuidado com usuários de substâncias psicoativas em situação de rua. In: Jorge, MSB e cols. (Orgs.). **Olhares plurais sobre o fenômeno do crack**. Fortaleza: EdUECE, 2015.

FRAGA, W. **Mendigos, moleques e vadios na Bahia do Século XIX**. São Paulo: HUCITEC/EDUFBA, 1995.

GEERTZ, C. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p.13-41.

GHIRARDI, M.I.G. *et al.* Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 601-10, set/dez 2005.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOMES, M.P.C. *et al.* Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: MERHY, EE; GOMES, MPC (Orgs). **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014a. p. 25-42.

GOMES, M.P.C. *et al.* Acesso às multiplicidades do cuidado como enfrentamento das barreiras em saúde mental: Histórias de R. In: MERHY, EE; GOMES, MPC. (Orgs). **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014b. p. 55-87.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: Cartografia do desejo. Petrópolis: Vozes, 1996.

GUIMARÃES E SILVA, J. Produção e reprodução social da violência na contemporaneidade. In: VIEIRA, L.J.E.S; MOREIRA, D.P.; LIRA, S.V.G. (Orgs.). **Enfrentamento às violências**: sujeitos, estratégias e contextos. Fortaleza: EdUECE, 2016a.

GUIMARÃES E SILVA, J. Abordagens das Violências no Campo da Saúde Pública In: VIEIRA, LJES; MOREIRA, DP; LIRA, SVG (Orgs.). **Enfrentamento às violências**: sujeitos, estratégias e contextos. Fortaleza: EdUECE, 2016b.

HAESBAERT, R. Fim dos territórios ou novas territorialidades? In: LOPES, LPM; BASTOS, LC (Orgs.). **Identities**: recortes multi e interdisciplinares. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2002.

HORTALE, V.A.; CONILL, E.M.; PEDROZA, M. Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 79-88, jan./mar. 1999.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

KOWARICK, L. **Escritos urbanos**. São Paulo: Editora 34, 2000.

KOWARICK, L. Viver em risco – sobre a vulnerabilidade no Brasil urbano. **Novos Estudos CEBRAP**, n. 63, p. 9-30, jul 2002.

KOWARICK, L. Sobre a vulnerabilidade socioeconômica e civil – Estados Unidos, França e Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, p. 61-85, fev 2003.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

LIMA, E.M.F.A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 593-606, jul-set, 2014.

LISBOA, M. **Os loucos de rua e as redes de saúde mental: os desafios do cuidado no território e a armadilha da institucionalização**. 2013. 281f. Tese (Doutorado) – Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Social, PUC-SP, São Paulo, 2013.

LONDERO, M.F.P.; PAULON, S.M. Intermitências no cotidiano: criação e resistência na clínica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 15, n. 4, p. 812-824, dic, 2012.

MALHEIRO, L.S.B. Entre sacizeiro, usuário e patrão: um estudo etnográfico sobre consumidores de crack no centro histórico de Salvador. In: MACRAE, E; TAVARES, L.A.; NUÑEZ, M.E. (Orgs.). **Crack: contextos, padrões e propósitos de uso** [online]. Salvador: EDUFBA, 2013. p. 223-314.

MALHEIRO, L.S.B. **Tornar-se mulher usuária de crack: trajetórias de vida, cultura de uso e política sobre drogas no Centro de Salvador, Bahia**. 2018. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFBA, Salvador, 2018.

MARTINS, J.S. **A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MATSUO, M. **Trabalho informal e desemprego: desigualdades sociais**. 2009. 371f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MENDES-GONÇALVES, R.B.; SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B. Seis teses sobre a ação programática em saúde. In: SCHRAIBER, L.B (Org.). **Programação em saúde, hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 37-63.

MENEZES JUNIOR, G.E.C. **Cuidado compartilhado intersetorialmente a adolescentes que fazem uso de drogas: é preciso deixar abertas as portas do coração**. 2018. 99f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Comunitária, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 71-112.

MERHY, E.E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 197-228.

MERHY, E.E. **O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador**. Campinas: Coletânea do Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, 1998.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B.; PERES, M.A.A.; FOSCHIERA, M.M.P. (Orgs). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, v. 1. 2004. p. 21-45.

MERHY, E.E. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, A.M. (Org.). **Caderno Saúde Mental: Os desafios da formação**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, v. 3, 2009.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de "financeirização" do mercado na saúde. In: César Ricardo Siqueira Bolño; Luiz Marcos de Oliveira Silva. (Org.). **Economia Política, Trabalho e conhecimento em saúde**. 1ed. Aracaju: Editora - UFS, 2009, v. 1, p. 108-139.

MERHY E.E.; FEUERWERKER L.C.M.; CERQUEIRA, M.P. Da repetição a diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: RAMOS, V.; FRANCO, T.B. (org). **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010, p. 60-75.

MERHY, E.E. *et al.* Pesquisa Saúde Mental – acesso e barreira em uma complexa rede de cuidado: o caso de Campinas, Processo 575121/2008 4. Relatório Final. CNPq. 2011.

MERHY, E.E.; GOMES, M.P.C. Apresentação. In: **Pesquisadores IN-MUNDO**; um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Orgs: MERHY, E.E.; GOMES, M.P.C. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, 7-23.

MERHY, E.E. *et al.* Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. RIO DE JANEIRO, n. 52, p. 153-164, out 2014.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, IV(3): 513-531, nov. 1997-fev. 1998.

MINAYO, M.C.S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, 6(1):7-19, 2001.

MINAYO, M.C.S. A Violência Dramatiza Causas. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade**

brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 23-47.

MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias da violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, organizadores. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 21-42.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, F.A. **Direito à saúde da população em situação de rua**. Dissertação de Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania. Universidade Católica do Salvador. Salvador, 2014.

MIRANDA, J. **Saúde Mental na Atenção Básica**: perscrutando dinâmicas socioculturais em uma Unidade de Saúde da Família e suas relações com as práticas de Saúde Mental. Dissertação de mestrado do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016.

MISSE, M. Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”. **Lua Nova**, [s.l.], v. 79, p. 15-38, 2010.

MOEBUS, R. CRISE – Um conceito constitutivo para a saúde mental. In: MERHY, EE; GOMES, MPC (Orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO**; um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014, p. 43-54.

MOL, A. **The Body Multiple**: The Body Multiple. Durham, North Carolina: Duke University Press, 2002. 216 p.

NASCIMENTO, E.P. Hipóteses sobre a nova exclusão social: os excluídos necessários aos excluídos desnecessários. **Cadernos CRH.**, Salvador, n. 21, p. 29-47, jul/dez 1994.

NATALINO, MAC. Estimativa da população em situação de rua no Brasil. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Brasília : Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf. Acesso em 18 de abril de 2018.

NERY FILHO, A. Entrevista concedida à Secretaria de Educação à distância da Universidade Federal de Santa Catarina em 2011. **Matéria Consultório de Rua**. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ag6jxDDRUvU>. Acessado em 21 de abril de 2018.

NERY FILHO, A. Prefácio. In: LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica** – 1ª edição. São Paulo: Hucitec, 2015.

NICACIO, F. Fala no I Fórum de Direitos Humanos e Saúde Mental. Realizado em São Paulo, de 05 a 07 de setembro de 2013. Disponível em: <http://www.redehumanizadas.net/65759-o-direito-e-um-a-priori>. Acessado em 09 de setembro de 2017.

NUNES, M.O. *et al.* A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 188-196, jan, 2008.

NUNES, M.O.; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centro de atenção, psicossocial, Bahia e Sergipe. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 101-108, 2009.

NUNES, M.O.; TORRENTÉ, M. Abordagem etnográfica na pesquisa e intervenção em saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2859-2868, 2013.

NUNES, M.O. Da aplicação à implicação na antropologia médica: leituras políticas, históricas e narrativas do mundo do adoecimento e da saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 403-420, abr.-jun. 2014.

NUNES, M.O. Posfácio: O importante são as obras, não os autores: o guerreiro do tempo contra o dragão da impermanência. In: NUNES, M.O.; TORRENTÉ, M; PRATES, A. (Orgs). **O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental**. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 483-497.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados Primários de Saúde: Relatório da Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-ata, URSS: Organização Mundial de Saúde, 1978. 64 p.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V.C.; NORONHA, J.C. de; CARVALHO, A.I. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 459-491.

PAIM, J.S. Prefácio. Formação especializada em Saúde Mental. In: NUNES, M.O.; TORRENTÉ, M.; PRATES, A. (Orgs.). **O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental**. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 9-15.

PAUGAM, S. O enfraquecimento e a ruptura dos vínculos sociais. In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. São Paulo: Vozes, 1999.

PAUGAM, S. Que sentido dar à exclusão? In: VÉRAS, M.P.B. (Org.). **Hexápolis: desigualdades e rupturas sociais em metrópoles contemporâneas: São Paulo, Paris, Nova York, Varsóvia, Abidjan, Antananarivo**. São Paulo: EDUC., 2004. p. 15-26.

PASCOAL, F.F.S. **Síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família: risco de adoecimento mental**. 2008. 126f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2008.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 71-79, jan-abr

2000.

QUEIROZ, D.C. **O ofício dos profissionais do consultório de rua: um estudo sobre a Técnica, Tecnologia e Subjetividade.** 2015. 116f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Bahia. 2015.

RICOEUR, P. O que é um texto? In: RICOEUR, P. **Do texto à ação.** Ensaios de Hermenêutica II. Porto, Portugal: RÉ S Editora, 1989. p. 141-162.

ROCHA, A.A.R.M.; TRAD, L.A.B. A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 9, n. 17, p. 303-316, 2005.

RODRIGUES, E. T. **Egressos de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade do estado de São Paulo, 2000-2009.** 2012. 147f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

ROTELLI, F. Entrevista realizada pela Revista Topia. Buenos Aires, Argentina, setembro de 2013. Disponível em: <https://www.topia.com.ar/articulos/no-se-puede-cambiar-una-ley-un-paradigma-desinstitucionalizacion-trieste>. Acessado em 08 de setembro de 2017.

RUI, T.C. Resenha de FRANGELLA, Simone M. *Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo.* São Paulo: Anablume, Fapesp, 2009, pp. 361. **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, v. 53, n. 2, 2010.

RUI, T.C. **Corpos Abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack.** 2012. 335f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

SALVADOR. Secretaria de Combate à Pobreza e às Desigualdades Sociais. **Diagnóstico sobre População de Rua na cidade de Salvador.** Salvador, 2002.

SALVADOR. PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. **Pesquisa sobre a população em situação de rua no município de Salvador-Ba.** 1ª ed. Salvador: Programa Salvador Cidadania, 2010. 93 p.

SALVADOR. PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021: volume II – Distritos Sanitários.** Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2017. 94 p.

SAMPAIO, E.O. Racismo Institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil. **INTERAÇÕES** - Revista Internacional de Desenvolvimento Local., v. 4, n. 6, p. 77-83, mar. 2003.

SANTOS, M. O retorno do Território. In: SANTOS, M. *et al.* (Org.). **Território: Globalização e Fragmentação.** 4. ed. São Paulo: Hucitec: Anpur, 1998. p. 15-20.

SANTOS, M. **Território e Sociedade**. Entrevistado por Odette Seabra, Mônica de Carvalho, José Corrêa Leite. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2000.

SANTOS, M. O tempo nas cidades. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 54, n. 2, p. 21-22, out/dez 2002.

SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção** - 4. ed. 2. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, M. **O centro da cidade de Salvador**: estudo de geografia urbana. São Paulo: EDUSP; EDUFBA, 2008.

SANTOS, V.C.; SOARES, C.B.; CAMPOS, C.M.S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41 (esp), p. 777-81, 2007.

SCHIFFLER, A.C.R.; ABRAHÃO, A.L. Interferindo nos microprocessos de cuidar em saúde mental. In: MERHY, E.E.; GOMES, M.P.C. (Orgs.). **Pesquisadores IN-MUNDO**: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. p. 89-103.

SCHRAIBER, L.B.; VILASBÔAS, A.L.Q.; NEMES, M.I.B. Programação em saúde e organização das práticas: possibilidades de integração entre ações individuais e coletivas no Sistema Único de Saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 83-93.

SCHUCH, P; GEHLEN, I. A “Situação de rua” para além de determinismos: explorações conceituais. In: DORNELES, A.; OBST, J.; SILVA, M. (Orgs.). **A Rua em Movimento**: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre. 1ed. Belo Horizonte: Didática Editora do Brasil, 2012, v. 1. p. 11-25.

SILVA, L.J. O conceito de espaço na epidemiologia das doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 585-593, out-dez, 1997.

SILVA, M.V.O. A onipresença da política no campo da Reforma Psiquiátrica. In: LOBOSQUE (Org.). **Caderno Saúde Mental**: Encontro Nacional de Saúde Mental, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública - MG, 2007a. p. 119-124.

SILVA, M.V.O. Entrevista com Eduarda Motta e Marcus Vinícius de Oliveira, supervisores do Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos In: SILVA, M.V.O. (Ed.). **In-tensa. Ex-tensa - A Clínica Psicossocial das Psicoses**: Programa de intensificação de cuidados e pacientes psicóticos. Salvador, BA: UFBA, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2007b.

SILVA, M.B.B. Reflexões sobre a questão da proteção social: uma leitura da obra de Robert Castel. **Áskesis** - Revista dos Discentes do PPGS/UFSCar, v. 1, n. 1, p. 64-81, jan/jul, 2012.

SILVA, M.L.S.P. Drogas, violência e criminalização: aspectos técnicos e políticos. In: Comissão Nacional de Direitos Humanos. **Drogas, direitos humanos e laço social**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013a. p. 193-201.

SILVA, S.A. População em Situação de Rua no Rio de Janeiro: novos tempos, velhos métodos. **Psicologia Política**, v. 13, n. 27, p. 337-350, 2013b.

SILVA, D.G. **Corpos em situação de rua em Belém do Pará**: os testemunhos da desfiliação social. 2014. 129f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRAD, L.A.B. Desafios éticos e tecnológicos do trabalho com família: reflexões em torno da Estratégia de Saúde da Família. In: TRAD, L.A.B. (Org). **Família Contemporânea e Saúde**: significados, práticas e políticas públicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 105-132.

TRAD, L.A.B.; CASTELLANOS, M.E.P.; GUIMARÃES, M.C.S. Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1007-13, 2012.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 (Suppl2), p. 190-8, 2004.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M.S.M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (Orgs). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2a edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012. p. 183-206.

TRINDADE, L.; LAUTERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 274-9, 2010.

UNICEF. **Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights on the protection and promotion of the rights of children working and/or living on the street**. Genebra: United Nations High Commissioner For Human Rights, 2012. 43 p.

VARANDA, W.; ADORNO, R.C.F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.13, n.1, p.56-69, jan-abr, 2004.

VELHO, G. Observando o familiar. In: VELHO, G. **Individualismo e cultura**: notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1981. p. 123-133.

VIANA, A.L.D.; DAL PÓZ, M.R. **Reforma em saúde no Brasil: programa de saúde da família**; informe final. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n.166).

VIEIRA, M.A.C.; BEZERRA, E.M.R.; ROSA, C.M.M. **População de rua**: quem é, como vive, como é vista. 3a ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

WACQUANT, L. **Corpo e alma**: notas etnográficas de um aprendiz de boxe. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

ANEXO I – Guia de entrevista com as/os profissionais da USF

1 - Como as pessoas em situação de rua costumam chegar na USF? Como você identifica que ela está nessa condição?

2 - O que acontece quando as pessoas em situação chegam na USF sem documento ou Cartão Sus?

3 - Existe alguma dificuldade na comunicação com as pessoas em situação de rua? Se sim, quais?

4 - O que você acha que pode facilitar o acesso das pessoas em situação de rua na USF?

5 - O que pode dificultar esse acesso?

6 - Existe alguma diferença no tipo de atendimento prestado às pessoas em situação de rua em relação às demais?

7 - Você poderia me contar alguns atendimentos que ficaram na sua memória?

ANEXO II – Guia de entrevista com as pessoas em situação de rua

1 - Você costuma ir no posto de saúde?

2 - Se sim: desde quando você vai? Existe algo que facilita a sua ida? Se não: por quê você não costuma ir?

3 - Como você se sente dentro do posto de saúde? Já se sentiu discriminado alguma vez? (abordar situações de discriminação e identificar situações de acolhimento)

4 - Quando você vai no posto, geralmente você está precisando de quê? Existe algum setor do posto que é mais fácil de usar? Existe algum setor que é mais difícil? Seu problema/dúvida costuma ser resolvido? Você costuma sair de lá melhor do que entrou?

5 - Você consegue entender tudo que as pessoas te falam/explicam no posto? Você sente alguma dificuldade de se comunicar com as pessoas que trabalham no posto?

5 - Você já teve seu atendimento negado por não estar com documento ou Cartão SUS? Você sabe o que deve fazer pra conseguir tirar o documento e o cartão SUS? Alguma vez você já deixou de ir no posto porque estava sem documento?

6 - Qual posto de saúde você se sentiu melhor acolhido/a e por que?