UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

“Dando uma moral”

**Moralidades, prazeres e poderes no caminho da cura
da tuberculose na população em situação de rua do
município de São Paulo**

LIANDRO DA CRUZ LINDNER

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutor em Ciência.**

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e
sociedade

Orientador: Prof. Dr. Rubens de Camargo
Ferreira Adorno

SÃO PAULO

2016

“Dando uma moral”

**Moralidades, prazeres e poderes no caminho da cura
da tuberculose na população em situação de rua do
município de São Paulo**

LIANDRO DA CRUZ LINDNER

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutor em Ciência.**

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e
sociedade

Orientador: Prof. Dr. Rubens de Camargo
Ferreira Adorno

(Versão Revisada)

SÃO PAULO

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Para Antônio Júlio, o avô que não conheci.

AGRADECIMENTOS

A alegria desta etapa vencida dificilmente seria possível sem o apoio, o incentivo, a amizade e o carinho de tantas pessoas que me acompanharam nesta trajetória. Cada um, ao seu jeito e com suas peculiaridades, contribuiu não apenas para o desenvolvimento de uma ideia, mas para um amadurecimento pessoal e emocional que resultam hoje, quatro anos após o seu início, na finalização de um processo que me transformou em todos os sentidos.

Agradecimento maior aos meus pais Quintino e Cirley, meus irmãos Rodrigo e Letícia, minha cunhada Melissa e meus sobrinhos pela constante amizade, apoio nas horas difíceis e ouvidos e presença em todas elas: formas maiores do amor fraternal.

Um agradecimento, em forma de reconhecimento às amizades colhidas ao longo da vida que foram decisivas nos momentos de dúvida e cansaço, reanimando e somando: Adriano de Lavor, Akio Aoki, Airton Fraga, Enéias Germano Pereira, Vicente Darde, Wiliam Liu, João Perassolo, Lígia Beatriz Marchi, Everton Costa, Maria Inês Terrazas, Rodrigo Schuler de Souza, Carlos Alberto Duarte, além de Matheus Nascimento e Ana Carolina Ribeiro que tão dedicadamente fizeram a revisão deste trabalho.

A disponibilidade desta etapa não teria ocorrido de forma tranquila sem o apoio da coordenação e técnicos do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, do Ministério da Saúde, do Programa Estadual de Tuberculose do Estado de São Paulo e do Programa Municipal de Tuberculose de São Paulo. Gratidão ainda às equipes de Consultório na Rua de São Paulo e aos profissionais do Hospital Leonor de Barros de Campos do Jordão.

Também agradeço aos amigos profissionais e ativistas que auxiliaram nesta caminhada com apoio, opiniões e acessos: Draurio Barreira, Fabio Moherdau, Roberto Pereira, Carlos Basilia, Eri Ishimoto, Vânia Camargo, Sidnei Pimentel, Flávia Tavares Silva Elias, Naomi

Komatsu, Alexandre Milagres, Rodrigo Pinheiro, Binô Zwetsch, Domiciano Siqueira, Nara Santos, Maria do Socorro Nantua Evangelista, Eroy Aparecida da Silva, Lucca Santoro-Gomes, Adriana Marino, Andrea Dias e Christiane Mery Costa.

As valorosas colaborações dos docentes foram igualmente importantes e agradeço em especial a meu orientador Rubens Ferreira de Camargo Adorno e a banca que não apenas avaliou mais contribuiu para este trabalho: Vera Maria Neder Galesi, Cleide Lavieri Martins, Ana Paula Serrata Malfitano e Maria Cecília Loshiavo dos Santos.

Foram horas de muita concentração e trabalho em que o tempo parecia cada vez menor, ainda mais dividido entre as atividades mundanas que a sobrevivência numa cidade como São Paulo exige. Mas foi entre os altares e o divã que busquei um equilíbrio constante que me ajudaram não apenas a ter alguma sanidade na condução deste processo, mas a entender um pouco mais de mim e das coisas que mergulhei. Mesmo assim não deixei de viver, sentir, amar e ter momentos de silêncio e energia. Acredito que um pesquisador precisa estar inserido no mundo e não a parte dele, para não sucumbir no erro de aprofundar-se na teoria e distanciar-se da prática alentadora e sábia. Nos meus refúgios busquei a força quando o cansaço batia e neles que a inspiração veio mais forte: Paraty, João Pessoa, Ilha do Mel, São Thomé das Letras, Canoa Quebrada que com suas praias e suas cachoeiras foram palco da construção deste trabalho e remédio de calma em meio à tormenta, além de minha querida Porto Alegre que sempre me aconchega e revigora.

Uma etapa se encerra e outra se abre.

O ciclo da vida continua.

“As coisas findas, muito mais que lindas, estas ficarão. ”

Lindner, L. da Cruz **Dando uma moral.” Moralidades, Prazeres e Poderes no Caminho da Cura da Tuberculose na População em Situação de Rua do Município de São Paulo.**

Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2016.

RESUMO

A tuberculose entre pessoas em situação de rua é um grave problema de saúde pública, que carece de entendimentos e respostas melhor construídas. Questões envolvendo a dimensão coletiva do controle da doença, a dimensão individual do tratamento e o caminho para cura desta população são trazidos neste trabalho que tem como objetivo investigar os aspectos relacionados ao processo de gestão dos tratamentos e busca da cura nesta população. Para isto foram realizados estudos etnográficos junto as equipes de Consultório na Rua da cidade de São Paulo e no Hospital Leonor de Barros, em Campos do Jordão (SP), referência para internação deste grupo. A presença do uso de drogas, as co-infecções com o HIV, DSTs e as Hepatites Virais e o passado de tráfico e criminalidade são elementos presentes na história de vida dos internados, muitos dos quais já com passagem em presídios e alguns com problemas de saúde mental. Mesmo se sujeitando as regras do local, em busca de um alento a seu estado de saúde, os pacientes buscam no uso de drogas escondido e no sexo discreto e não comentado, uma alternativa mediadora para suportarem as limitações a que estão expostos. A situação ainda revela uma dificuldade das instituições de internação no lidar com o tema. A prática da estratégia de Redução de Danos ao uso de álcool e outras drogas, notando-se uma tendência a destacar práticas proibicionistas em qualquer ação desenvolvida. O entendimento do paciente frente à realidade encarada, revela-se principalmente pelas formas de resistência que eles desenvolvem para o período de reclusão que estarão submetidos durante o tratamento. Ao final se conclui que as diferenças sociais, oriundas de acessos dificultados, preconceitos, segregações e outros atos discriminatórios tem forte influência no processo de adesão do tratamento e cura. Percebeu-se a existência de vários enfoques de moralidades, envolvendo principalmente os profissionais de saúde e pacientes que refletem na gestão da atenção e cuidado e ainda a presença de uma diferenciação entre o conceito de “ficar doente” e “ficar bom” entre estes atores, criando um distanciamento de entendimentos e práticas.

Palavras chave: Tuberculose, Álcool, Drogas, Moradores de Rua, Tratamento, Cura .

Lindner, L. da Cruz **"Giving it a break" Moralities, pleasures and powers on the path of healing of tuberculosis in the population on the streets of São Paulo.**

Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo; 2016.

SUMMARY

The TB among people living in streets is a serious public health problem, that lacks understanding and better built answers. Issues involving the collective dimension of disease control, the individual perspective and the way to the cure of this population are brought in this paper, that aims to investigate the aspects related to the management process of the treatments and the way to the recovery. For this, ethnographic studies were conducted with the teams of Office in the Street in the city of São Paulo and in the Leonor de Barros Hospital, in Campos do Jordão (SP), reference for hospitalization of this group. The presence of drug use, the co-infections with HIV, STD and Viral Hepatitis and the past of trafficking and crime are present elements in the life story of the hospitalized, many of whom with passages at prisons, and some with mental health problems. Even if subject to local rules in search of a breath to their health, the patients search in the hide drug use and in the discreet and not commented sex a mediating alternative to tolerate the limitations they are exposed. The situation reveals a difficult of the admission institutions to deal with the Harm Reduction in alcohol and drug use theme, noticing a trend to highlight prohibitionist practices in any developed action. The understanding of the patients face to the seen reality is revealed mainly by the resistance forms that they develop to the reclusion time to which they will be submitted during the treatment. At the end is concluded that social differences, coming from hampered access, prejudice, segregations and other discriminatory acts have strong influence on the treatment adhesion and cure process. Besides, the existence of various morality approaches was noticed, primarily involving health professionals and patients, reflecting on the attention and care management, and also the presence of a differentiation between the concepts of “get sick” and “get well” among these actors, creating a distance of understandings and practices.

Key words: Tuberculosis, Alcohol, Drugs, Homelessness, Healing, Cure.

LISTA DE IMAGENS

Figura 1 – Quadro A Primavera de Botticelli.....	35
Figura 2 – Cruz de Lorena	42
Figura 3 – Quadro Casal Barros.....	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de pessoas atendidas em cada Consultório na Rua.....	62
Tabela 2: Pessoas em situação de rua por distrito na cidade de São Paulo.....	64

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASF	Associação Saúde da Família
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DATAUFF	Núcleo de Pesquisas, Informações e Políticas Públicas da Universidade Federal Fluminense
DOTS	Directly Observed Therapy Short-Course
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECR	Equipe de Consultório de Rua
FIPE	Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PTS	Programa Terapêutico Singular
RD	Redução de Danos
RIPE	Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde

TOD	Tratamento Diretamente Observado
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNION	International Union Against Tuberculosis and Lung Disease
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	17
METODOLOGIA	25
CAPÍTULO 1 Várias faces de um mesmo mal: histórico e significados da Tuberculose.....	33
CAPÍTULO 2 Estratégia de Guerra, Filantropia Excludente e Doença de Pobre	45
São Paulo e o isolamento como opção de tratamento.....	56
CAPÍTULO 3 Na rua e entre os muros: dois lados de uma realidade.....	61
Coletes Azuis.....	66
Entre Muros.....	69
Liberdade, saúde, escolhas e alternativas.....	73
CAPÍTULO 4 As moralidades nossas de cada dia.....	83
Corpos com Tuberculose.....	85
Travestis internadas com tuberculose.....	92
“Este tipo de Gente”	97
CAPÍTULO 5 Sociabilidades, Prazeres e Resistências.....	101
“ <i>Pegando Mais Leve</i> ”: uma forma nativa de Redução de Danos.....	109
CAPÍTULO 6 Os (Bio)Poderes nossos de cada dia.....	119
A Sedução do Paciente e o Encantamento do Cuidador	126
CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
REFERÊNCIAS	144
ANEXOS	155

APRESENTAÇÃO

Antônio Júlio era agricultor, dono de uma pequena propriedade no interior do Rio Grande do Sul. Alto, testa grande, cabelos negros penteados para trás. De origem alemã, vivia na colônia onde conheceu a primeira esposa. Casaram, tiveram três filhos, mas um problema de saúde a levou cedo demais. Nove meses depois já embarcou num segundo casamento com uma descendente de italianos, com quem viveu por 18 anos e teve mais sete filhos. Longe da cidade e das tecnologias, ele começou a emagrecer, a tosse aumentava junto com a febre que preocupava. As horas na cama se acumularam, os lenços sujos de sangue, o isolamento dos pequenos com medo, até que numa tarde de agosto de 1943, com 55 anos, ele morreu vítima de pneumonia ou “pontada” – falar em tuberculose era proibido. Deixou a esposa e dez filhos, o mais novo com dois anos: meu pai.

O tema ficou esquecido na família e nos meus interesses até que, anos depois, vindo da área da comunicação social comecei a me aproximar das ciências da saúde. Primeiro como militante, depois como atuante no controle social, passando pela gestão e desaguando na pesquisa. Coincidentemente um dos temas com que trabalhei na gestão federal foi o da tuberculose e entre reuniões e planilhas acabei descobrindo um mundo pleno de significados que foi me fascinando tanto pro seu aspecto simbólico, quanto pela conotação direta da saúde pública, suas relações com outros aspectos de exclusão e suas provocações em relação ao modo de pensar os conceitos de vida e saúde.

Na trajetória pessoal conheci as diversas frentes de enfrentamento da tuberculose no Brasil (governos, sociedade civil, academia, agências de cooperação, iniciativa privada etc). Os anos no Programa Nacional de Controle da Tuberculose, do Ministério da Saúde,

em Brasília foram de imenso valor para ampliação dos espaços de conhecimento sobre o tema do ponto de vista da Gestão Federal. Foi a partir destas experiências que me motivei a desenvolver a dissertação de mestrado, abordando o tratamento dado pela imprensa a esta doença. Ao final da pesquisa notei que apesar de ser uma realidade que atinge sobretudo populações excluídas, a voz destes aparece muito pouco nas coberturas de imprensa massiva. A maior parte dos que opinam e depõe em relação à tuberculose no Brasil estão ligados à gestão pública ou às instituições de pesquisa. Os pacientes que vivem nas comunidades de periferia, nas celas superlotadas, nas aldeias distantes ou dormem debaixo das pontes e avenidas das grandes cidades, não possuem relevância junto aos veículos de imprensa que diariamente levam informação à maioria da população.

Este questionamento me levou a outra problemática da atualidade que, através dos meios de comunicação social, tem ganhado espaço de discussão parcial e causado reações que cada vez mais reforçam comportamentos de violência e preconceito. A população em situação de rua de São Paulo ganhou, pela força midiática, o rótulo de usuária de drogas, sobretudo de crack, de forma genérica. Passaram a ser uma ameaça social e o aspecto humanizador da saúde pública se encolheu diante de uma forma higienista de lidar com a situação.

Uma das razões para esta escolha do tema foi meu desejo de dar voz aos pacientes portadores de tuberculose, uma vez que a pesquisa realizada anteriormente, durante meu período de mestrado, apontou uma quase ausência da presença deste público nas coberturas midiáticas sobre a doença. Também me chamou a atenção a dificuldade do Brasil em alcançar o índice de cura preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), uma vez que nos outros itens o país tinha desempenho satisfatório, conforme detalhamos no capítulo 2. Além disto, o crescimento da atenção dos meios de comunicação

social sobre as pessoas em situação de rua, em São Paulo, os liga diretamente ao consumo abusivo de álcool e outras drogas, sobretudo o crack, mas nunca faz alusão à presença da tuberculose (ou outra doença) junto a esta população, restringindo a abordagem do tema e, acredito, desumanizando sua análise.

A escolha do campo para esta pesquisa deu-se por razões de conhecimentos prévios sobre a realidade nos locais pesquisados e indicações de profissionais de saúde, gestores, ex-pacientes, ativistas e pesquisadores acerca de locais mais representativos para o tema. O trabalho no Ministério da Saúde me possibilitou acesso a estes informantes que foram vitais para estabelecer os locais a serem pesquisados, bem como importantes interlocutores durante todo o processo.

Aos poucos fui conhecendo o trabalho desenvolvido em São Paulo pelas Equipes de Consultório na Rua e me aproximando de grupos e associações que discutiam a política de Redução de Danos e, assim, percebendo uma nova realidade que ia além das páginas dos jornais. Ao somatório das experiências junto a organizações da sociedade civil e da gestão se aliou a estas novas percepções e resultaram na idéia de continuidade do ofício de pesquisador.

INTRODUÇÃO

Analisar a tuberculose, doença curável e fortemente marcada pela exclusão social em grupos específicos, principalmente população em situação de rua, é um desafio grande. As condições de vida e saúde desta população são muito restritas. Vivendo em logradouros públicos ou em equipamentos sociais sem privacidade e, muitas vezes, sem condições satisfatórias de alimentação, higiene ou cuidado da saúde, são homens e mulheres, na maioria, à margem de qualquer forma mais digna de vida. Mas além destas limitações físicas, a exclusão talvez seja a grande dificuldade que esta população enfrente.

O universo da exclusão social de pessoas atingidas por alguma doença é um tema que desperta a atenção. Embora esta situação sempre tenha sido presente na história da humanidade, a contemporaneidade tem trazido aspectos que ressignificam esta exclusão exercitada ao longo dos séculos e, ao mesmo tempo, agregam especificidades do momento atual, sobretudo considerando o avanço capitalista, com consequente ampliação das diversas formas de exclusão e o crescimento de novos tipos de “corpos abjetos”. Segundo Butler (apud PRINS e MEIJER, 2002, p.161 e 162), “recebemos uma produção diferenciada ou uma materialização diferenciada do humano. E também recebemos [...] uma produção do abjeto”. Como processo discursivo, a abjeção “relaciona-se a todo tipo de corpos cujas vidas não são consideradas 'vidas' e cuja materialidade é entendida como 'não importante’”.

A tuberculose, neste ponto, se apresenta num novo paradigma longe da fase romântica, que contribuiu para a criação de um imaginário idílico, e ressuscita a ideia de sua existência frente à concepção ilusória de sua erradicação. Assunto meio estacionado até a década de 1980, a doença surge como relevante no cenário mundial e brasileiro após

o advento da epidemia de aids, sendo hoje a principal causa de morte entre pessoas com HIV. Com o crescimento da urbanização descontrolada e a criação dos cinturões de pobreza, ao redor das grandes regiões metropolitanas, a tuberculose foi se espalhando junto à população mais empobrecida. Assim, não foi surpresa que a patologia atingisse também a população em situação de rua, que hoje soma mais de 16 mil pessoas na capital do estado de São Paulo, segundo dados do Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo (2015).¹

Ao somatório das doenças, do abandono social, das dificuldades de acesso ainda se acrescentam o uso de álcool e outras drogas, o que resulta ser esta população um alvo de todo tipo de preconceito, que colabora sobremaneira com o estigma que carregam. São Paulo é a cidade que concentra a maior população do Brasil. Num mesmo município, vivem cerca de 12 milhões de pessoas em pouco mais de 1500 quilômetros quadrados. Considerando a região metropolitana, formada por 39 municípios, se ultrapassa os 30 milhões de habitantes, cerca de 75% da população do estado.

Do ponto de vista da dimensão coletiva do controle da doença o objetivo é seu controle, através do tratamento completo da pessoa atingida, evitando-se assim sua propagação para outros. Eliminar a fonte de infecção é o objetivo e para isto o controle sobre aqueles que estão afetados é primordial. Na medida em que mais doentes de tuberculose aderirem ao tratamento, menor será a chance de transmissão para os que o cercam. Esta equação, no entanto, esbarra nas dimensões singulares de cada caso, obedecendo a critérios localizados de grupos e que nem sempre são levados em consideração durante o tratamento. Talvez por isto que o imaginário de isolamento ainda ronde a gama de respostas que se quer dar a estas situações, agindo não apenas como ação

¹http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/censo/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf acessado em 14/11/2015.

de cuidado do doente mas como de segurança a sociedade ao seu redor. Tais conceitos de segurança parecem se agravar na medida que mais excluída é a população, e aí aspectos como uso de álcool e outras drogas constante e vida na rua se somam como agravantes.

No entanto, o que ficou destacado nestas aventuras de campo é que não é apenas de desgraças e tristezas que vive esta população. Mesmo sob cuidados de saúde, seja com os profissionais na rua, seja internada em hospital de tratamento de longa duração, existem aspectos de sociabilidade e ações de resistência e resiliência às limitações que a condição impõe, e estas proporcionam prazeres a estes excluídos que, muitas vezes, são mal entendidos por seus cuidadores, mesmo que acabem contribuindo para a recuperação do seu estado de saúde.

A doença que vitimou o avô que não conheci, há mais de 70 anos, é a mesma que ainda mata cinco mil pessoas por ano no Brasil – uma a cada duas horas. O que mudou nestas décadas foi o avanço no atendimento, na testagem e tratamento, mas também mudou drasticamente o perfil da pessoa afetada. Os rostos da pobreza e da exclusão ocupam os consultórios e os quartos hospitalares, sem contar o grande número que não consegue chegar até lá. A busca de um entendimento mais amplo, que entenda aspectos além dos biomédicos, foi a minha motivação para esta jornada. Acabei encontrando bem mais do que fui buscar e voltei com mais questionamentos do que quando cheguei.

Este trabalho investigou os aspectos que se relacionam ao processo de gestão dos tratamentos e busca da cura da tuberculose entre a população em situação de rua, na maioria usuária de álcool e/ou outras drogas. Por termos acompanhado os Consultórios de Rua de São Paulo e tido contato com pacientes, cuja maioria eram oriundos da capital, optamos por manter o título limitado a cidade de São Paulo. A expressão “enfrentamento” é muito utilizada entre gestores e profissionais de saúde, para designar o conjunto de

ações que se desenvolvem no sentido de tentar controlar o avanço de uma doença, bem como estratégias em busca de adesão a um tratamento que resulte em cura e, num sentido maior, retorno às ações laborativas e sociais. Lipowsk (1970) definiu enfrentamento como “a ação do indivíduo frente a situações de doenças graves envolvendo as atividades cognitivas e físicas visando a recuperação de sua integridade” (p.26). Já Susan Sontag (2007) explora largamente a ideia de “metáforas militares” na utilização de estratégias de combate à proliferação de algumas patologias. Para a autora, tais metáforas “contribuem para a estigmatização de certas doenças e, por extensão, daqueles que estão doentes” (p. 24). O corpo se torna um “campo de batalha” onde exércitos disputam espaços e protagonizam avanços e recuos no processo de saúde/doença.

A pesquisa utilizou a etnografia como metodologia, acompanhando o trabalho de alguns Consultórios na Rua, em São Paulo, e conhecendo a rotina dos pacientes no Hospital Leonor de Barros, em Campos do Jordão. Através deste mergulho no mundo tentou-se verificar os processos de recuperação da saúde, buscando entender os códigos e signos que envolvem a evolução dos estados de adoecimento, tratamento e cura de tuberculose desta população. Também se pretendeu verificar ainda a relação com a saúde e a doença, limitações, seguranças e estratégias de moralidade e controle de todo este processo de recuperação da saúde e reinserção na sociedade. Durante oito meses foram feitos acompanhamento das ações de território de doze Equipes de Consultórios de Rua e sete visitas ao hospital de internação. O acesso a estes locais foi possível através de negociação entre os gestores locais e os profissionais de saúde, verificando-se a melhor data para a realização do campo em comum acordo.

Tratamos aqui da tuberculose pulmonar, verificada segundo estratégia operacional

do Ministério da Saúde (2011)² que preconiza, para o diagnóstico, a entrevista sobre a duração da tosse, e outros sintomas, o exame de escarro em duas amostras e exames complementares como baciloscopia, cultura, raio x do tórax e teste de sensibilidade. Já a alta por cura é caracterizada quando ao completar o tratamento o paciente apresentar duas baciloscopias negativas: uma na fase de acompanhamento e outra no final do tratamento (BRASIL, 2011)³. Também tomamos a ideia de adesão como “um termo mais amplo que implica em responsabilidade compartilhada do paciente e da equipe de saúde” (QUEIROZ, 2010 p.12), envolvendo não apenas a ingestão diária de medicamentos, mas outros aspectos que circulam este processo como a criação de vínculo, acessos às políticas sociais estabelecidas, possibilidades de inserção em programas de reinserção social, além de respeito à autonomia dos envolvidos.

Também é necessário tentar localizar sobre qual população em situação de rua estamos falando neste trabalho. Focamos a pesquisa junto a pessoas que vivem em situação de rua (majoritariamente homens), ou albergados em equipamentos sociais, na cidade de São Paulo e que tenham sido diagnosticados e iniciado tratamento para a tuberculose. Este é o mesmo recorte encaminhado para hospitalização, sob pretextos de necessidades de saúde ou necessidades sociais, onde passam por uma nova fase no processo de tratamento de forma isolada e cercada de cuidados. Este público, além dos problemas de sua condição de saúde, enfrentam reações de preconceito e discriminação que resultam em processos de exclusão produtores de sofrimento social. Além disto, a tuberculose está presente na lista das chamadas “doenças negligenciadas”, cuja atenção da indústria farmacêutica, da comunidade científica internacional e de alguns gestores não a coloca como prioridade. O que se refere diretamente ao tipo de atenção dedicada às

²http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/TB/mat_tec/manuais/MS11_Manual_Recom.pdf acessado em 10/09/2015

³ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica.pdf acessado em 10/09/2015

populações já historicamente excluídas, conforme alerta Adorno (2011):

É interessante mencionar que as chamadas “doenças negligenciadas” são as que afetam principalmente o que chamaríamos de “populações negligenciadas”, como grande parte de populações do continente africano, e aquelas que fazem parte das “margens” das cidades globais dos diversos países: populações de rua, populações encarceradas, usuários de drogas, trabalhadores do mercado sexual, etc. – no caso de países europeus, também consideradas “imigrantes” –, populações estas que coincidem com o que referimos anteriormente como as consideradas “populações de difícil acesso” para as ações de saúde pública.

Neste cenário, além da realidade biomédica, esta pesquisa navegou pelos aspectos que circulam e se envolvem nestes processos de saúde e doença. Para tal, considerando o acima disposto, se utilizou de estratégias de aproximação, escuta, observação, reflexão e registro nem sempre fáceis no entendimento de valores e ações diferentes encontrados no decorrer do caminho. Tentou-se entender as crenças, idéias, comportamentos e habilidades do grupo pesquisado visando conhecer a relação criada no processo de tratamento e entendimento de cura da tuberculose.

Mas mesmo isolados do convívio social através do desvio do olhar, da limitação dos atendimentos ou da restrição imposta por muros e paredes reforçadas, se observou a criação de alternativas de sobrevivência sem abdicação total dos prazeres a que estão acostumados no cotidiano. Para muitos dos pacientes entrevistados, a noção de cura e risco parece obedecer a uma individualização de conceito que não necessariamente implica em abstinência total do uso de drogas, ou seguimento à risca do tratamento imposto, ou ainda mudança de estilo de vida após a finalização do período crítico de tratamento. “Dar uma moral”, no dizer de um dos pacientes acessados, surge como se submeter durante um tempo a um regime diferenciado de sua rotina, mas sem abdicar totalmente do que contribui para um tipo de qualidade de vida peculiar. Estas são algumas das “formas dinâmicas que transitam pelas vias da identidade e da exclusão” (VARANDA, 2004 p. 12)

O primeiro capítulo apresenta discussões sobre o histórico e significados da tuberculose abordando aspectos do imaginário social, principalmente o papel da moral judaico/cristã e das artes na formação deste. No segundo se apresenta a realidade da presença da doença no Brasil e em São Paulo relacionando-os com questões de vulnerabilidade social na população pesquisada. São explicitados os dados oficiais do Ministério da Saúde e apresentados e discutidos a forma de tratamento através da administração de medicamentos, os efeitos adversos e as consequências da interrupção, o risco de se contrair um tipo de tuberculose mais resistente, entre outros pontos. Na terceira parte se relata as experiências nos campos de pesquisa (Consultórios na Rua e Hospital) procurando-se identificar elementos relacionados com o tratamento da tuberculose nestas duas pontas, objetivando discutir criticamente estas realidades. As relações de saúde e os aspectos da sociabilidade entre os pacientes, suas redes e relações de prazeres em meio ao enfrentamento da doença na rua ou dentro dos muros hospitalares e as formas de resistência desenvolvidas por eles para o enfrentamento do período de contenção e disciplina, que é o tratamento, são discutidas no capítulo quarto. Aspectos de moralidade na condução do processo de saúde e doença, valores dos profissionais de saúde em contato, às vezes conflituoso, com os valores dos pacientes e crenças que rondam o uso de drogas durante o processo de tratamento são discutidos no capítulo quinto. Por fim no sexto e último capítulo se pretende analisar aspectos de controle da vida dos pacientes relacionando questões de vulnerabilidade social. O controle dos corpos, a normatização dos comportamentos e o critério de análise do andamento do tratamento são discutidos nesta parte.

Ao final, baseando-se nas realidades vistas e refletidas se conclui que a presença de marcadores de desigualdades sociais interferem fortemente no processo de adesão ao

tratamento e alcance da cura. Além disto, percebeu-se a presença de diversos enfoques de moralidades, envolvendo principalmente os profissionais de saúde e pacientes, que refletem na gestão da atenção e cuidado e ainda a presença de uma diferenciação entre o conceito de “ficar doente” e “ficar bom” entre estes atores, criando um distanciamento de entendimentos e práticas.

METODOLOGIA

O desenho e estratégias metodológicas da investigação delineiam-se nos marcos da pesquisa qualitativa etnográfica, que se ocupa de ações descritivas de uma certa realidade pesquisada. A etnografia (originária do grego *ethno* - nação, povo e *graphein* - escrever) é por excelência o método utilizado pela antropologia na coleta de dados. Baseia-se no contato intersubjetivo entre o pesquisador e o seu objeto, seja ele qualquer grupo social sob o qual o recorte analítico seja feito. Bronislaw Malinowski, na introdução de seu clássico estudo “Os Argonautas do Pacífico Ocidental” (1922), marcou a história da antropologia moderna ao propor uma nova forma de etnografia, envolvendo detalhada e atenta observação participante. Em tal técnica de investigação, o observador partilha, na medida em que as circunstâncias o permitam, as atividades, as ocasiões, os interesses e os afetos de um grupo de pessoas ou de uma comunidade (ANGUERA, 1985). Segundo Bernard (2006), “a prática etnográfica baseia-se na pesquisa de campo com observação participante desde os primórdios da antropologia cultural” (p. 45). Vários elementos estão envolvidos nesse processo, como a aproximação, a observação e as anotações de informações relacionadas aos fatos vivenciados, considerando o conforto com a presença e proximidade do pesquisador.

Esse tipo de pesquisa envolve a produção de explicações sociais para um quebra-cabeça intelectual (MASON, 1996). Deste modo, parte-se do desejo de explicar algo através de descrições exploratórias que envolvam uma seleção de visões que auxiliem na interpretação. Tais explicações nunca chegarão a ser neutras, objetivas ou totais, elas oferecerão modos de olhar para o mundo social que se procura explicar que podem ser defensáveis com base em interpretações do contexto micro da pesquisa em

diálogo com os contextos macro (COSTA, 2013). No caso concreto da presente pesquisa, tentou-se olhar para o mundo conhecido com um novo olhar, visando compreender o fenômeno como algo novo.

Para Mason (1996), o período de trabalho de campo é tratado como geração de dados, opção terminológica distinta daquela que utiliza coleta de dados. Para a autora, o pesquisador não colhe dados prontos, mas sim participa do seu processo de construção. Na pesquisa qualitativa, a observação toma forma de uma observação participante, na qual o pesquisador é o principal instrumento de geração de dados, ao imergir em um cenário de pesquisa sistematicamente, observando as dimensões desse cenário, interações, relacionamentos, ações, eventos etc.

Ao longo do período de oito meses de campo se travou contato com profissionais de saúde das ECR, pessoas em situação de rua por eles atendidos, profissionais do hospital referenciado e pessoas lá internadas. Observaram-se as atividades desenvolvidas no local de internação e por meio de diálogos com pacientes procurou-se entender as relações estabelecidas no processo de adoecimento, cura e retorno ao local de onde vieram.

Durante os campos se exercitou essa teorização principalmente através da grandiosidade dos fatos observados e das informações colhidas. A presença do pesquisador acompanhado dos profissionais de saúde possibilitou um tipo de visão mais direcionado e regado, raramente fora do contexto previsto da prescrição do processo de tratamento e cura. No entanto, na medida em que estes se afastavam, a aproximação com os pacientes ganhava novas dimensões, como relatos mais detalhados do cotidiano, das maneiras de encarar o processo saúde/doença e, principalmente, das formas de sobrevivência diante da limitação que a situação vivida exigia, sobretudo a liberdade.

Na medida em que o campo avançava várias possibilidades de abordagem do tema foram surgindo, exibindo decisões constantes sobre os pontos a aprofundar neste trabalho. Para tal se considerou como referencial teórico, a iluminar este caminho, diversos autores ligados à antropologia crítica da saúde, e que ajudaram na busca do entendimento dos fenômenos verificados. Os olhares do pesquisador sobre os sujeitos da pesquisa constituem interessante e peculiar oportunidade de unir a teorização à prática vivida, num exercício que não é fácil, que exige, mas que também emociona a cada nova descoberta percebida.

Para Arent (2010), “a ciência é apenas um prolongamento refinado do senso comum, no qual as ilusões dos sentidos são constantemente dissipadas”. Poderíamos chamar esse refinamento de método, que possibilita a aproximação do fenômeno, ou o refinamento do olhar que gera conhecimentos e descobertas através da observação tentando compreendê-lo. “Conseguir dar conta do seu significado” (p. 33).

A tentativa de compreensão do outro, conforme Moure (2005), aproxima-se muito do processo de tradução: nela se entende os códigos e valores e, mais do que isto, se busca ver a realidade a partir dos olhos (ou da narrativa) de quem vive o problema de forma cotidiana e intensa. Para compreender esse fenômeno optou-se, para esta pesquisa, pela perspectiva etnográfica, almejando compreender a realidade estudada a partir de como se mostra, tentando-se colocar de lado, no momento da pesquisa, os conhecimentos prévios sobre o assunto.

Para tentar compreender os processos de cura e a relação dos pacientes em situação de rua com o tratamento da tuberculose, a intenção foi trabalhar com segmentos diversos de pacientes - o que possibilitou uma visão mais ampla da sua diversidade -

atendidos pelas equipes de consultório de rua (ECR) em São Paulo, e um grupo de pacientes internados num hospital especializado, Hospital Leonor de Barros, em Campos do Jordão.

Realizaram-se visitas aos locais de trabalho das ECR, acompanhando os profissionais de saúde, e no local de hospitalização, travando contatos, observando cenas e realizando registros etnográficos em um diário de campo. Pretendeu-se valorizar a convivência com pacientes e profissionais de saúde, visando conhecer a inserção dos medicamentos na sua rotina, o entendimento das prescrições, identificação dos discursos, visando entender os processos e o lugar do tratamento na vida dos pacientes. Importante destacar que a entrada no campo se deu pelo viés institucional, ou seja a permissão para acompanhamento das atividades realizadas foi concedida pelas gestões dos serviços e acompanhada de profissionais daqueles espaços. Portanto, o mergulho no campo se deu através deste ponto de vista o que permitiu uma segurança na negociação de visitas e conversas, embora gere um entendimento localizado desta realidade. Não acreditamos, no entanto, ter havido algum prejuízo nesta leitura pois as trocas e acessos foram garantidos não havendo nenhum empecilho no acesso aos equipamentos, profissionais, pacientes ou setores durante os campos. Em geral se realizava pequena conversa com os profissionais de saúde explicando a intenção e posterior visita aos territórios ou dependências acompanhado deles. Num terceiro momento, de forma livre, o pesquisador teve acesso aos pacientes individualmente, conversando, ouvindo relatos e reclamações, conhecendo as histórias de vida.

No total foram gerados 19 relatos de campo, que compuseram o material que serviu para a exploração e análise. Os nomes citados no texto, oriundos dos diários de

campo, foram alterados não correspondendo ao nome real das pessoas encontradas durante o percurso. Todas estas ações registradas estão nos anexos do trabalho.

As pessoas em situação de rua reúnem hoje o exemplo mais destacado da exclusão dos grandes centros, impulsionando a noção de estigma (GOFFMAN, 1982), algo semelhante ao que as pessoas com tuberculose passaram ao longo da história: apresentada primeiro como punição divina, depois como objeto de caridade, e em todo o tempo sob a necessidade de exclusão do convívio social. Ao aliarmos o histórico da tuberculose com a realidade contemporânea das pessoas que vivem na rua, se observa que a estigmatização social se mantém com a mesma raiz há séculos, embora atualmente utilizando formas mais diferenciadas de expressão. Um terceiro ponto que contribui para o cenário de preconceito do qual essa população é alvo é o uso de drogas. Embora o uso de substâncias psicoativas seja uma realidade em todos os segmentos sociais e em todos os ambientes, fica evidente que quando se trata de populações mais empobrecidas ou tradicionalmente excluídas o preconceito e o estigma se tornam maiores. A ideia de dependência, quando na realidade se trata de experimentação ou uso, carrega em si uma série de reforços a esses estigmas. Neste sentido, Carneiro (2002) chama a atenção para o que denomina a "demonização do drogado" e a construção de um significado para o conceito de droga, associado diretamente ao de dependência química. Também Epele (2010) aprofunda a discussão sobre a questão do uso de drogas e sua relação com a pobreza e a saúde, principalmente ao verificar que “os processos macroeconômicos fragilizam e modelam os corpos” (p. 13) principalmente daqueles excluídos cuja simples presença na via pública se torna motivo para criação de sensações de repulsa.

A experiência dos corpos com tuberculose, segregados a um distanciamento social, foi notada como fundamental no entendimento do processo de saúde e doença. “O corpo

que realiza a existência” (MERLEAU-PONTY, 1999 p. 206) e se a tentativa de limitá-lo se camufla de intenção de facilitação do processo de regeneração, é através dele que os pacientes buscam a continuidade da vida, proporcionando-se prazeres como meio de sobreviver ao período de tratamento. Czordas (2008) explora esse viés apresentado através de uma intensa reflexão teórica de uma proposta concreta do paradigma da corporeidade. Para ele, é preciso elevar o corpo à condição de sujeito da cultura. Valendo-se da premissa de que o objeto da cura não é a eliminação de uma coisa (doença, problema, sintoma), mas a transformação de uma pessoa, “sujeito que é ser corpóreo” (p. 18-19), o autor defende o paradigma da corporeidade, a partir de um “colapso da dualidade entre corpo e mente, sujeito e objeto” (p.104).

Importante contribuição traz a discussão da medicamentação na saúde o trabalho de João Biehl (2011), apresentando o contexto de pacientes vivendo com aids, examinando o fato da dispensação dos medicamentos diante das singularidades humanas, identificando que a busca da cura não passa apenas pela distribuição das drágeas – “balas mágicas” - mas por um contexto de reinserção social que acaba ficando em segundo plano da maioria das ações voltadas também para os pacientes de tuberculose.

Outro ponto que mereceu a atenção é o quanto os profissionais de saúde incorporam valores próprios, - vindos de uma ética pessoal ou de crenças religiosas hegemônicas, - ao trabalho direcionado à população que atendem. Para Fassin (2013), existe um tipo de “melancolia e o desconforto dos agentes perante os fracos resultados das suas intervenções e o anseio de substituírem a sua justiça à dos juízes” (p. 233 tradução livre) Já Durão (2014), entende que esta “radicalização do discurso público contribui para produzir e legitimar um *ethos* policial que gera hostilidade no mundo social e exige mais medidas punitivas”(p.43). De um lado, tentativas de extrapolar os processos de cura para

planos de salvação dos indivíduos tratados, de outro lado reações de agressividade destes indivíduos como “resistência à agressão aos agentes da autoridade”. O processo de cura é visto como um processo de purificação e abandono daquilo que pode “estar prejudicando o equilíbrio da vida” do paciente. (p. 50). As questões econômicas, sociais e culturais que envolvem o viver na rua, a situação de ser doente de tuberculose e a série de exclusões sentidas ficam de lado, dando-se atenção apenas a questões de avaliação moral. Como lembra Canguilhem (2005), numa crítica à tentativa de “tornar a patologia e a cura esquemas fisiológicos integralmente científicos, passíveis de procedimentos assertivos e controláveis: a saúde perfeita não existe a não ser como um conceito normativo de um tipo ideal” (p. 36).

O sofrimento social, que numa perspectiva antropológica seria o efeito da violência que as ordens sociais levam as pessoas a carregar (KLEINMAN, 2000), é sentido no descuido com o corpo, as roupas, a saúde e todo o contexto de qualidade de vida, reflexo do abandono e da exclusão a que estão submetidos. O vínculo construído ao longo do tempo, por meio dos profissionais de saúde, se torna uma oportunidade de amenizar esse sofrimento. Da mesma forma a convivência na rua cria um tipo de sociabilidade, construindo laços de amizade e afeto em substituição aos laços familiares destruídos, “quando as outras relações, como as com a família, por exemplo, estão enfraquecidas ou foram rompidas, a sociabilidade de rua parece mais atraente” (BOURGOIS, 1998 p. 333).

O estabelecimento de (bio)poderes entre pacientes e profissionais de saúde obedece a uma lógica de mútua sedução, de constante jogo de trocas e possíveis recompensas ou castigos. Não é passiva o tempo todo a posição do doente de tuberculose em tratamento, mas seu comportamento também manipula, causando a falsa sensação de

que o poder está todo centrado na mão do profissional de branco. Por mais que “o tratamento se torne um exercício hostil em disciplinar o uso regrado do prazer e o controle dos corpos” (BOURGOIS, 1998 p. 335), a criação de alternativas de prazer (proibido, negado, regulado ou pactuado) acaba sempre presente na vida dos que estão em tratamento. Ideia semelhante apresentou Foucault (1979) quando afirmou que “o poder está em toda a parte; não porque englobe tudo, mas porque provém de todos os lugares” (p. 129), contrariando o ideário marxista de oprimidos e opressores.

Capítulo 1

Várias faces de um mesmo mal

Histórico e significados da tuberculose

“O Senhor te ferirá com a tísica”

(Dt 28, 15)

O livro do Deuteronômio, na Bíblia, é o quinto do Antigo Testamento e faz parte do Pentateuco, conjunto de cinco produções atribuídas a Moisés, escritas em torno do ano 1500 AC. O texto traz basicamente os discursos do autor no período de exílio rumo à terra prometida, portanto um livro sagrado aos cristãos e para os judeus, que chamam estes cinco primeiros rolos de Torá. O capítulo 28 é dedicado a uma lista de bênçãos para aqueles que cumprem a lei e de maldições que a falta da dádiva de Deus causa, aos que não obedecem ao estabelecido. A primeira metade são exortações a graças divinas, até que no versículo 15 começam as maldições, que se estendem até o final do capítulo, entre elas está a tísica: “O Senhor te ferirá com a tísica e com a febre, e com a inflamação, e com o calor ardente, e com a secura, e com crestamento e com ferrugem; e te perseguirão até que pereças” (DEUTERONÔMIO, capítulo 28 versículo 22).

A lepra também tem presença forte no livro do Levítico, terceiro do conjunto bíblico e que tem como foco principal a busca da pureza, dos sacrifícios e o caminho da santificação. O livro narra leis sanitárias em especial para a proteção de doenças que, no entender de seu texto, iam além das marcas no corpo avançando para questões morais. Nos capítulos 13 e 14 são dadas instruções destacando-se o encarceramento como alternativa.

Depois da lepra, a tuberculose talvez seja a doença que mais apareça na Bíblia como marcador do pecado e depositária do castigo. O fato de os livros sagrados de duas importantes vertentes religiosas mencionarem estas doenças como fruto de transgressões e meio de castigo, influenciou certamente na criação do estigma em cima destas doenças, cujas marcas se notam até os dias atuais.

Estigma se relaciona à “identidade deteriorada”, são “sinais corporais pelos quais se queria evidenciar o status moral de quem os apresenta.” (GOFFMAN, 1982 p. 11). Desta forma, o estigma das pessoas com lepra era evidenciado pelas chagas na pele e dos afetados pela tuberculose pelo estado de saúde que lhe imputava a falta do ar, a dificuldade de articulação das palavras em função da tosse excessiva e em ambos pela fraqueza produzida que impedia os atingidos do acesso ao trabalho e da atividade do louvor. E para ambas a alternativa da exclusão e da culpa foi utilizada como forma de tratamento, nos tempos bíblicos.

A renascença se encarregou de ressaltar e dar beleza ao corpo feminino, sobretudo Simonetta Vespucci, retratada pelo pintor florentino Sandro Botticelli. Conhecida por sua beleza, musa do artista, posou para diversas obras que ainda hoje chamam a atenção dos amantes da arte. Um de seus trabalhos mais conhecidos é “A Primavera”. Pintado em 1480, o quadro que hoje repousa na *Galleria degli Uffizi*, em Florença, representa e festeja a chegada da estação das flores. No quadro o autor também apresenta a divindade de Zéfiro, o vento oeste, que persegue uma ninfa com vestes transparentes, chamada Clóris, personagem para a qual Simonetta posou.

O abraço do vento a transforma na deusa Flora, deusa do florescer, do abrir das flores, da transformação para o belo. Da sua boca vertem flores negras que se misturam com as que decoram o vestido de uma outra personagem que avança ao lado dela.

Imagem 01: A Primavera

Fonte: Galeria Uffizzi

As flores negras são uma referência poética à hemoptise - expectoração de sangue que se origina nos pulmões, traqueia ou brônquios, também um sinal de tuberculose avançada. Através da representação na pintura, o autor retrata sua amada já com a doença agravada, que ocasionaria sua morte prematura aos 23 anos. O vento, metáfora ao ar que mantém a vida, representada pela figura de Zéfiro, faz referência à sua dificuldade respiratória, que a abraça e limita. Já a transformação na deusa Flora remete uma alusão à morte e sua simbiose com a natureza. Morrer na renascença também era florescer. A representação romântica da doença tem nesta figura um importante marco que influenciará posteriormente na criação desta visão idílica.

Plena de significados, a tuberculose se construiu com importantes elementos no imaginário social das sociedades, resignificando formas de lidar com a doença e tendo direta influência na maneira de encarar outras patologias ao longo do tempo, sobretudo as advindas na modernidade como a aids e alguns tipos de câncer.

Duas doenças foram, intensamente e de modo similar, sobrecarregadas com ornamentos da metáfora: a tuberculose e o câncer. As fantasias inspiradas pela tuberculose no século passado, e pelo câncer agora, constituem reflexos de uma concepção segundo a qual a doença é intratável e caprichosa — ou seja, um mal não compreendido numa era em que a premissa básica da medicina é a de que todas as doenças podem ser curadas. (Sontag, 2007 p. 47).

Na medida em que o corpo apresentava marcas da doença, o paciente já passava a experimentar “uma vivência de abandono, de vergonha e de culpa. Se o caso da cólera despertava a visão, nesta (tuberculose), os sentidos eram mais complexos.” (SOUZA, 2011 in DEL PRIORE e AMARANTINO, 2011. p. 224).

Uma das marcas da tuberculose foi a ligação direta com estilos de vida considerados excessivos, uso ampliado ou abusivo de álcool, fumo, drogas e comportamento sexual desviante, “portanto em desacordo com os padrões sociais aceitáveis, embora apresentando contornos distintos de acordo com a época.” (PORTO, 2007). Esta marca tinha forte presença junto a artistas do século XVIII e XIX que acabaram sucumbindo à enfermidade. Eram poetas, cantores, escritores, atores e atrizes que, tocados pela “peste branca”, transformavam suas vidas em altares de criatividade e dedicação. Situação semelhante vivida na primeira metade do século XX, quando o estar com tuberculose ganhava ares de identidade junto a estas pessoas. O poeta Manuel Bandeira, que morreu com 82 anos, já havia feito este reconhecimento ao declarar “em mim o poeta é a tuberculose, eu sou Manuel Bandeira, o Poeta Tísico.” (Carta de Manuel Bandeira a Rui Ribeiro Couto, Rio de Janeiro, Arquivo Museu de Literatura Brasileira da Fundação Casa Rui Barbosa, Década de 1920 apud PORTO, 2007).

Mas se por um lado a degradação da saúde causava danos e a condenação social contribuía para imagem de estar à margem, alguns destes célebres doentes acreditavam que a doença era um incremento a mais no talento e na capacidade de sensibilidade através da arte. Situação semelhante ocorrera na França, no século XIX, quando a sífilis atingia ícones das letras como Baudelaire, Flaubert, Maupassant e Daudet e que estes, em algumas circunstâncias, se declaravam no seu apogeu de sensibilidade e criatividade após a infecção da doença (SONTAG, 2007). O escritor tcheco Franz Kafka também encarou a

tuberculose como mal moral, mas vendo as limitações e ameaça de uma morte próxima sentiu ali “também a oportunidade de se sentir livre para se dedicar a literatura” (RICHARD, 1982, p 49-50).

A tuberculose, seguindo o caminho já trilhado por outras doenças, foi encarada de um modo romântico e a literatura, a ópera, o teatro e as artes em geral colaboraram para a criação desta imagem. Interessante observar que a doença era ligada a homens boêmios, frequentadores de muitas festas, que fumavam, bebiam e gozavam as “delícias” da vida mundana, atrelando a doença ao resultado dos excessos cometidos. Por outro lado, nas artes, muitas vezes, a tuberculose era apresentada em personagens femininos que “amavam demais”, como no caso da Dama das Camélias de Alexandre Dumas, que serviu também de base para a Violetta Valéry da ópera La Traviata de Verdi. Também na obra “Os Maias”, do português Eça de Queirós, a tuberculose vítima Maria Monforte, que fisicamente é descrita como “extremamente bela e sensual, com cabelos loiros, a testa curta e clássica e o colo ebúrneo; psicologicamente, era vítima da literatura romântica e daqui derivava o seu caráter pobre, excêntrico e excessivo.” (QUEIRÓS, 2001 p. 54).

Vale a pena detalhar um pouco mais estas personagens ícones da chamada “beleza tísica”. Na obra “Dama das Camélias”, escrita em 1852, o escritor francês Alexandre Dumas Filho narra a história de Marguerite Goutier, uma cortesã que se apaixona e é correspondida pelo nobre Armand Duval. Receoso de que a má fama da mulher refletisse na honra de sua família, o pai de Armand, a procura em segredo pedindo que abandone o filho. Ela, mesmo sofrendo, concorda e se retira para distante da Paris boêmia e acaba sendo atacada pela tuberculose, o que ocasiona sua morte. Marguerite “traz em seu corpo a marca indisfarçável de sua vergonha moral” (PORTO, 2007, p.2), que aparece não apenas como condenação de uma ascensão social por meios diferentes do labor produtivo,

mas também por sua atividade sexual explícita, considerada chaga social condenável. Foucault (1979) observa que a saúde foi vista, pela burguesia, como uma marca de sua especificidade, junto com a descendência. Portanto a dádiva de ser saudável não se estende aos que fogem de suas regras, assim a condenação ao degredo e a morte acabam sendo condições consequentes de um desafio moral ao estabelecido.

Outro clássico da literatura que ilustra bem este período do idílico da tuberculose é o romance “A Montanha Mágica”, escrito em 1924, pelo alemão Thomas Mann, cuja ação se passa no luxuoso sanatório Berghof em Davos, nos Alpes suíços. Ali entre repousos e alimentações, os personagens vivem seu cotidiano de logo tratamento que atinge não apenas os corpos cujo bacilo de Koch se aloja, mas também aspectos morais, cujas culpas vão surgindo no decorrer da narrativa. “Somos criaturas que caíram muito baixo” (MANN, 1972, p.72), afirma um dos personagens ilustrando a ideia reinante de que contaminação seja consequência direta dos comportamentos, reduzindo o paciente a mero vetor da doença, desprezados os contextos.

No Brasil a obra de autoria de Dinah Silveira de Queiroz, “Floradas na Serra”, publicada em 1939, aborda o regime de isolamento com o qual o paciente afetado pela tuberculose passa a conviver. Lucília é uma paciente que, não suportando o tratamento na cidade paulista de Campos do Jordão, foge do sanatório e posteriormente tenta um romance com um jovem que conhece na estação de trem. Sua saúde frágil obriga a nova internação e a uma frustração romântica ao ser trocada por outra moça sadia. Mais uma vez o ideal da saúde plena como recompensa aparece nesta publicação (que virou filme em 1954, telenovela em 1981 e minissérie em 1991), ligando diretamente o sofrimento da doença ao abandono, a rejeição e a frustração amorosa. “A luta contra a sina tuberculosa confundia-se com a paixão por Bruno, combinação perigosa que roubava o resto de

energia e a beleza de Lucilia. Apesar dos conselhos médicos para que a tuberculosa interrompesse as noites de vigília amorosa com Bruno, ela se entregou sofregamente ao homem emblemático que lhe oferecia companhia e esperanças de fugir ao destino dos contaminados.” (QUEIROZ, 1939, p. 252). A proliferação de produções sobre o tema, no entanto, parece não ter contribuído para a diminuição do preconceito com a doença e o paciente, mas reforçado os aspectos que, desde a ampliação de sua visibilidade, sempre estiveram presentes em seu imaginário social.

A divulgação das obras produzidas pelos tuberculosos mostrou-se pouco eficiente no propósito questionador da veracidade dos estigmas imputados aos tísicos que, em alguns casos não sem reticências, tendiam a confirmar as representações sociais acerca da tuberculose e do tuberculoso. Como estratégia de resistência, buscou explicar o padecimento de vidas ameaçadas pela morte iminente e as estratégias de sobrevivência social. Por outro lado, viabilizou os pronunciamentos públicos e os depoimentos privados dos tuberculosos como vozes disseminadoras das vertentes que fomentavam a diabolização e a discriminação coletiva das vítimas do Grande Mal.” (BERTOLLI FILHO, 2001,p.55).

Doença com nome e estratégia de guerra

Por conta de seus variados sintomas, a tuberculose não era identificada como uma única doença até a segunda década do século XIX, e não era chamada de tuberculose até ser batizada em 1839 por J.L. Schoenlein, etimologicamente derivado de tubérculo (raiz). O bacilo causador da doença, *Mycobacterium tuberculosis*, foi descrito em 24 de março de 1882 por Robert Koch e esta data passou a ser marcada em todo o mundo como “Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose”. Koch recebeu em 1905 o Prêmio Nobel de medicina por sua descoberta.

A identificação do bacilo de Koch como o agente etiológico da tuberculose foi um marco fundamental para o conhecimento da doença. Significou também uma importante

contribuição para o fortalecimento da teoria da transmissibilidade das doenças, que vinha se desenvolvendo com as pesquisas de Pasteur e outros cientistas, além de reforçar a concepção biologizante das doenças. No XI Congresso Médico Internacional, realizado em Berlim em 1890, Robert Koch anunciou a descoberta de uma substância que se difunde nos meios líquidos de cultura do bacilo da tuberculose (que chamou de "linfa"), a qual “insensibiliza animais de laboratório à inoculação de bacilos tuberculosos, e é capaz de deter o processo tuberculoso naqueles já infectados, sendo provavelmente de utilidade no tratamento da tísica humana”. (ROLEMBERG, 1999, p.12).

Com o surgimento, no século XIX, da ideia do tratamento em estabelecimentos fechados, onde deviam permanecer isolados, tomando banhos de sol, respirando ar puro e recebendo alimentação adequada, ganhou força até o advento da era da moderna quimioterapia. Sanatório e regime higienodietético foram a simbiose fundamental para a cura da tuberculose, associado à mística do ar da montanha.

Pode-se afirmar que a tuberculose contribuiu decisivamente na mudança da arquitetura hospitalar, com o aproveitamento maior de luz solar, abertura de janelas em tamanhos maiores para que o ar pudesse circular mais livremente e o destaque para a proliferação de varandas onde o paciente pudesse repousar. Na Finlândia, o arquiteto Alvar Aalto desenvolveu uma interpretação mais humanista, o funcionalismo: no sanatório de tuberculose em Paimio, construído entre 1929 e 1933, as necessidades pessoais de pacientes e funcionários foram enfatizadas, e em diversos países europeus a ideia de adaptação dos prédios para contribuírem na superação da doença ganhou força e se destacou como medida arrojada na época. “A linguagem arquitetônica adotada para hospitais a partir da década de 1950 se aproximaria mais da estética proposta por Le Corbusier, quando a consolidação da produção arquitetônica brasileira garante o selo de

reconhecimento de Arquitetura Moderna.” (ROSA COSTA, 2009, p.15). Sob o véu da filantropia vários sanatórios se revelavam como “instituições totais” (GOFFMAN, 1982). Territórios panópticos de extrema vigilância, buscavam apresentar-se aos seus pacientes como espaços praticamente fechados ao mundo externo, tecendo estratégias que objetivavam apropriar-se não somente do tempo, mas também dos pensamentos e desejos dos pacientes. (BERTOLLI FILHO, 2001).

Aos poucos a luta contra a tuberculose no mundo foi ganhando força e poder político, chamando a atenção de governantes e capitalistas que voltaram sua atenção para a promoção de ações visando ao seu controle. Ao propor o uso da Cruz de Lorena como símbolo da luta contra a tuberculose no mundo, o médico francês Gilber Sersiron lançou, em 1912, um novo enfoque sobre o combate da doença. Não se tratava mais de romantizar o tema, mas de exercitar ações de enfrentamento ao mal que se alastrava, e esta nova atitude deveria acontecer sob a representação de um símbolo forte que reunisse os elementos necessários a esta nova fase. (LINDNER, 2011).

Note-se que este período de “Guerra contra a Tuberculose” coincide com o crescimento do capitalismo e a doença passa a representar uma ameaça ao sistema de produção, ocasionando afastamentos das fábricas, dos escritórios e outros ambientes laborais, portanto ameaçadora à geração de riquezas e de bens de consumo. Por outro lado ela também passa a ser “instrumento de pressão para se exigir dos patrões e dos governos a construção de infraestruturas sanitárias básicas” (SOUZA, 2011, p.17). Ao se adotar um símbolo bélico no enfrentamento da patologia se confere uma interessante metáfora, que é marco na mudança do enfrentamento da doença. A escolha inspirou-se no modelo utilizado pelo Duque de Lorena Godofredo de Bulhões, em 1087, na Primeira Cruzada para Jerusalém. O Duque foi o primeiro Patriarca de Jerusalém, no ano de 1100. Na

França, a Cruz de Lorena também é considerada como o símbolo de Joana D'Arc na luta contra os invasores estrangeiros. O Conselho da União Internacional contra a Tuberculose (UNION) recomendou e ele próprio também usou este símbolo como seu logotipo a partir do momento da sua criação como norte desta “cruzada internacional”. (LINDNER, 2012)

Imagem 02: Cruz de Lorena

Fonte: <http://www.theunion.org/>

O estado da saúde deixa cada vez mais de ser algo de ser algo do âmbito pessoal e familiar e sua ação se expande para o contexto social. O isolamento não cessa, mas aumenta, enquanto que as ações para seu controle ganham repercussão maior atingindo patamares de “guerra”. Desta forma o combate à doença deixa de ser uma responsabilidade pessoal, mas passa a integrar uma iniciativa maior que vise não apenas ao tratamento, e a respectiva devolução ao ambiente de trabalho, mas ações que visem diminuir as possibilidades de novos atingidos. Note-se ainda que o início do século XX também se torna um novo marco na proliferação da tuberculose entre as populações mais pobres. A tuberculose já se apresentava como uma doença socialmente determinada, pois sua ocorrência está diretamente associada à forma como se organizam os processos de produção e de reprodução social, assim como a necessidade crescente de implementação de políticas públicas efetivas de controle da doença.

Além disto, as mudanças nas concepções de saúde e doença revelaram mais claramente que as patologias, que passam a serem vistas além de um fato biológico, são

também como realidades construídas tanto historicamente como na expressão coletiva do indivíduo (MINAYO, 1997). Nesse sentido, o tratamento de tuberculose passou a envolver o uso de “tecnologias sociais” que transitam da busca de compreensão e trocas intersubjetivas para a remoção para um hospital fora da cidade, onde os pacientes vão permanecer supervisionados e fora do convívio com os “sãos”. A perspectiva dos epidemiologistas contemporâneos, porém, é a de que a “inovação tecnológica” venha a “resolver” o problema da adesão ao tratamento, com o desenvolvimento de drogas que causem menor incômodo e possam ser administradas em menor espaço de tempo. (ADORNO, 2011).

Somente no século XX a tuberculose foi responsável por mais de um bilhão de mortes (BERTOLLI FILHO, 2001). Diante de uma problemática desta proporção, muitas vezes a simples distribuição do medicamento junto à impossibilidade física de internação de um número cada vez maior de atingidos, acabou sendo a única ação de saúde pública direcionada a estes pacientes, ficando todo o entorno social esquecido e carente de uma ação conjunta. O gerenciamento da cadeia de fornecimento e distribuição de medicamentos resulta na falsa realidade de que somente o remédio sozinho levará a cura.

Biehl (2011) ao utilizar a expressão “Balas Mágicas”, mostra em suas pesquisas que as iniciativas centradas nas pessoas desafiam as ortodoxias econômicas e dos direitos humanos e ampliam a percepção daquilo que é socialmente possível e desejável. Utilizando um estudo etnográfico sobre a resposta terapêutica brasileira ao HIV/aids e suas repercussões nos âmbitos de governo, mercados, sistemas de saúde e vida pessoal, ele também relata um novo projeto comparativo sobre as consequências de grandes intervenções farmacêuticas em contextos com recursos limitados.

Os pacientes de tuberculose, sobretudo os moradores de rua, usuários de drogas,

portadores do HIV, semianalfabetos e à margem do acesso às políticas públicas representam hoje o funcionamento de um sistema excludente que escolhe quem deve viver e quem deve morrer, reforçando as ideias de biopoder já defendidas por Foucault (1979). Segundo ele, a prática dos estados modernos é a regulação dos que a ele estão sujeitos por meio de “uma explosão de técnicas numerosas e diversas para obter a subjugação dos corpos e o controle de populações” (p.22). O Estado, nova figura do soberano, substitui a ideia do Rei que “fazer morrer e deixar viver” pela noção de “fazer viver e deixar morrer” (p.23)

Como sublinha ainda Fassin (2010), existe uma política da compaixão que é, em primeiro lugar, uma política da desigualdade e, em segundo lugar, uma política de solidariedade: a relação humanitária é, portanto, profundamente assimétrica. A compaixão é dirigida de cima para baixo, dos que detêm o poder (ou o saber) para os vulneráveis, os marginais, os frágeis.

A construção social da tuberculose reflete formas de exclusão, muitas vezes mascaradas em filantropia. O modo pelo qual esta dinâmica se opera está relacionado com a dificuldade de convivência com o diferente, sobretudo o diferente atingido por algo que mobiliza os instintos sociais de segurança. Mas também o fato de gerar limitação na força produtiva é igualmente um elemento que corrobora no preconceito atribuído à doença, tornando o atingido pela tuberculose um ser improdutivo num mundo que cada vez mais valoriza a velocidade e a capacidade de produção. Este cenário emoldura qualquer ação de política pública e contribui diretamente para que uma doença com cura ainda não consiga ter ainda a resposta necessária.

Capítulo 2

Estratégia de Guerra, Filantropia Excludente e Doença de Pobre

*“Lutemos contra a Tuberculose. Apaguemos no Brasil esta mancha de Morte.”
(Cartaz da Inspetoria da Profilaxia da Tuberculose, RJ, 1920)*

O médico e sanitarista Oswaldo Cruz era um obstinado na “guerra” contra doenças que ameaçavam a saúde pública do Rio de Janeiro, então capital da República, no início do século XX. Foi sob seu comando que ações intensas foram implementadas para combater a febre amarela, a varíola e a peste bubônica. Atento à realidade da cidade que crescia, Oswaldo Cruz voltou seu olhar para a tuberculose cuja mortalidade lhe chamava a atenção e que no período, entre 1907 e 1910, vitimou mais pessoas do que a febre amarela (SANTANA, 2007). Como diretor geral de Saúde Pública, tentava convencer o presidente Afonso Pena da necessidade de investimentos em amplas medidas profiláticas no Regulamento Sanitário, principalmente voltadas para Instituições, Sanatórios e Hospitais. O primeiro passo seria a identificação de focos, o segundo a internação imediata dos sintomáticos e o terceiro - numa medida profética se compararmos a realidade do financiamento da saúde nos dias de hoje – a criação de um imposto, um seguro contra a tuberculose que todos os operários e empregados da indústria e comércio seriam obrigados a pagar. O presidente não considerou a alternativa apresentada como viável, pois não via o problema com a dimensão como lhe foi demonstrada, e o plano de Oswaldo Cruz acabou ficando na intenção e se tornou uma das causas de seu afastamento da diretoria.

Ao isolamento compulsório, a vacinação em massa foi acrescentada como tentativa de controle da proliferação de tuberculose, uma das primeiras ações

medicamentosas em larga escala no combate a uma doença. Em 1927 o médico baiano Arlindo Raymundo de Assis, um dos fundadores da Faculdade Fluminense de Medicina, introduziu a vacinação via oral, que foi utilizada no Brasil até o final de década de 1970, passando posteriormente à aplicação intradérmica. Em 1975 o então ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado, convenceu o presidente Ernesto Geisel a tornar obrigatória a vacinação em todas as crianças.

A fabricação da vacina era responsabilidade da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, fundada em 1900, que se transformou em fundação em 1939, adotando o nome de um dos seus expoentes, Ataulpho de Paiva. As primeiras instalações foram inauguradas em dezembro de 1930 e se tornou o principal fornecedor do medicamento ao Governo Federal – fornecendo a estes, três anos depois, mais de 20 mil doses anuais.

As Ligas se expandiram por vários estados do Brasil e em geral tinham a mesma constituição: eram políticos, intelectuais, juristas, nobres que se uniram em torno de uma causa. As alternativas de ação também eram basicamente as mesmas: oferecer locais de tratamento aos doentes - longe dos centros urbanos – e investir em ações de prevenção, sobretudo a alternativa da vacinação. No Rio de Janeiro, a cerimônia de fundação da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, com a nomeação do seu primeiro presidente – João Baptista dos Santos, Visconde de Ibituruna –, foi realizada no salão da Academia Nacional de Medicina, em sessão presidida pelo arcebispo do Rio de Janeiro, Dom Joaquim Arcoverde, e com a presença do presidente da República Campos Salles (NASCIMENTO, 2002).

Ataulpho Nápoles de Paiva, presidente perpétuo da Fundação que adotou seu nome, talvez seja a figura mais representativa desse período inicial de ativismo junto à causa da tuberculose. Advogado, juiz, desembargador, ministro do Supremo Tribunal

Federal, foi também ocupante da cadeira 25 da Academia Brasileira de Letras. Filantropo por temperamento e dono de uma vitalidade surpreendente (morreu com 88 anos), se envolveu com a causa da tuberculose em várias frentes, sendo uma delas a criação do Preventório Rainha Dona Amélia, na Ilha de Paquetá. O primeiro do seu tipo no Brasil, inaugurado em 1927, tinha como objetivo “isolar os filhos de portadores da tuberculose, crianças que não estavam doentes, mas viviam em más condições de higiene e desnutrição”⁴.

Para que o objetivo fosse alcançado, primeiro foram engendradas negociações para a compra de uma chácara de propriedade do médico gaúcho Gustavo Riedel - um dos precursores da psiquiatria brasileira. Os recursos para a compra do terreno e obras de adaptação vieram de uma doação da família real portuguesa e de um caixa formado por contribuições da elite do Rio de Janeiro, e assim a instituição se instalou numa área de mais de 56 mil metros quadrados, ocupando nobre espaço na então pouco habitada Ilha de Paquetá.

A administração do local ficou a cargo da Congregação das Irmãs de Caridade de Nossa Senhora das Mercês, com sede na Espanha, onde foi fundada no século XII. A mesma irmandade iria inaugurar um sanatório em Campos do Jordão (SP), quase vinte anos depois.

O tempo de internação das crianças era o tempo de sobrevida do pai ou da mãe doente. Mas a tuberculose, como doença insidiosa, crônica, pode fazer com que o doente tenha uma longa sobrevida. E, na maioria dos casos, assim aconteceu: as crianças entravam para o preventório com idade em torno de 2 anos e lá ficavam por 7 ou mesmo 10 anos, em geral, por óbito do familiar tuberculoso. (NASCIMENTO, 2008 p. 153).

Maria Amélia Luísa Helena de Orleães, a última rainha de Portugal, foi a homenageada dando nome à pioneira instituição. Esposa de Carlos I, assassinado em 1908, acabou exilada em Londres e Paris com a implantação da República Portuguesa em

⁴ <http://www.bcgfap.com.br/web/preventorio/> Acessado em 21/09/2015

1910. Uma de suas iniciativas na corte portuguesa foi a criação da Assistência Nacional aos Tuberculosos, em 1899, que tinha entre os objetivos a criação de sanatórios distantes e de hospitais marítimos onde “se modificassem o organismo das crianças que mais tarde seriam as vítimas preferidas da doença.” (CARVALHO, 1928, p.12). A rainha exilada vivia em Versalhes quando intermediou a doação ao preventório brasileiro e até sua morte, em 1951 aos 88 anos, mantinha contato com Ataulpho de Paiva e outros membros diretivos da instituição.

Assim nasceu a primeira grande iniciativa brasileira de atendimento mais amplo aos doentes de tuberculose e suas famílias: juntando a elite econômica e política da capital da República, sob o patrocínio da nobreza portuguesa e com as bênçãos da Igreja Católica. Ergueu-se um grandioso espaço, em área isolada, para tratamento através de práticas saudáveis, ar puro e alimentação adequada. O Estado ficava à margem, financiando estes serviços, através de convênios, sem interferir diretamente em sua gestão.

As respostas do poder público vieram com a criação da Inspetoria de Profilaxia da TB (1920), o Serviço Nacional de Tuberculose (1940), e a da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (1946), que coordenaram políticas nacionais como a da quimioterapia, iniciada com a descoberta da estreptomicina, em 1944.

O início do século XX foi um marco na proliferação da tuberculose entre as populações mais pobres, que somente ganhou destaque na discussão na saúde pública do Brasil, de forma mais impactante, após o advento da epidemia da aids na década de 1980. Embora diferentes na forma de transmissão, no tratamento e no imaginário social, ambas as doenças tiveram como ponto em comum uma maior visibilidade de gestores e profissionais de saúde em detrimento à realidade dos pacientes. A mídia, como propulsora desse imaginário, colaborou para esse distanciamento e a criação de padrões de pessoas

atingidas. No caso da aids, foram as primeiras reportagens em jornais e revistas que, além de dar ao público as primeiras histórias dos doentes, ajudaram a ensaiar formas de se falar dela (DARDE, 2006). Em um momento em que poucos conheciam alguém com a doença, essas reportagens vieram apresentar a “cara” da aids. Marcadas pela forte presença dos discursos do campo da saúde (médicos, cientistas, entre outros) nos primeiros dez anos da epidemia, as notícias sobre a aids começaram a abordar temas como comportamento, sexo e sociedade a partir da década de 1990. No caso da tuberculose, não houve identificação que pudesse ganhar a alcunha de “cara da tuberculose”, permanecendo este paciente ainda no imaginário tanto no ponto de vista irreal (como um ser idílico, quase o ideal do amor romântico) ou do ponto de vista da pobreza, associada aos “excessos do álcool, das drogas e da vida promíscua.” (LINDNER, 2009, p 24).

Desde que a OMS declarou, em 1993, a TB em estado de emergência mundial, o Brasil sinalizou sua posição frente às novas perspectivas do problema com marcos pontuais, como o Plano Emergencial para Controle da Tuberculose, lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde. Foram eleitos 230 municípios prioritários que concentravam a maioria dos casos do país, segundo critérios epidemiológicos (incidência, mortalidade e associação com HIV) em combinação com dados operacionais do programa, como a taxa de abandono. Cada município elaborou um Plano de Ação, objeto de convênios celebrados com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que estabeleceu metas e uma dinâmica sistêmica de recursos financeiros para desenvolvimento de atividades. Estas compreendiam, entre outras, as de busca de casos, de tratamento, de informação, de educação e de comunicação, todas com metas específicas. As metas do Plano buscavam diagnosticar, no mínimo, 90% dos casos e curar, pelo menos, 85% dos casos diagnosticados.

Com a promulgação da nova Constituição do Brasil em 1988, e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, a participação comunitária no acompanhamento da saúde pública ganhou força e espaço em todos os segmentos. No âmbito da saúde foram criados os conselhos de saúde locais (em cada um dos 5565 municípios do país), estaduais (reunindo representações de cada um dos 27 estados) e nacional (mais amplo, que reúne representantes de entidades nacionais e do Ministério da Saúde). No entanto, além deste aspecto legal do acompanhamento das ações de saúde, se verificou a necessidade de criação de outros espaços, com missão consultiva, de apoio e colaborativa, reunindo entidades com atuação nas patologias específicas ou que tivessem alguma interface ou intenção de atuar nessas áreas.

Uma das primeiras iniciativas no campo da saúde pública foi a criação, dentro do Programa de Aids do Ministério da Saúde, de comissões e grupos de trabalho visando colaborar e opinar sobre a implementação de estratégias. Estes grupos têm caráter amplo e são formados por pesquisadores, agentes de governo, sociedade civil e outros setores. Inspirada neste modelo nasceu a ideia de formação de fórum que possibilitasse este mesmo intercâmbio e missão em relação à tuberculose, conservando as peculiaridades da patologia e da organização social ao seu redor. A ideia era formar um comitê de mobilização, nos moldes do que já existe para ações contra dengue e vacinação do idoso, de modo a obter o engajamento dos participantes nas suas respectivas áreas de atuação, os quais colaborariam na difusão de informações sobre a tuberculose, fazendo com que aumentasse a detecção de novos casos.

Por se constituir num problema de saúde pública, a tuberculose foi incluída na lista de prioridades do Ministério da Saúde, fortalecendo a atuação do Programa Nacional para atingir as metas globais de controle da endemia. Visando ampliar a atuação do

Programa Nacional de Controle da Tuberculose com a mobilização global em torno da luta contra tuberculose concretizada no movimento *Stop TB Partnership*, foi proposta a criação de uma rede de parceiros, para representar o controle social na luta contra a tuberculose. A iniciativa *Stop TB Partnership* é um movimento que conta com mais de 400 parceiros (organizações internacionais, países, doadores do setor público e privado, organizações não-governamentais e privadas) e tem como objetivo acelerar a ação social e política para deter a TB. Está sediada na OMS, uma das organizações líderes de seu conselho, que tem representação permanente e se constitui como referência para suas políticas. Tem, ainda, o Banco Mundial como parceiro.⁵

As discussões para a criação desse espaço aconteceram no ano de 2004, através de contatos entre os gestores federais e as representações da sociedade civil. O primeiro passo foi a troca de informações a respeito do formato dos fóruns nos diversos países em que a iniciativa está presente. Posteriormente foram identificados os potenciais parceiros a serem convidados, dentro da estrutura do governo federal, nos estados e municípios e da sociedade civil com atuação no tema. Após esse mapeamento identificaram-se outros segmentos que, apesar de não terem atuação direta com a causa da tuberculose, poderiam contribuir ou vir a incluir o tema em suas agendas. As entidades convidadas foram representadas por instituições governamentais, estados e municípios com alta carga da doença, organizações da sociedade civil, instituições religiosas, setor privado e empresarial, organizações de educação, comunicação e divulgação, associações técnico-científicas e agências internacionais, entre outras. Basicamente organizações de trabalhadores, de pesquisadores, agências internacionais de cooperação, entidades de classe e ligadas a algum segmento social. O STOP-TB/BRASIL foi lançado em 09 de

⁵ www.stoptb.org Acessado em 21/09/2015

novembro de 2004, e foi chamado de parceria brasileira contra a tuberculose, reunindo hoje mais de uma centena de membros.⁶

Nos últimos anos a visibilidade que a questão da tuberculose teve no Brasil foi a maior responsável para o aumento do engajamento de novos parceiros na luta pelo seu controle e tratamento oportuno. Há nitidamente um interesse maior das organizações que trabalham com aids em inserir a tuberculose na sua agenda e missão institucional. O envolvimento destes atores traz a qualidade de vida dos pacientes à discussão, juntando ações de controle da co-infecção TB/HIV. Um exemplo claro disso é a criação de Frentes Parlamentares em diversas cidades e estados, unindo as ações das duas patologias. As frentes reúnem parlamentares de diversos partidos políticos que discutem questões relacionadas ao tema, buscando principalmente colaborar no âmbito da criação de legislações específicas.

Além disso, se nota um interesse na causa da tuberculose por parte das organizações que trabalham com populações específicas com alta carga de TB, como índios, população prisional e pessoas em situação de rua e entidades que trabalham com usuários de drogas, em especial com ações de redução de danos. Ainda há um terceiro grupo que engloba pesquisadores e instituições acadêmicas e outros atores, como laboratórios farmacêuticos, que têm se aproximado da parceria brasileira com o intuito de compor a plenária trazendo pontos de vista diferentes e complementares. Destaque-se que a iniciativa de se construir um espaço assim com tantos atores diferenciados, com atuações em áreas diversas, é algo inédito no Brasil. Em geral, ocorrem reuniões desse tipo quando algum surto ou ação maior de saúde acontece, de forma a somar forças para buscar soluções naquele momento. No entanto, a construção de um espaço perene e contínuo, com discussões que juntem numa mesma mesa esses atores, é um exercício

⁶ www.parceriabrasileira.org.br Acessado em 21/09/2015

constante, cheio de embates e desafios.

Conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014)⁷, diariamente, em todo o mundo, cerca de cinco mil pessoas morreram em decorrência dessa enfermidade, dado referente a 2014. No Brasil foram quase 13 mortes por dia. Sendo estimados 9 milhões de novos casos de tuberculose em todo o mundo, sendo que 80% estão localizados em 22 países. No Brasil, no mesmo período, foram notificados 68 mil novos casos, com 4,6 mil mortes. O país ocupa a 16º posição entre os 22 de mais alta carga, e é o segundo em incidência na América Latina (o primeiro é o Peru). A tuberculose é a terceira causa de morte por doenças infecciosas e a 1º causa de morte entre pessoas que vivem com aids. Segundo o Ministério da Saúde, a incidência hoje ocupa a taxa de 33,8 casos para cada grupo de cem mil habitantes ⁸. Tal índice tem mantido discreta queda nos últimos dez anos.

Na divisão por gênero dos casos notificados, fica evidente a predominância da tuberculose em homens. O mesmo relatório aponta que 66,8% dos casos notificados em 2014 eram entre pessoas do sexo masculino e 33,2% em pessoas do sexo feminino. No quesito raça/cor, os dados mostram que em 62,4% dos casos novos de tuberculose no período, os indivíduos se declararam pretos ou pardos e em 35,6% se declararam brancos. Quando se analisam os dados de mortalidade, nota-se que o número de mortes por tuberculose entre pretos e pardos ocupou no período a maioria dos casos, 62%, contra 32% entre brancos.

O percentual de cura registrado ainda está abaixo do preconizado pela OMS. Pelo último relatório ele alcança 74% de cura contra 11,2% de abandono do tratamento. Já no

⁷ <http://www.who.int/topics/tuberculosis/en/> Acessado em 21/09/2015

⁸ www.saude.gov.br/tuberculose Acessado em 21/09/2015

estado de São Paulo, na população em geral, o índice de cura chega a mais de 80%, sendo o quarto estado do Brasil nesse quesito: já a capital do estado tem índice de cura pouco abaixo de 80%. A região sudeste é a maior em casos registrados no Brasil: 44,7% dos casos estão nessa região. Já a capital do estado está em oitavo lugar entre as demais capitais, com incidência acima de 60 casos por cem mil habitantes. Quase 12% dos casos novos em São Paulo são de co-infectados pelo HIV. São Paulo é o segundo estado em casos de tuberculose junto à população indígena.

Também fica evidenciado, nos dados, que o acesso à educação formal facilita a adesão e o desfecho de cura: pelos dados, os pacientes que possuem mais de oito anos de estudo têm 81,9% de cura no total de casos, enquanto entre os analfabetos este índice cai para 67,4%.

Quase um terço dos casos novos no Brasil (31,8%) é administrado por Tratamento Diretamente Observado (TDO) que, segundo o mesmo relatório, resulta em 73% de cura, acima do percentual quando não utilizado o TDO (69%). A estratégia denominada DOTS, sigla em inglês para *Directly Observed Therapy*, incorpora diversas ações para que os remédios prescritos sejam ingeridos diariamente, entre eles a observação “in loco” da ingestão desses medicamentos. Posteriormente, de acordo com as condições locais, transformou-se essa disposição da Organização Mundial de Saúde (OMS) em estratégia DOTS, que deveria ser adaptada a cada condição local. A experiência com DOTS em Nova York, de 1992 a 1995, mostrou substancial melhora no programa local de controle da tuberculose, reduzindo a incidência de casos novos em 35% e a incidência de casos de tuberculose multirresistente em 75%. A estratégia DOTS no Brasil iniciou-se em 1998 e os resultados não têm demonstrado ainda o sucesso esperado, visto que os índices de abandono continuam os mesmos há uma década, mesmo com a mortalidade caindo. Da

mesma forma, a taxa de cura de pacientes que completam o tratamento tem se mantido estável sem qualquer incremento considerável. No caso da tuberculose, os medicamentos mais utilizados foram descobertos há muitos anos: Pirazinamida (1945), Isoniazida (1952), Rifampicina (1957) e Etambutol (1960). Somente com o crescimento da Tuberculose Multi Resistente (MDR), o *Food and Drug Administration* (FDA) aprovou em janeiro de 2013 um novo medicamento (ADORNO, 2011).

Duas pesquisas realizadas em 2010 confirmaram a falta de informações do público sobre a tuberculose. Uma delas foi financiada pelo projeto brasileiro do Fundo Global para Aids, Tuberculose e Malária e realizada pelo Núcleo de Pesquisas da Universidade Federal Fluminense (DataUFF). Foram entrevistadas 3369 pessoas de 53 municípios, entre janeiro e fevereiro de 2010. Os resultados mostraram que 34,3% dos entrevistados acreditam que a separação de copos, pratos e talheres é uma das reações principais que o entorno do paciente tem após o diagnóstico e 52,6% acreditam que o internamento é necessário para o tratamento.⁹ Revelou-se ainda que 66% dos pesquisados nunca tiveram ou conhecem alguém que tenha tuberculose e 88% acreditam que a doença tem cura. Já a pesquisa promovida pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) entrevistou 2242 pessoas em 143 municípios e demonstrou que 58% dos entrevistados acreditam que a doença pode ser transmitida ou agravada pelo fumo e 18% acreditam que a doença seja hereditária.¹⁰

⁹ www.fundoglobaltb.org.br Acessado em 21/09/2015

¹⁰ www.sbpt.org.br Acessado em 21/09/2015

São Paulo e o isolamento como opção de tratamento

O estado de São Paulo historicamente abrigou instituições de saúde que tinham como principal característica o isolamento social: grandes casas que durante décadas recebiam não apenas pessoas adoentadas, mas indivíduos cuja presença nas famílias, nas ruas e na sociedade não era bem-vinda. Desde o final do século XIX se observa esse movimento com a fundação do Asilo dos Alienados do Juqueri, inaugurado em 1898, sob a administração do médico psiquiatra Francisco Franco da Rocha. No auge de sua lotação, na década de 1970, o local foi moradia de mais de nove mil pessoas. Conforme Pizzolato (2008, p.22), “a proposta terapêutica então aceita privilegia o afastamento do doente do seu meio original e proporciona um novo ambiente – este totalmente higienizado, permitindo uma saúde física e mental para a recuperação dos valores morais perdidos.”

A mesma forma foi utilizada no tratamento da hanseníase, com a criação de diversas unidades de isolamento no estado. Uma das maiores foi o Leprosário Pirapitingui, fundado em 1931 entre Itu e Sorocaba, a pouco mais de cem quilômetros de São Paulo. Destinado a abrigar doentes de hanseníase¹¹, teve seu ponto de maior frequência entre as décadas de 1940 e 1960, quando abrigou cerca de 800 moradores, e se constituiu numa verdadeira cidade, tendo policiamento próprio, diversas igrejas, mercado, salão de baile e outros pontos comuns a qualquer cidade do interior paulista. Isolados do resto do mundo, criaram alternativas de vida e resistência à exclusão que sentiam. Novamente o controle sobre os corpos adoentados se apresentava como uma alternativa prioritária. “A solução para conter a hanseníase apresenta-se então mais como uma questão social do que de saúde, visto que a terapêutica cedia espaço para o controle do doente.” (COSTA, 2008, p.30).

¹¹ O nome “lepra” foi substituído por hanseníase somente em 1995, com a Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995. No entanto, desde a publicação da Portaria nº 165, de 14/05/1976, do Ministério da Saúde, estava proibido o uso do termo “lepra” e seus derivados nos documentos oficiais do órgão.

Tronca (2000), que estudou as representações sobre a lepra a partir do século XIX e sobre a aids no final do século XX, destaca a questão do imaginário social entendendo-o como "aquela dimensão que dá à funcionalidade de cada sistema institucional sua orientação específica, que sobre determina a escolha e as conexões das redes simbólicas, criação de cada época histórica" (p. 55). Para ele, as duas doenças separadas por séculos demonstram como o medo do estranho e o isolamento como alternativa surgem como formas de respostas sociais.

Este diapasão histórico também atingiu a tuberculose, com a criação e fomento de sanatórios e hospitais de internação de longo prazo em todo o estado. A ideia de recolhimento em lugar distante em busca de “novos ares” povoou o imaginário no interior paulista desde a segunda metade do século XIX. Nesta busca por alternativas de cura e purificação, surge a região serrana de Campos do Jordão como principal polo de tratamento aos que sofriam de doenças respiratórias. Em 1874, Matheus da Costa Pinto, nascido português e estabelecido como fazendeiro na região, levantou na Serra da Mantiqueira na margem do Rio Imbiri, uma capela dedicada a São Matheus, e ali também instalou uma pensão para “respirantes”, abrindo um período denominado de ciclo da cura (PAULO FILHO, 1986), um tempo de mais de 80 anos que foi até meados da década de 1960, quando a popularização dos medicamentos desobrigou à internação compulsória dos pacientes.

O médico Domingos Jaguaribe foi um dos primeiros que contribuíram para o desenvolvimento de Campos do Jordão como local de cura e a propagar o clima da região como propício à recuperação de doentes. Na década de 1940, Campos do Jordão chegou a possuir 14 sanatórios privados e dezenas de pensões exclusivas para doentes. Boa parte dos sanatórios era ligada a missões filantrópicas que cobravam dos que podiam pagar;

assim, muitos tuberculosos que não tinham dinheiro para se tratar ficavam sem tratamento, pois a luta por um leito em sanatório era difícil.

A inspiração maior para a consolidação da ideia de sanatórios como medida de saúde pública veio do médico Emílio Ribas, diretor do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, entre 1896 e 1917, e foi decisivo para a consolidação do ciclo da cura em Campos do Jordão. Após uma viagem à Europa em 1908, para estudar a profilaxia da tuberculose, ele recomendou a instalação de um sanatório especializado, não apenas por causa do clima propício, mas para afastar os enfermos dos grandes centros urbanos e reduzir a propagação da doença. Para isso chamou o médico fluminense Clemente Ferreira, que se empenhou na ideia de criação de centros de tratamento da tuberculose, inaugurando um dispensário na capital paulista em 1913, na Rua da Consolação - onde funciona ainda hoje, com o nome de Instituto Clemente Ferreira. O local estava impedido de abrigar os doentes, mas podia recebê-los, tratá-los e orientá-los, e com a ajuda da Liga Paulista, que auxiliava na captação de recursos para a aquisição de mantimentos e o pagamento do aluguel.

Nesse período cresciam as discussões internacionais sobre este modelo como forma de controle da tuberculose. Diversos países como a Suíça, Alemanha, Itália, França e Inglaterra já possuíam dezenas deles. Os higienistas acompanhavam as discussões em escala global e em São Paulo, as mobilizações dos interessados eram incansáveis, o que durou até meados da década de 1920, até que o Estado efetivamente consegue contribuir para a realização desses espaços, mesmo de forma tímida.

O efetivo apoio só viria com a intermediação de Leonor Mendes de Barros, esposa de Adhemar Pereira de Barros, influente político por três décadas que foi governador de São Paulo por dois mandatos. Acometida de tuberculose, ela buscou nos alpes europeus a

oportunidade de recuperação da saúde e, retornando ao Brasil, transformou a causa em sua bandeira e iniciou diversas tratativas nesse sentido. A primeira delas foi a fundação da Bandeira Paulista contra a Tuberculose em 1947 e no mesmo ano o abrigo que levava seu nome, transformado em Hospital em 1975 graças à doação de um amplo terreno do Conde Francisco Matarazzo Júnior e à mobilização de recursos da elite política e econômica paulista. Após a morte de sua fundadora, em 1992, o hospital foi dirigido por seus filhos, Maria Barros de Figueiredo Ferraz e Adhemar de Barros Filho, atualizando-o em seu aspecto gerencial e tecnológico. Em 2004, o Hospital Leonor Mendes de Barros foi doado em comodato ao Governo do Estado de São Paulo, que passou sua administração à Sociedade Beneficente São Camilo.¹²

Nestes últimos anos o perfil dos pacientes se alterou radicalmente. O crescimento dos casos de aids no estado, aliado ao aumento no uso de álcool e outras drogas, em especial o crack, influenciou em maiores índices de tuberculose entre populações mais empobrecidas, moradoras das periferias de regiões urbanas, das comunidades distantes da ação do estado e – principalmente - das pessoas em situação de rua. Outro fenômeno recente é o aparecimento de tipos de tuberculose resistente e multiresistente entre essa população.¹³ A não adesão aos medicamentos até o final do tratamento, após melhora nos aspectos de saúde após as duas semanas de seu início em média, implica, às vezes, em reincidência da infecção. Os organismos combatidos que tornam a desenvolver a tuberculose, após o abandono de um tratamento, passam a ser cuidados com medicamentos mais potentes, com maior possibilidade de efeitos colaterais além de

¹² <http://www.guiadecamposdojardao.com.br/campos-do-jardao-noticias/hospital-sao-camilo-inaugurou-departamento-de-reabilitacao-psicossocial-4163.html> Acessado em 01/10/2015

¹³ MDR-TB é uma infecção micobacteriana, de quem desenvolve resistência a duas drogas de primeira linha isonizida e rifampicina. XDR-TB é uma variação de tuberculose resistente à maior parte dos antibióticos conhecidos e que mata aproximadamente metade das pessoas infectadas pela bactéria super-resistente. Acredita-se que para curar uma pessoa infectada com a bactéria, seriam necessários entre 12 e 18 meses e os custos do tratamento são muito altos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, estima que haja, no ano de 2008, cerca de 9 milhões de casos de tuberculose no mundo, sendo 2% deles do tipo super-resistente a antibióticos. Fonte- http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S0103-460X1999000100006&script=sci_arttext Acessado em 17/11/2015.

exigirem mais cuidados de isolamento, num primeiro período, e de terem custos mais elevados onerando mais os recursos da gestão de saúde.

A internação hoje envolve questões mais sociais, permitindo a pessoa em situação de rua oportunidades de alimentação, repouso e cuidados de higiene que têm reflexo no seu processo de tratamento e cura. Diferente da internação compulsória dos sanatórios, o objetivo principal da reclusão hoje é possibilitar ao paciente uma oportunidade de recuperação com cuidados mais intensos e presentes. Aspectos como a falta de vínculos familiares, baixa capacidade nutricional, presença de doenças e outros aspectos acabam pesando na decisão da oferta de internação, fato mediado pela área de assistência social tanto quanto pela área de saúde.

Capítulo 3

Na rua e entre os muros: dois lados de uma realidade

“Estes são protetores dos malucos”

(Diário de Campo 8 - 07.01.2015 – Região Luz)

O atendimento de tuberculose a pessoas em situação de rua no município de São Paulo se dá basicamente de duas formas: através de atendimento dos Consultórios na Rua (CR) e, quando necessário, por meio de internação no Hospital Leonor de Barros, em Campos do Jordão. Existem outras formas do paciente receber tratamento (via postos de saúde, emergências, encaminhamentos de outros equipamentos, outros hospitais menores etc), mas optamos por nos deter nestas duas principais “portas de entrada” por receberem a maior parte desta demanda e serem mais representativas do atendimento oferecido.

Consideramos como vivendo em situação de rua as pessoas provenientes, em sua maioria, dos segmentos populares, em situação de extrema exclusão social e vulnerabilidade, que fizeram da rua sua casa ou uma extensão dela.

Na rua, essas pessoas desenvolvem suas relações e proveem de diversas maneiras o seu sustento e dimensão de cidadania. (BRASIL, 2011). A FIPE (2010) define População de Rua como

Segmento de baixíssima renda que, por contingência temporária ou de forma permanente, pernoita nos logradouros da cidade – praças, calçadas, marquises, jardins, baixos de viaduto, em locais abandonados, terrenos baldios, mocós, cemitérios e carcaças de veículos. Ou também aqueles que pernoitam em albergues públicos ou de organizações sociais (p.7).

Em 2 de julho de 2012, a Portaria GM 1356/2012, do Ministério da Saúde, credenciou o município de São Paulo a receber o incentivo para a criação de 10 equipes de Consultório de Rua (ECR). Na ocasião da pesquisa de campo existiam em São Paulo 16 Consultórios de Rua, que somavam perto de 200 profissionais.

Todos eram considerados de categoria III, ou seja, tinham equipe completa composta por médico (um ou dois), enfermeiro, psicólogo, assistente social, auxiliar técnico de enfermagem (um ou dois) e seis agentes comunitários de saúde. Nem todas as equipes estavam com o quadro completo, algumas vagas aguardavam processo de contratação ou renovação de contrato.

A gestão desses profissionais é feita por duas Organizações Sociais (OS) que conveniadas com a Prefeitura Municipal de São Paulo são responsáveis por essa prestação de serviço. Chamadas de “parceiras”, as OS selecionam, treinam, supervisionam e administram esse atendimento, cada uma com suas peculiaridades.

A Associação Saúde da Família (ASF) é responsável pelos CRs da região central da cidade, tendo duas equipes na UBS República, duas na UBS Sé, uma na UBS Campos Elíseos e quatro na UBS Santa Cecília. Até o mês de agosto de 2014 se contava com duas equipes de Consultório na Rua em Santa Cecília; a partir de setembro daquele ano uma das equipes foi transferida para Santana, para a unidade Joaquim A. Eirado a fim de colaborar com a Secretaria de Saúde na expansão do programa “São Paulo de Braços Abertos”.¹⁴

Nessa região se encontram os maiores pontos com pessoas em situação de rua, que ganham visibilidade tanto por estarem numa região central onde circulam milhões de

¹⁴ O programa "De Braços Abertos" foi implementado pela Prefeitura de São Paulo na região da Luz, no centro da capital, em janeiro de 2014, que acompanha os usuários de drogas na região. O programa tem 453 beneficiários cadastrados e soma mais de 54 mil atendimentos de saúde realizados, além de 599 atendimentos odontológicos. São 21 beneficiários já em processo de autonomia e trabalhando fora do programa, com outros 321 nas frentes de trabalho de varrição de ruas e limpeza de praças. Ver mais em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=165047>

peças por dia, quanto pela presença constante nos veículos de comunicação. A ASF foi criada em 1992, atendendo à proposta da *Family Health International*, para desenvolver projetos de prevenção e controle da aids no Brasil com recursos doados pela Agência Norte Americana para o Desenvolvimento Internacional.¹⁵

Em 2001 a ASF alterou seu estatuto para incluir ações mais amplas de Saúde Pública. Neste mesmo ano, assinou convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para implantação do Programa Saúde da Família em treze Unidades Básicas de Saúde. Três anos depois, assinou convênio para a implantação do Serviço de Residência Terapêutica (SRT). Em julho de 2012, a Associação Saúde da Família, parceira da Secretaria Municipal de Saúde, cadastrou oito Equipes de Consultório na Rua. Em outubro de 2012, o Projeto Centro Legal¹⁶, que atuava no mesmo território, foi incorporado à Estratégia Consultório na Rua.

Segundo o Relatório de Atividades da ASF em 2014 foram cadastradas nesse período 38.500 pessoas, distribuídas nos seguintes Consultórios na Rua:

Tabela 01: número de pessoas atendidas em cada Consultório na Rua

Pessoas cadastradas mês

Pessoas Cadastradas	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	TOTAL
República	1.106	1.312	1.572	1.572	1.477	453	355	547	586	1.280	1.044	1.619	12.923
Sé	529	501	800	927	961	1.027	1.080	1.139	1.129	1.523	1.594	1.252	11.662
Santa Cecília	1.420	2.084	1.540	1.697	1.682	1.196	1.018	1.071	1.012	349	332	514	13.915
Santana	-	-	-	-	-	-	-	-	203	217	278	375	1.073
TOTAL	3.055	3.897	3.112	4.196	4.120	2.676	2.453	2.757	2.930	3.152	2.970	3.385	38.500

OBS: Em setembro de 2014 começou a operar a equipe de consultório na rua de Santana, dentro do Programa Braços Abertos.

Fonte: Relatório Anual de Atividades Associação Saúde da Família - <http://www.saudedafamilia.org/>

A outra OS com trabalho direcionado à população de rua é o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto, conhecido como BomPar. Ligada à Pastoral do Menor, foi fundado em 1946, quando um grupo de senhoras católicas que frequentavam a Igreja

¹⁵ <http://www.saudedafamilia.org/> acessado em 10/10/2015

¹⁶ O Projeto Ação Integrada - Centro Legal foi uma iniciativa da Prefeitura Municipal de São Paulo entre 2009 e 2011 que visava principalmente um atendimento amplo as pessoas em situação de rua.

Nossa Senhora do Bom Parto, no Tatuapé – bairro da Zona Leste de São Paulo -, decidiu se unir para desenvolver ações com foco na assistência a jovens da região, motivado pelo Bispo Dom Luciano Mendes de Almeida, um dos maiores incentivadores dessa Pastoral no Brasil.

Administra a “Morada São Martinho”, no bairro do Belenzinho, que conta com 46 vagas de albergagem e um Centro de Convivência no mesmo espaço, recebendo diariamente cerca de 500 pessoas maiores de 18 anos.¹⁷ Além disto, administra 19 Creches; 20 Centros Educacionais Comunitários – CECs; quatro cursos de Qualificação Profissional; sete Serviços de Acolhimento Institucional; um Núcleo de Convivência para idosos Santa Vincenza Geroza, e um programa de acolhimento às famílias, o Família em Foco – Espaço Dom Luciano Mendes de Almeida.

O Programa “A Gente na Rua”, parceria do BomPar com a Secretaria Municipal de Saúde, teve início no Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua, em agosto de 2005. Seu principal diferencial é ter como Agentes Comunitários de Saúde de Rua pessoas que estão ou que já viveram em situação de rua, atuando nas regiões Sudeste e Centro-Oeste da capital paulista. Sob a responsabilidade do BomPar estão as ECR: Lapa, Pari, Brás, Belém, Barra Funda, Magaldi, N. Sra do Brasil e Mooca.

O Censo da População em Situação de Rua na Municipalidade de São Paulo (2011)¹⁸ apontou um total de 14.478 pessoas nessa situação, sendo 6.765 em situação de rua e 7.713 em centros de acolhida da capital. Desses, a maior parte vivendo na região central da cidade e distribuindo-se em outros distritos conforme tabela abaixo.

¹⁷ <http://bompar.org.br/> Acessado em 10/10/2015

¹⁸ http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/censo_1338734359.pdf Acessado em 22/10/2015.

Tabela 02: pessoas em situação de rua por distrito na cidade de São Paulo

Distrito	Indivíduos	%
Santa Cecília	1.197	27,7%
Sé	1.171	27,1%
República	719	16,6%
Brás	495	11,5%
Bom Retiro	197	4,6%
Consolação	159	3,7%
Bela Vista	135	3,1%
Liberdade	92	2,1%
Cambuci	77	1,8%
Pari	77	1,8%
Total	4.319	100,0%

Fonte: Censo da População em Situação de Rua na Municipalidade de São Paulo (2011)

O tratamento da tuberculose junto a esta população se pauta no preconizado pelo Ministério da Saúde (2011) que determina a realização de exames em “todos os que apresentem tosse, independentemente do tempo” (p.153) e o oferecimento do Tratamento Diretamente Observado por meio dos ACS.

Segundo o Ministério da Saúde (MS):

É desejável que a tomada observada seja diária, de segunda a sexta-feira. No entanto, se para o doente a opção de três vezes por semana for a única possível, deve ser exaustivamente a ele explicada a necessidade da tomada diária, incluindo os dias em que o tratamento não será observado. O uso de incentivos (lanche, auxílio alimentação e outros) e facilitadores (vale-transporte) está recomendado como motivação para o TODO. (BRASIL, 2010; p21)

No entanto, se destaca o observado por Bertolozzi (2005) embora seja uma estratégia importante, o TDO não é suficiente para garantir a adesão ao tratamento. Outros aspectos como alimentação equilibrada, oportunidade de abrigo ou pernoite, acompanhamento psicológico e social e possibilidade de sociabilidade adequada ao estilo de vida dos pacientes também resultam em maior adesão ao tratamento.

Para a Organização Mundial de Saúde, o conceito de adesão refere-se a

um processo dinâmico, multifatorial, que envolve aspectos comportamentais, psíquicos e sociais e que requer decisões compartilhadas e corresponsabilidades entre usuário do serviço, a equipe de saúde e a rede social de apoio e com abordagem que atenda às singularidades socioculturais e subjetivas, objetivando uma melhor qualidade de vida das pessoas (WHO, 2003, p.12).

Varanda e Adorno (2004) afirmam que “o enquadre institucional medicalizante e hegemônico na área dos serviços de saúde interfere nas categorizações da população de acordo com o uso de drogas ou sua forma de comportamento como “problema” de natureza mental ou psiquiátrica (p.17).

Coletes Azuis

Identificados por coletes azuis onde constam o logo da Prefeitura de São Paulo e o da organização social contratante, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são a linha de frente do trabalho. A rotina inicia sempre na parte da manhã com preenchimento de formulários, troca de informações e semanalmente uma reunião de equipe que avalia o andamento do trabalho na semana. Finda essa parte burocrática inicia-se o movimento: em duplas ou trios eles saem em direção aos equipamentos de assistência social, as ruas, becos, praças, elevados e outros lugares onde vivem pessoas sem domicílio fixo. Na medida em que caminham pelo território, dividido em micro áreas, os ACS vão conversando com esta população, a grande maioria já os conhece pelo nome. Em geral são revisadas demandas já iniciadas como consultas agendadas, resultados de exames, demandas sociais e administração de medicamentos, em especial da tuberculose.

Em geral o procedimento para diagnóstico é padrão. Verificando-se tosse, se inicia uma conversa breve e se oferece a coleta do escarro para exame. Usando pote coletor o

Agente Comunitário de Saúde pede para o paciente cuspir no recipiente; o material é então levado à Unidade de Saúde, que o encaminha ao laboratório de referência – de onde o exame será remetido com mais brevidade caso seja positivo. Nesse caso, depois do aviso imediato à Equipe do Consultório na Rua, se localiza o paciente e este é “convocado” à presença do enfermeiro da equipe, que lhe dá o resultado; imediatamente se inicia o tratamento.

Seguindo o preconizado pelo MS, os pacientes são tratados com um esquema de antibióticos por no mínimo seis meses. O principal esquema é o chamado RIPE - Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida e Etambutol, na chamada fase intensa de tratamento, por dois meses, seguida por mais quatro meses na fase de manutenção com Rifampicina e Isoniazida. São entre quatro e dois comprimidos de ingestão diária que passa a ser efetuada na frente do ACS ou de outro profissional da equipe, durante os dias úteis de semana. Aos sábados e domingos, em geral, a quantidade de medicamento é deixada à disposição nos equipamentos onde os pacientes estão alojados; caso não estejam em situação de alojamento, ficam de posse da medicação para ingestão individual.

Na busca da adesão ao tratamento, a estratégia de fornecimento dos medicamentos de forma supervisionada se destaca como alternativa embora

implique no desenvolvimento de estratégias de aproximação ou “sensibilização” desses grupos, de modo a que técnicos ou auxiliares dos serviços de saúde possam ter a comprovação de que os indivíduos tomaram os medicamentos exatamente como determina a prescrição médica (ADORNO, 2011 p. 16).

Os efeitos colaterais do uso da medicação (enjoo, vômitos, dores de cabeça etc), em geral, são sentidos de forma mais intensa nas primeiras semanas. Passados poucos meses de tratamento, os sintomas da tuberculose baixam sua intensidade. Febre, tosse,

suores noturnos e outros deixam de ser sentidos de forma intensa, mas o tratamento deve ser continuado até o final sob pena de recaída ou resistência.

Reside nesse ponto uma das maiores dificuldades de se alcançar o processo de cura entre essa população. Diversos estudos levantam premissas sobre fatores que contribuem para a não adesão. Para Vieira e Ribeiro (2011, p. 7): “A adesão ao tratamento da TB é difícil de prever, mas pacientes com abandonos prévios, com problemas com alcoolismo, abuso de drogas ou problemas mentais, assim como moradores de rua ou pacientes HIV positivos, são habitualmente não aderentes.” Já Souza (2010, p.32) aponta a necessidade de “um olhar sob um prisma multifatorial ou multidimensional”, pois “a relação da doença com as condições de vida, são muito mais desafios e limites do que potencialidades em relação à adesão da população em situação de rua à estratégia de TDO.” Evidenciam-se, nesses dois exemplos, dois pontos de vista diferentes sobre o processo de adesão e cura que influenciam diretamente o entendimento do profissional de saúde, mediador fundamental nesse processo. A mera administração dos medicamentos não garante um processo de cura total do mal que atinge o paciente e a tentativa de reduzir apenas a este ponto é limitadora. Conforme aponta Foucault (1979), trata-se de uma forma de reduzir um problema social complexo a um diagnóstico clínico.

Os ACS parecem ser os profissionais com maior proximidade e vínculo com essa população. Como vários já passaram pela experiência de vida na rua, os códigos, linguagens e cenários são conhecidos e a comunicação parece se estabelecer de forma mais direta. O reconhecimento a essa dedicação acaba surgindo: em várias oportunidades do trabalho em campo se identificou a forma pela qual os ACS eram vistos pelas pessoas acessadas. Caminhando pela frente do Terminal Princesa Isabel na

continuação da Alameda Gleite, no centro de São Paulo, notava-se pessoas dormindo junto à grade, algumas barracas, um morador de rua cadeirante e muita sujeira. Três homens vêm no sentido contrário ao nosso, de longe identificam os agentes e os cumprimentam: um deles sorri e fala enrolado “*Estes são protetores dos malucos*”, e segue trôpego seu caminho.

Também se observou durante o campo a existência de um ponto particular onde o livre arbítrio e a autonomia do paciente acaba por moldar a forma de tratamento que lhe é mais adequada. Mesmo submetido à rotina dos medicamentos e à insistência constante do profissional de saúde, que o assiste para a adesão completa e algumas mudanças de hábitos, o paciente administra sua vida de acordo com sua noção de “estar bem” ou “estar mal”, assumindo, em alguns momentos, um papel cordato às prescrições e orientações, mas ao final decidindo em cima de critérios pessoais e pragmáticos, conforme veremos mais adiante.

Entre Muros

Quando o tratamento não tem continuidade ou a situação de vulnerabilidade social do paciente é grave, a alternativa sugerida é a internação. Após contatos entre as áreas de Saúde e Assistência Social e verificada a disponibilidade de leito no hospital de referência, o paciente é conduzido em veículo da Secretaria Municipal de Saúde para Campos do Jordão, a 173 quilômetros da capital paulista. Uma nova realidade é apresentada ao paciente e ela interage diretamente com o estilo de vida que a maioria vinha tendo até o momento.

No local vivem pouco mais de uma centena de homens, a grande maioria oriunda de situação de rua e usuária de álcool e/ou outras drogas. Se a realidade dos equipamentos

de rua é terrível pela sujeira, insalubridade, falta de oportunidades de lazer e de “ambiente propício para a cura”, neste hospital o que se apresenta é justamente o contrário. O ambiente hospitalar é amplo, limpo, arejado, claro. As refeições são de qualidade, as ofertas de atividades são presentes, o acompanhamento médico é feito com rotina, bem como a oferta de dentistas, fisioterapeutas e oportunidades de participarem de celebrações religiosas e aulas de reforço de disciplinas básicas como matemática e português. A participação em qualquer atividade é voluntária, mas chama a atenção a presença desta última atividade envolvendo classes duas vezes por semana de disciplinas básicas do ensino fundamental. Parece haver uma tentativa de ocupação do tempo ocioso do paciente, aliado a intenção de capacitá-lo para uma vida fora da internação que leve em conta os conhecimentos transmitidos, revividos e testados. A procura, embora pequena se considerarmos o número de internos, parece ser entusiasmada com participação ativa dos alunos e acompanhamento próximo da professora.

A princípio essa “troca” parece ser positiva ao paciente, mas o que se esconde numa primeira vista são alguns elementos que vão se revelando quando se investiga mais a fundo o ambiente e o cotidiano vivido. Mesmo diante de tanta assistência e cuidado, a liberdade dos que vivem sem limites nas ruas é drasticamente afetada, passando a obedecer a rotinas e regras, e confinados num local cercado por câmeras, vigiado por seguranças uniformizados e rodeado por um muro de três metros de altura.

O Hospital Camiliano Leonor Mendes de Barros fica à esquerda, numa parte alta da Vila Matilde, em Campos do Jordão, sua fachada se vê ao longe, com arquitetura peculiar com longos corredores, grandes janelas distribuídas, paredes brancas limpas, semelhante a um hotel. Chama a atenção que nos corredores do hospital existam placas de bronze batizando cada ala com o nome de uma personalidade paulista, em geral

empresários, banqueiros ou políticos. A família Barros, fundadora e proprietária do imóvel, arrecadava doações de seus amigos para a manutenção e ampliação do hospital e homenageava estes generosos colaboradores com essas placas. Encontram-se lá, por exemplo, a “Ala Paulo Salim Maluf”, “Pavimento Condessa Mariângela Matarazzo”, “Ala Laudo Natel”, “Via Reinaldo de Barros” e outros.

Além do básico de um hospital: ambulatório, farmácia, expurgo etc., existem salas de atividades utilizadas para grupos de arte terapia, salas de aula e outras atividades. Aos domingos três igrejas evangélicas realizam cultos e nas sextas uma missa é celebrada na capela, onde também nas quartas-feiras é rezado o terço. Num grande corredor com 21 quartos estão internados os pacientes em tratamento primário. Cada quarto tem de dois a três pacientes, todos no mesmo desenho: cama de solteiro, banheiro, armário grande que ocupa toda uma parede e uma pequena sacada.

No pátio há uma mesa de sinuca, espaço onde jogam também dominó e fumam cigarro. Há ainda sala de fisioterapia e de exames e num outro andar fica a capela. Uma porta de madeira trabalhada se abre e é possível ver vários bancos com assento estofado, um crucifixo central, um sacrário à esquerda igualmente trabalhado, imagens de vários santos e afixadas nas paredes fotos dos internos em primeira comunhão, batizados ou participando das cerimônias.

Na parede esquerda ao lado do altar há uma imagem de Nossa Senhora pintada com esmero e na mesma parede, logo que se passa a porta principal, uma pintura a óleo do casal Adhemar e Leonor de Barros, em tamanho natural. Ele está usando casaco sobretudo escuro, cachecol e gravata vermelha e entre o indicador e o dedo médio da mão direita uma discreta bituca de cigarro, ela de casaco de pele, salto alto e bolsa, ao fundo algo como uma montanha, talvez alpina, e os dois, sérios, olham fixamente para frente.

Figura 03: retrato a óleo de Adhemar e Leonor de Barros

Fonte: Foto tirada na Capela do Hospital Leonor de Barros em Campos do Jordão (2015)

A ala de isolamento, chamada Bloco A, é onde ficam alguns pacientes de tuberculose muito resistente. Para entrar lá é preciso usar uma máscara. O tempo médio de internação é de três meses. Dividido em três partes, o setor tem no centro uma sala, em estilo aquário, com enfermeiros, um consultório e outros cômodos. À esquerda, seis quartos abrigam pacientes acamados ou resistentes. São pessoas muito magras, que em geral ficam deitadas, poucos andam pelo corredor. No outro extremo, separados por uma porta de vidro, estão os pacientes multirresistentes que já passaram por vários esquemas de tratamento. São em número menor em relação aos outros grupos, alguns ficam sozinhos nos quartos.

Liberdade, saúde, escolhas e alternativas

O ato de abandonar casa e laços familiares e se aventurar num mundo desconhecido possui várias motivações, como o rompimento com uma situação limite, a desistência de um padrão de vida ou a busca de alternativas de existência diferentes das formalizadas. O “sair para o mundo acaba por perpetuar-se como uma relação de permanente transitoriedade, fazendo com que suas vidas recomecem de um novo ponto de partida” (NASSER, 2000 p.38). A rua é espaço de limitações, mas também campo de novas sociabilidades de liberdades, principalmente para uso de álcool e outras drogas sem as censuras oriundas do núcleo familiar ou entorno. Quando, no entanto, os aspectos da saúde começam a apresentar problemas, a necessidade de cuidados implica em abrir mão de uma parte da liberdade. É preciso disciplina para tomar o medicamento diariamente, para buscar uma alimentação mais nutritiva, para ampliar a ingestão de água, para dormir de forma mais adequada e - talvez o ponto mais complexo - diminuir ou abandonar totalmente o uso de álcool e outras drogas. Estas orientações, muitas vezes mandatórias, acabam reproduzindo os mesmos fatos que levaram as pessoas em situação de rua a abandonar suas casas, e o dilema de ter que optar entre ações de recuperação de sua saúde e a continuidade da vida liberta cria uma encruzilhada.

Conforme Gil Medeiros (2013, p. 96),

No vasto campo que, na saúde pública chamamos de álcool e outras drogas, seja diante do desafio de uma educação sobre drogas, ou do desafio da formação ou qualificação profissional, há olhares que transcendem aos ditos sujeitos e objetos – e, então, de um processo construtor de sujeitos sociais que constrói igualmente a trabalhadores e a usuários dos serviços de saúde.

O próprio sistema organizador das ações de saúde para pacientes de tuberculose já reconhece em duas diretrizes essa dificuldade de limitação dos serviços neste atendimento, principalmente quando explicita que

é importante levar em conta que as regras rígidas estabelecidas pelos serviços de saúde e a predominância da visão do servidor, contraditórias e incompatíveis com a dinâmica e o tipo de vida nas ruas, também dificultam a adesão ao tratamento da TB, o que causa mais sofrimento, perpetua a transmissão, eleva a mortalidade e favorece o aparecimento das formas resistentes.” (BRASIL, 2010 p.16).

Ao se trocar a vida nas ruas pela internação não se trocam apenas formas de um mesmo tratamento, mas se criam limitações e perspectivas que atuam diretamente na vida do paciente. A gestão pública do processo saúde/doença nesse específico oferece ao morador desprovido de quase tudo, algumas alternativas a uma convivência diferente da que estava habituado. Isso aparentemente surge como um ganho de qualidade de vida e diminuição no sofrimento social a que estava exposto, mas a contrariedade com seu cotidiano e a pressão para que além da cura da doença a que está exposto, haja também uma mudança de vida, gera outros tipos de sofrimentos e, em paralelo a isto, a criação de caminhos de resistência para um tipo de sobrevivência que garanta a retomada da saúde sem abrir mão dos prazeres a que estavam acostumados antes do isolamento.

O diálogo presenciado entre uma enfermeira e um ACS e um usuário do serviço em tratamento de tuberculose, próximo à estação Júlio Prestes, debaixo de uma árvore enquanto aguardamos passar a chuva fina ilustra isto. Dois moradores, um com a mão enfaixada, param e se trava o seguinte diálogo entre eles:

ENFERMEIRA- O que foi isto na mão?

USUÁRIO- Fui brincar de Box e me dei mal (risadas).

ENFERMEIRA- Tem que fazer curativo todo o dia então. Passa lá na UBS de manhã ou quer ir agora? Tomou teu remédio de tuberculose hoje?

USUÁRIO- Amanhã tenho que ir lá ver este caroço no olho e já faço tudo. Agora vou dar uma paulada (uso do crack) (mais risadas).

ENFERMEIRA- Se você não for eu que vou dar uma paulada na sua cabeça (gargalhadas).

USUÁRIO- Valeu. Manda um beijo pro Nilton, companheiro de muitas guerras.

(Diário de Campo 2 - 04.11.2014)

Note-se que em nenhum momento houve por parte da equipe algum movimento de condenação ao uso da droga, mas de preocupação com o atendimento de saúde do paciente. O recurso do humor, com risos e brincadeiras, denota uma aproximação maior entre eles, fruto certamente do vínculo de confiança criado e que, pelo jeito, já existia há muito tempo, pois o usuário manda ainda “beijo” para outro profissional que não estava junto. Além disso, este diálogo ilustra uma ordem de cuidado que o paciente estabelece para si. Tendo vários problemas de saúde (caroço no olho, mão enfaixada, tuberculose e outros que talvez não saibamos), a abordagem da enfermeira inicia pelo que é mais visível: a mão enfaixada - e a partir dali puxa outros. Já o paciente, por sua vez, destaca outro (o caroço no olho) como prioritário e a partir deste resolve os outros: “Amanhã tenho que ir lá [...] e já faço tudo.” Mesmo com tantas dificuldades a opção preferencial é pelo uso da droga (“agora vou dar uma paulada”), ou seja, pelo momento de prazer que escolhe ter como, talvez, uma forma de amenizar todo o sofrimento físico e social que possa estar sentindo.

De outra parte o tempo de estadia no hospital de internação oferece oportunidades de convivência mais intensa entre pacientes e profissionais, não apenas em consultas ou procedimentos, mas em atividades lúdicas, de lazer e de aprendizagem. Estes espaços acabam sendo utilizados também para troca de ideias, relatos de experiências e desabafos sobre o uso de drogas. Segundo conta uma terapeuta ocupacional do hospital, junto às atividades são introduzidas “dinâmicas de grupo” e discutidas questões referentes à

“reinserção social e ressignificação” do uso de drogas e da vida em geral. (Diário de Campo 15 31.03.2015)

Durante uma conversa, um dos membros do grupo se manifesta. Claudio, 59 anos, há cinco meses internado, afirma “o problema da cocaína é que ela é misturada, a real não tem gosto, é amarga, e isso que causa mal”. “Se a cocaína não é pura a gente espirra muito e isso que não é bom”, completa Jerônimo, 40 anos, há quatro meses internado. Imediatamente outro profissional que assistia a conversa intervém afirmando: “No decorrer do uso ocorrem adaptações no cérebro e os prejuízos surgem em alguma hora.” Outro paciente comenta “as alucinações são boas, mas quando termina bate a depressão” (Gabriel, 28 anos, 26 dias internado), e na sequência o profissional emenda “A depressão vem do sistema central do cérebro que produz as sinapses e quando o efeito acaba ele fica exigindo a mesma produção de hormônios.”

Revestido da autoridade técnica e do poder do jaleco, ele interrompe o diálogo e coloca uma verdade científica em confronto com o empirismo, exercendo o mais tradicional dos poderes nesta relação de cuidado. O discurso científico avança sobre o conhecimento nativo, exercendo sobre este um tipo de desvalorização, principalmente ao confrontá-lo com argumentos desconhecidos dos pacientes, muitas vezes complexos ao seu entendimento. Encurralados no dialeto da ciência e coagidos pelo poder investido do profissional que os assiste, eles calam sem rebater as argumentações. A mediação, conforme Souza (2010), tida como o significado de “fazer ponte ou fazer comunicarem-se duas partes”, acaba não acontecendo, restringindo o processo de comunicação à imposição de uma verdade e ao silenciamento, constrangido ou estratégico, de outra.

Fica ainda a possibilidade de interpretação de que o desenvolvimento de teorias próprias acaba por abalar a posição do cuidador, cuja aura de autoridade já está posicionada acima do que o paciente possa trazer, e que o questionamento ou a apresentação de alternativas que escapem ao enquadramento dado compromete o desenvolvimento do tratamento planejado. Conforme destaca Madeira (2006), “nem sempre os cuidadores recebem bem uma atitude mais participativa e isto pode ser justificado como uma ameaça à sua identidade de expert” (p.37)

A experiência relatada se utiliza de um dos princípios de práticas da Redução de Danos: quanto melhor a qualidade da droga usada se diminui a chance de infecções, além de provocar mais prazer e “rendimento” das sensações buscadas no seu uso. Trata-se de uma estratégia conhecida pelos pacientes que ao relatarem de forma coloquial, num grupo de colegas de internação, se apresenta não apenas como alternativa, mas os investe de um conhecimento a partir do uso pretérito; portanto, lhes causa uma distinção no seu meio e os valoriza. Ao manifestar um conhecimento sobre o tema e apresentar uma alternativa que escape do tradicional proibicionismo, no entanto, no momento em que o profissional os confronta com dados, vocabulário de difícil entendimento e postura de autoridade, um poder não visível lhe cai sobre os ombros, que não apenas os desqualifica, mas inibe que outras experiências vividas possam ser partilhadas e adaptadas à realidade vivida.

Como lembra Caguilhem (2005, p.12):

não há pior ilusão de subjetividade profissional, por parte dos profissionais de saúde do que sua confiança nos fundamentos estritamente objetivos de seus conselhos e gestos terapêuticos, desprezando ou esquecendo auto-justificadamente a relação ativa, positiva ou negativa, que não pode deixar de se estabelecer entre o cuidador e o doente.

Logicamente que os pacientes poderiam, nesse exemplo presenciado, contra argumentar valorizando sua experiência acima do conhecimento teórico do profissional, mas isto criaria uma certa animosidade, suponho, ao ambiente de convivência pacífico ali vivido no momento. Pareceu-me que rapidamente os pacientes fizeram um cálculo mental, uma avaliação na balança de suas cabeças, para saber se valia a pena a continuidade da discussão naqueles termos ou se o calar seria uma forma de marcar a discordância e a continuidade da prática independente do que foi falado. Após a intervenção do profissional, a conversa encerrou e um instante de silêncio do grupo pareceu marcar este término. Ali na sala de trabalhos manuais, entre tintas, pincéis e panos de prato, outro assunto mais ameno foi introduzido e o dia continuou.

Percebe-se por estes exemplos que a abordagem do uso de drogas durante o tratamento recebe enfoques diferenciados por parte dos profissionais e, por consequência, reações diferentes dos pacientes. Se no primeiro caso o diálogo parecia fluir, como se amigos conversando e ironizando a situação, no segundo parece surgir uma voz autorizada a determinar a melhor conduta e, para reforçar seu argumento, se utiliza de expressões complexas trazendo teorias científicas que tendem a reforçar seu ponto de vista. A utilização de algumas expressões (“sinapses”, por exemplo) leva para longe o entendimento do paciente, que não tendo repertório para entender o real significado destes termos, acaba calando como aceitando o que lhe é dito.

A tentativa de reduzir o entendimento do fenômeno da doença a aspectos meramente científicos cria categorias de doente que, sob um ponto de vista limitador, adquirem uma certeza quase infalível, à qual os pacientes devem se enquadrar. Canguilhem (2005, p.33) chama estes fenômenos vitais de “dogmas cientificamente endossados pela biologia e pela medicina.” Além da avaliação do quadro de saúde passar

por esquemas universais de método o fato de utilização de linguagem estranha ao paciente o afasta do universo de entendimento do seu processo e, por extensão, concede ao profissional de saúde um estatuto de conhecimento superior, desvalorizando o conhecimento próprio do funcionamento de seu corpo e suas vontades. Boltanski (1989) descreve a existência de uma barreira lingüística que separa o médico do paciente principalmente no que tange à utilização de um vocabulário médico especializado visando ampliar o domínio médico e “educar” o paciente a aceitar e se submeter à autoridade deste. Também no livro ‘A Morte de Ivan Ilitch’, do escritor russo León Tolstoi, se analisa de um modo detalhado os principais aspectos envolvidos na relação médico-paciente. A descrição do encontro do principal personagem desta obra, com um médico famoso, que Ilitch consulta por insistência da mulher, quando surgem os primeiros sintomas da doença que o vitimou, ilustra um pouco da relação que se estabelece

Tudo se passou como esperava; tudo aconteceu como sempre acontece. A espera, e o ar importante, afetado do médico, esse ar que ele conhecia do tribunal, a palpação, a auscultação, as perguntas, que exigiam respostas previamente determinadas e que eram, portanto, desnecessárias, e o ar de importância, que implicava que o senhor só tem de se entregar nas nossas mãos e nós tratamos de tudo - nós sabemos sem qualquer dúvida como tudo se faz, tudo da mesma maneira para todas as pessoas, sejam elas quem forem. Exatamente como no tribunal. Como ele no tribunal assumia um certo ar em relação ao arguido, também o médico famoso assumia esse mesmo ar em relação a ele. Para Ivan Ilitch só uma questão era importante: a sua situação era perigosa ou não? O médico ignorou essa pergunta inadequada [...] (p.67)

A busca de um tipo de salvação do paciente, algo que vá além do processo de cura obtido pela prescrição medicamentosa, parece estar presente durante todo tempo da internação, principalmente pelo contato mais direto entre os internados e os profissionais. Conforme observado no campo, é através das oportunidades oferecidas para ocupação do tempo ocioso do paciente que se criam ocasiões de reflexão. “A gente lança sem eles perceberem um assunto e vai trazendo a questão, sem o peso de estar em um consultório”,

contou um dos profissionais da instituição. Segundo ele, muitos pacientes possuem resistência em falar sobre si e sobre as causas que os levaram a internação, e que utiliza “estratégias” para conseguir levá-los à “reflexão”. Ele conta que “a TB é um indicador do uso de substâncias” e que na população assistida no hospital “todo mundo que tem TB usa ou usou alguma substância”. (Diário de Campo 15 31.03.2015).

Portanto, no conceito de salvação, o abandono do uso de drogas é um indicador de plenitude de recuperação, e é através dessas oportunidades de diálogo que se semeiam ideias de abandono e se tenta o afastamento definitivo em busca de um padrão de saúde ideal. Canguilhem (1990, p.35) critica a tentativa de busca de “procedimentos assertivos e controláveis”. Para ele, a saúde perfeita não existe “a não ser como um conceito normativo de um tipo ideal” (p.36).

Em relação ao tema específico do uso de álcool e outras drogas durante o tratamento dessa população na rua e dentro dos muros hospitalares, um dos maiores diferenciais observados foi a noção de saúde que os profissionais dos Consultórios na Rua parecem ter em relação aos pacientes atendidos: a atenção está voltada para pequenas conquistas cotidianas. O encontro para a ingestão do medicamento, a conversa sobre a vida, o comparecimento em consultas e exames, a diminuição do uso de drogas em algumas ocasiões (exames pré-natal, por exemplo) são vistas como pequenas conquistas que se inserem no processo de recuperação da limitação da doença. Já na internação, a opção de atividades diferenciadas, de qualidade de atendimento mais intenso e de acompanhamento mais próximo parece contribuir para a busca de outros objetivos além da cura biológica. O envolvimento dos profissionais no “resgate” da pessoa internada parece objetivar questões maiores, como a incorporação de valores, considerados por eles como fundamentais para a superação das dificuldades. No entanto, o aparente choque

entre os valores dos pacientes e dos profissionais, se revela no decorrer da observação, como algo contornável que envolve estratégia de sedução mútua, aparente concordância e criação de formas alternativas de encarar o tratamento.

Calil da Costa (2015) trouxe à discussão mais ampla o conceito de “risco voluntário” entre os moradores de rua da região da Luz, região central de São Paulo. Utilizando-se de ideias desenvolvidas por Lyng (1990), o termo se liga diretamente à noção de “fronteira e limite com o manejo das incertezas em situações limites” (p. 54). Para o pesquisador, o ato de colocar-se em risco se torna uma oportunidade de desenvolver técnicas de negociação das fronteiras inerentes às atividades de risco. De certo modo, o processo de tratamento nas ruas e na internação também se envolve, o tempo todo, em negociações. A fronteira de risco, no entanto, parece ser muito mais no sentido de utilização adaptada dos medicamentos e de uso mais moderado de álcool e outras drogas e de outras questões que envolvem avaliação moral, como a prática de sexo dentro das dependências hospitalares.

Na experiência vivenciada ficou evidente que, apesar da situação de vida mais vulnerável, o paciente desenvolve também formas pessoais de sobreviver e de encarar o processo de retorno à saúde. Isso implica diretamente em criação de opiniões pessoais sobre os aconselhamentos passados e que não são necessariamente explícitas aos cuidadores; pelo contrário, há uma aparente concordância sem necessária adesão total, o que cria interessantes oportunidades de subjetividades voltadas para o objetivo do retorno à vida antes vivida. Subjetividade, conforme Merleau-Ponty (1980, p.66), é “o poder singular de ignorar aquilo que sabe com pretensão de saber o que ignora”. Entre os pacientes de tuberculose que vivem na rua, a auto-compreensão do corpo e de suas respostas, aliada à avaliação constante do sofrimento vivido e do prazer necessário para

suportá-lo, funciona como um padrão subjetivo e individual, que tem relação direta com o que se chama de sucesso no processo de tratamento e recuperação.

Capítulo 4

As moralidades nossas de cada dia

“Estou aqui dando uma moral, me recuperando. Logo estarei de volta pra cachaça.”

(Diário de Campo 18 - 06.05.2015).

Embora seja uma doença de transmissão pelo contato social mais amplo, diferente da infecção por contato íntimo como é o caso da aids ou outras Doenças Sexualmente Transmissíveis, diversas formas de moralidades - no sentido de restringir comportamentos e moldar formas de vida - estão presentes tanto no imaginário que cerca a tuberculose, como no processo de tratamento e cura. Nesse sentido, a cura parece deixar de ser apenas algo do âmbito médico/científico, não apenas uma regeneração do organismo ou uma superação de um mal que afeta o corpo, que é passível de retorno ao estado anterior por meio de terapia. A cura passa a implicar em fatores maiores que, pelo ponto de vista dos cuidadores, parecem envolver questões do âmbito moral, como o uso e não uso de álcool e outras drogas, o padrão de socialização entre os pacientes e destes com os profissionais de saúde e seu entorno e o tipo de personalidade e comportamento do paciente, demonstrado durante o tratamento ou a internação.

O corpo do doente de tuberculose fica sujeito a uma pressão que o obriga a abrir mão de prazeres e até a sofrer limitações na linha da abstinência e da ascese. O hospital e o tratamento ampliam seus limites, deixando de ser espaços meramente de saúde, mas se tornando reformatórios morais da vida do paciente. Conforme Rosenberg (1999, p. 37),

O sanatório torna-se para o tísico um campo progressivamente ampliado da expressão da tuberculose, provocando uma espécie de ressonância às suas alternativas, ora de esperança, ora de desencorajamento, e seus dramas. A

segregação sufocante da vontade, a uniformização ritual dos internados, é acentuada por uma hierarquia rigorosa, dirigida não se sabe por quem, criam um ambiente semelhante ao "Castelo" de Kafka, com sua opressão sutil, cruel e demoníaca.

Durante o trabalho de campo desta pesquisa por diversas vezes foram ouvidas dos profissionais de saúde expressões do tipo “paciente difícil”, “este não participa de nada”, “este já saiu e voltou várias vezes”. Parece ficar claro que o que se espera do paciente é um tipo de comportamento adequado à oferta que está recebendo, ou seja, não apenas um superar da dificuldade física, mas a criação de um padrão de moralidade adequada para que a cura aconteça de fato, e após esta um encaminhamento de vida que resulte no desprezo do que se viveu anteriormente e uma retomada com novos paradigmas.

Por outro lado, os pacientes não são passivos a esse engendramento a que são submetidos. Acabam inventando estratégias de resistências, criando suas próprias moralidades para sobreviverem dentro desse contexto; que atingem também um código de condutas próprio para uso de álcool e outras drogas, normas de silenciamento sobre práticas sexuais e até ações de autocuidados visando reduzir o dano de algum ato ou administrando seus riscos e sua relação com os medicamentos e os tratamentos.

Com raiz no romantismo, que ligou definitivamente a tuberculose aos males do amor, onde “a febre dos corpos confundia-se com a febre da paixão” (HILLEMANN e GILBRIN, 1980, p.77), a literatura se encarregou de ampliar este imaginário, forjando a ideia de uma “beleza tísica” que juntava elementos eróticos e sensuais. “A desmaterialização corporal ensinou a elaboração de uma anatomia erótica que analisava meticulosamente o corpo feminino, tudo era avaliado em minúcias e registrado sedutoramente belo e cobiçado.” (BERTOLLI, 2001, p.32).

As relações sexuais envolvendo pacientes acabaram sendo um dos comportamentos proibidos pela gestão da saúde que considerava o intercuro sexual “envolvendo as

mucosas genito-urinárias como principal reservatório do bacilo de Koch.” (BERTOLLI, 2011, p, 35). Também Faria (1940, p. 43) alertava para “a existência de certa promiscuidade entre os enfermos e o resto da população local, promiscuidade essa que vem se acentuando ano para ano.” Além da ligação da doença com vícios considerados terríveis como os jogos, a bebida e o sexo, surgiram ao longo do tempo diversas outras questões bizarras ligando o comportamento do paciente à causa e manutenção da doença. “O registro das aberrações pretensamente associadas aos tuberculosos fascinava os clínicos” conta Bertolli (2001, p.37), que num estudo junto aos prontuários de vários sanatórios paulistas, elenca elementos de sedução, volúpia e outras taras registrados nos relatos, como a homossexualidade, a masturbação e outros “comportamentos promíscuos” os quais necessitavam de uma “conversão moral”. Scliar (1992) conta que ao lado da expressão “ouvido de tuberculoso” também se tornou conhecida a expressão “tesão do tuberculoso, que causava grande aflição nas freiras que cuidavam dos sanatórios e que, às vezes, passavam as madrugadas vigiando as portas.” (p.12)

Corpos com Tuberculose

Conforme afirma Gonçalves (1998, p.783); “a adesão ao tratamento de TB tende a diminuir quando o corpo reage bem; saúde física equivale à ausência de sinais físicos desagradáveis”. O vigor físico perpassa pela dimensão da moral, pois o corpo saudável representa um quadro ajustado ao seu meio social.

Além das dificuldades já tradicionalmente enfrentadas por essa população, a autoestima se abala na medida em que o corpo deixa de ter força para atividades cotidianas, e os sintomas da tuberculose, principalmente a tosse e o emagrecimento, passam a revelar mais fortemente sua condição de doente e objeto de preconceito,

inclusive entre seus companheiros de rua. Para Duarte (2003, p13),

o corpo, para pessoas de grupos mais pobres, pode vivenciar algumas situações anormais ou irregulares que comprometam a corporalidade, a moral, a auto representação e os sentimentos, o que denomina “perturbações físico-moral”, em que alterações de ordem físicas podem resultar em perturbações morais e vice-versa.

Pode-se dizer que as pessoas em situação de rua convivem muito próximas com tais perturbações, principalmente a moral que, de certa forma, corresponde aos estigmas que Goffman (1982) define como atributos depreciativos que conferem ao indivíduo a qualidade de desacreditado.

O médico português Bernardo Pereira, citado por Priore e Amantino (2011), diagnosticava a luxúria como sintoma de doenças, ao que Henrique Carneiro, também citado na mesma obra, observa “a fusão entre pecado e a doença, a confissão e o interrogatório médico.” O aspecto religioso salvífico do tratamento iniciava pela admissão dos pecados e propósito de não mais reincidir no erro, fazendo com que o paciente experimentasse “uma vivência de abandono, vergonha e culpa” (SOUZA in PRIORE e AMANTINO, 2011, p.35).

Chamados de tuberculosos, fimatosos, pectários, consultivos, tísicos e outros adjetivos, as pessoas que vivem com a tuberculose historicamente são objetos de defenestração social pela aparência e pela ameaça à segurança das cidades, mas também por uma ligação folclórica com que se cunhou à doença ligações com o ateísmo e até ao vampirismo.

“Os autores descreveram como exemplo o corpo de um sujeito com lesões ósseas compatíveis com tuberculose, cujos ossos teriam sido encontrados “embaralhados” — aparentemente, um artifício para impedir que o morto-vivo retornasse.” (LA SIERRA,

1990 apud LIMA, 2002, p.65).

As negativas aos prazeres do sexo foram vistas, ao longo da história, como formas de contribuir para a aceleração da recuperação da saúde. Sua renúncia ou compulsório abandono transformava a rotina da vida do paciente em um caminho de desligamentos das coisas mundanas ou em cotidianos tediosos, como ilustrou o escritor Nelson Rodrigues, que ficou internado em Campos do Jordão na década de 1930: “A vida se resumia a porções vegetativas da existência e testemunhava-se a insatisfação da abstinência sexual forçada. Enfim, um quadro que se aproximava da antecâmara da morte.” (SOUZA, 2011 p.34)

O corpo da pessoa com tuberculose enseja diversas ações e interpretações que revelam modos de operacionalização do processo de recuperação da saúde. Se por um lado o uso do álcool é visto pelos profissionais de saúde como algo deletério ao tratamento e à vida como um todo, por outro as pessoas em situação de rua encontram no seu uso não apenas um lenitivo às suas dores, mas uma forma de sentirem a si e aos outros de forma mais atraente e bonita ou, ainda, uma oportunidade terapêutica da prática de sinceridade revelando mágoas e medos escondidos, conforme registrado no diário de campo:

Pergunto se existem mulheres que bebem e ela me conta que “tem uma senhora que quando bebe fica lindinha”, explicando que sob efeito do álcool a companheira de morada se torna mais simpática e conversadeira. Mas D. Neide também alerta para outro senhor que “solta a língua quando bebe, falando verdade para todos”. (Diário de Campo 05 - 25.11.2014).

Csordas (2008, p 24), nos estudos da corporeidade, destaca que

a ênfase é colocada não em um corpo individual, substrato biológico universal sobre o qual atua a cultura, mas em um corpo fenomênico, que é sede de diferentes formas de ser e estar no mundo, como condição para diferentes

A observação dos corpos em tratamento, atingidos pela tuberculose, revela que o enfraquecimento e a incapacidade de realização de ações são as que mais afetam o doente. No entanto, se observou, o paciente se lamenta da incapacidade de realizar ações de prazer que lhes proporcionam ocasiões de refrigério diante da vida difícil que enfrenta. Do ponto de vista dos profissionais, e por extensão da sociedade que cerca o morador de rua, o que parece se pretender é um retorno ao processo laborativo capitalista de produção e acumulação. Enquanto um entende o corpo como fonte de contentamento, um tipo de felicidade, outro o vê como chance de acesso à produção, consumo e engajamento num estilo de vida tradicional. Aliás, a tuberculose somente passou a ter relevância e gerar ações do Estado no seu controle quando foi “percebida como doença própria da insalubridade das classes menos favorecidas.” (SOUZA. 2011 p.37).

Para Csordas (2008) é preciso elevar o corpo à condição de sujeito da cultura, base existencial em que a própria cultura se realiza, partindo do pressuposto de que o objeto da cura não é a eliminação de uma coisa (doença, problema, sintoma), mas a transformação de uma pessoa, “sujeito que é ser corpóreo” (p.18-19). Essa transformação, observou-se durante a pesquisa, parece ter entendimentos diferentes entre os envolvidos, em ações que nem sempre são reveladas, mas que se manifestam no entendimento do próprio processo.

O entendimento sobre a saúde do corpo é muitas vezes visto como um processo de recuperação momentânea para o retorno da vida vivida antes, uma pausa em meio às adversidades e excessos vividos para uma continuidade posterior ao mesmo cotidiano que, pelo jeito, agrada e acolhe bem mais do que comportamentos restritivos sugeridos.

Um dos casos encontrados durante a pesquisa que ilustra essa situação é o do paciente Carlos Henrique, conhecido como "Bucheça", internado há meio ano no

hospital de Campos do Jordão. Natural de Teófilo Otoni, no Vale do Mucuri, em Minas Gerais, tem 27 anos e uma vida cheia das intensidades do tráfico, o crime e a “vida louca”. Sua primeira internação durou três meses, mas foi expulso. Tentou voltar para o interior de Minas, onde estão seus pais, mas não se adaptou. Aos onze anos veio para São Paulo e foi morador de rua até conseguir um “barraco” no Jardim República, na Cidade Dutra, Zona Sul de São Paulo. Bebia todos os dias e mesmo internado sente falta: “Sonho até hoje com pinga”, contou, acrescentando que já usou maconha, cocaína e crack, mas o álcool é “sua droga”. A hepatite veio como alerta e depois a tuberculose o obrigou a buscar a internação. “Estou aqui dando uma moral, me recuperando. Logo estarei de volta pra cachaça.” Agitado e falastrão, resume o isolamento a que se submete numa frase: “Duas coisas que seguram o cara aqui é sexo e drogas, senão ninguém aguenta”. (Diário de Campo 15- 31.03.2015).

O relato aponta que a forma de encarar a cura passa por questões individuais e subjetivas do paciente, que entende que seu processo é definido por ele mesmo, ainda que na contramão do preconizado pelos profissionais de saúde que o assistem. A percepção da melhora do corpo, não necessariamente a cura final, surge como oportunidade para um retorno ao mundo vivido com satisfação e a contínua observação dos sinais que ele emite. A procura pelo cuidado médico e a internação são como um espaço temporário de busca do reequilíbrio, onde não se quer mudanças bruscas na vida vivida, mas condições de continuar a viver dentro do que melhor lhe satisfaz.

Para Csordas (2008), na construção do que chama “paradigma da corporeidade”, a análise da prática e da percepção inaugura um novo campo de possibilidades, em que a experiência corporal é o ponto de partida, e em que “os objetos e sujeitos culturais são constituídos no fluxo e na indeterminação em curso da vida” (p.146). O paradigma do

isolamento e as constantes oportunidades oferecidas de reflexão visando à mudança parecem não ser mais observadas como “caminho de Damasco”¹⁹ para uma mudança radical de vida, mas sim como barracas em meio a um deserto para um período de refrigério.

Tal comportamento dos pacientes indica uma forma alternativa de lidar com a própria saúde, administrando seu estado de sanidade por padrões próprios, que não obedecem necessariamente à lógica prescrita e que têm fins diferentes do oferecido. Tanto no campo realizado junto às populações que vivem na rua, quanto aos pacientes internados, o que se observou foi que o oferecimento de possibilidades feitas pelos agentes de saúde é recebido como algo positivo num primeiro momento, mas posteriormente – após a melhora inicial - ele passa a ser analisado pelo ponto de vista da limitação que possa causar à vida do atingido. Nesse ponto, uma espécie de balança entre prazeres e limitações parece ser utilizada individualmente por cada paciente que, ao fim, faz suas escolhas em geral tendo como base a ampliação de satisfações, visto que a mudança ampla de sua situação de vida (financeira, de moradia, de acesso e livre dos preconceitos) parece ser uma coisa distante a ser conquistada.

Situação ilustrativa se verificou num dos diálogos entre Agentes Comunitários de Saúde e uma paciente, na porta de uma Unidade Básica de Saúde:

“PACIENTE- Eu bebendo fico satisfeita.

ACS- A senhora já pensou em parar?

PACIENTE- Eu bebo desde pequena. Não quero não.

¹⁹ Foi no caminho de Damasco que Paulo fez sua conversão ao cristianismo primitivo, trocando o nome de Saulo para Paulo e deixando a vida de perseguidor de cristão para ser um dos maiores pregadores da então nova doutrina (At 9, 1)

ACS- E a senhora fica onde?

PACIENTE- Onde eu caio eu fico.

ACS- E qual sua idade?

PACIENTE- Só sei o dia que nasci o ano não lembro direito

ACS- A senhora tem filhos?

PACIENTE- Tenho, mas estão longe.

ACS- E esta tosse? Tá tratando?

PACIENTE- Ela dá e passa, quando aperta peço um xarope pra alguém.”

(Diário de Campo 11- 21.01.2015).

Tal situação parece evidenciar que a renúncia ao prazer do álcool tende a pesar mais do que um eventual afastamento da bebida para a recuperação da saúde. Além disto, exemplifica a busca de alternativas medicamentosas quando há agravamento da situação e uma despreocupação aparente com eventuais outros riscos que possam correr, entre eles local para dormir ou ficar. A ideia do romantismo de “morrer cedo” (SCLIAR, 2007) e jovem parece ser reinventada nesse contexto como viver bem, já que o morrer é certo. O regramento imposto parece ser uma barreira grande à adesão e à finalização do processo de tratamento e os pacientes, mesmo visivelmente cordatos, criam sua própria escala de valores, criando também um conceito próprio de saúde onde o prazer parece ter lugar de destaque, mesmo não revelado abertamente aos seus cuidadores. Assim entre a restrição e a atividade prazerosa clandestina parecem optar por este último, que mesmo representando um risco a mais acabam sendo administrados, criando estratégias de controle para que possam não renunciar, mas também não se expor em demasiado.

Travestis internadas com tuberculose

A balização indicativa do atendimento da população de rua no Sistema Único de Saúde está distribuída em várias portarias e resoluções, das quais o que mais se destaca é o Manual de Cuidado com a População de Rua (BRASIL, 2012), que aponta “a baixa estima, a dinâmica da rua e a rigidez dos serviços de saúde” como alguns dos obstáculos para o tratamento continuado da TB e indica “ações intersetoriais” como alternativa para estas dificuldades. O material não aprofunda esta reflexão nem faz qualquer referência a travestis e transexuais inseridas nesta população. Quase quatro anos antes, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, no período de agosto de 2007 a março de 2008, realizou a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008). Nessa pesquisa, população em situação de rua foi definida como sendo todas aquelas pessoas encontradas vivendo em logradouros públicos ou pernoitando em instituições (albergues, abrigos, casas de passagem, casas de apoio e igrejas). Também não há levantamento do número de travestis nesta situação, mas por meio de relatos de agentes de saúde e de outros moradores de rua sabe-se que sua presença é relevante, sofrendo os mesmos riscos de exposição que qualquer outra pessoa nessa situação, acrescidos do preconceito a que estão expostas sem qualquer contrapartida específica de políticas públicas.

Por outro lado, a Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) determina que cabe às Secretarias Estaduais de Saúde “promover ações intersetoriais da saúde integral da população LGBT, por meio da inclusão social e da eliminação da discriminação, incluindo os recortes étnico-racial e territorial” (p.12). Desde 2011, a portaria 2936 do Ministério da Saúde, no seu artigo XVII, visa garantir o uso do nome social de travestis e transexuais, de acordo

com a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (2011). Ou seja: em qualquer instituição de saúde, a pessoa pode optar pelo nome que quer ser chamada, independente do registro civil.

O Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (2011), no que se refere ao atendimento da população de moradores de rua, relata a existência de algumas experiências de atendimento a essa população pela Estratégia Saúde da Família, dentro do que se convencionou denominar PSF sem domicílio, recomendadas dentro da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Em relação ao tratamento, se recomenda que o TDO (Tratamento Diretamente Observado) deve ser oferecido a todos aqueles que tiverem o diagnóstico de tuberculose, o que poderá ocorrer por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, "incentivando, monitorando e conversando com o paciente sobre a necessidade de tomar os medicamentos regularmente e cuidar para que compareçam às consultas e façam os exames" (p.12).

No caso dos indivíduos que não se encontram internos ou que se recusam a permanecer nos abrigos e albergues, deve-se encaminhar para a internação por vulnerabilidade social, pelo menos pelo período de dois meses. A partir daí, deverão ser encaminhados a uma instituição de abrigamento, apontando-se as chamadas casas de apoio, ou casas de acolhida ou de cuidado, em que os doentes permanecem durante o período de seu tratamento e/ou do restabelecimento de sua saúde, como alternativas.

Estes três documentos (Manual de Cuidado com a População de Rua, Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais do Ministério da Saúde e Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil) são os norteadores da política pública em relação a essa população específica de travestis em situação de rua, pacientes de tuberculose internadas. Embora possibilitem um arcabouço

legal, sua efetividade junto aos serviços de saúde ainda é limitada. A internação de LGBTs se constitui numa etapa dentro dessa política que, embora não especificada na legislação, deveria dialogar de forma intersetorial com outras áreas sociais e contribuir para a promoção da diversidade e do respeito. Logicamente que a edição de leis simplesmente não altera a forma com que a saúde pública se relaciona com as diversidades de sexualidade e identidade de gêneros fora do formato tradicional, refletindo em muito as dificuldades de outras áreas públicas e de toda a sociedade.

A transversalidade do atendimento do SUS parece ocorrer de forma muito restrita, quando envolve essa população. Um exemplo é a existência no estado de São Paulo, desde 2010, na estrutura da Secretaria Estadual de Saúde, de um Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais. Do total de 1,5 mil usuários matriculados, 65% se denominam transexuais, 30% se consideram travestis e outros 5% são divididos entre mulheres trans e indefinidos. Não há dados sobre a presença de população em situação de rua utilizando estes serviços, nem sobre integração entre os serviços públicos com outras patologias como a tuberculose.

O maior problema para o processo de superação é a adesão a esse medicamento, atribuindo a não continuidade ao uso (abusivo ou não) de álcool e outras drogas, avançando até a um tipo de condenação moral sobre a prática e performance sexual e afetiva.

Nesse sentido, o tratamento de tuberculose passou a envolver o uso de “tecnologias sociais” que transitam da busca de compreensão e trocas intersubjetivas para a remoção para um hospital fora da cidade, onde os pacientes vão permanecer supervisionados e fora do convívio com os “sãos”. A perspectiva dos epidemiologistas contemporâneos, porém, é a de que a “inovação tecnológica” venha a “resolver” o

problema da adesão ao tratamento, com o desenvolvimento de drogas que causem menor incômodo e possam ser administradas em menor espaço de tempo (ADORNO, 2011).

Fenômeno recente, o crescimento do número de travestis internadas surge como um elemento diferenciador no cotidiano da instituição pesquisada. Num ambiente em que tradicionalmente os pacientes são homens e boa parte dos cuidadores é do sexo feminino, a presença de travestis altera o olhar e atinge o funcionamento do equipamento de saúde. Duas situações chamam a atenção a partir de trabalho empírico realizado no hospital: primeiro, a reação dos gestores e profissionais de saúde em relação a essa situação, que varia do desconhecimento de como agir até uma tentativa de controle sobre os corpos, partindo do pressuposto de que uma aproximação maior das travestis com os outros pacientes pode resultar em relações de sexo “não lícitas” nas dependências hospitalares, ou em possíveis envolvimento baseados na emoção e na passionalidade, e que essas situações poderiam resultar em prejuízo ao paciente e - por extensão - à casa de saúde, que tem a responsabilidade de sua guarda. Por outro lado, a reação das travestis ao sistema de controle e limitação que o hospital impõe pode ser aparentemente de concordância e submissão, mas se apresenta talvez uma das formas mais transgressoras às regras tácitas e expressas de convivência no período de internação naquele local.

O fato de o hospital ser gerenciado por uma instituição de inspiração católica, mesmo que obedeça aos ditames da laicidade do Estado, preconizados pela Constituição Federal e legislações complementares, gera um paradoxo na forma de lidar com a situação. Por um lado, há uma valorização da mudança de vida a partir do abandono total das drogas e outras formas de “promiscuidade”, e para isso se ofertam oportunidades terapêuticas de ajuda mútua, atividades manuais em grupo e psicoterapia. O ambiente repleto de imagens de santos pelas paredes parece imitar um convento ou seminário, onde

a formação de jovens para a vida religiosa tem como etapa abandonar as questões “do mundo”, e para isso as estampas e imagens estão ali sutilmente apontando exemplos desta superação idealizada. No entanto, mesmo pouco falada, a ideia de que existe sim sexo dentro das dependências acaba gerando ações fora do protocolo usual, como a distribuição velada de preservativos masculinos a alguns pacientes.

Em relação ao uso de drogas, as atitudes são de intolerância total. Através de várias câmeras colocadas nas áreas em comum e da vigilância de profissionais contratados, a convivência nas áreas é monitorada. Apesar desses esforços, o acesso e consumo de drogas acaba sendo outra das realidades veladas, principalmente nos finais de semana e feriados, quando o fluxo de funcionários é reduzido e o tédio ocupa espaço no cotidiano dos internados.

O despreparo dos profissionais ao lidar com a presença de travestis nas dependências do hospital questiona a forma condutora do processo de cuidado que a instituição apregoa e segue. Ao apontar as alternativas de “mudança” de vida e abandono total do uso de drogas como condição fundamental para a cura da tuberculose – e a superação total dos problemas que enfrenta -, o profissional adota posturas baseadas numa moralidade existente que tem como argumento principal a força de vontade individual, sem considerar o contexto social, político e econômico a que a maioria dos pacientes está exposta, e que resulta em exclusão acentuada. Mas se observa que, mesmo expostas a esta realidade de controle, as travestis internadas criam alternativas de prazer, contrariando a orientação recebida, mas sem fazer disso um objeto de choque com a disciplina hospitalar. De forma discreta as oportunidades de sexo, uso de drogas e relacionamentos surgem na contramão das tentativas de controle, deixando os profissionais de saúde sem alternativas para interferir nesses pontos, e que acabam por optar pela intervenção pessoal e discreta

(distribuição de preservativos de forma subterrânea) ou pela prática do “*Don't ask, don't tell*”, expressão utilizada por um profissional de saúde acessado durante a pesquisa.²⁰ (Diário de Campo 16 - 09.04.2015).

“Este tipo de Gente”

A rotina de uma instituição hospitalar masculina obedece a regras previamente determinadas que visam garantir o controle do processo de recuperação da saúde, envolvendo muitas vezes ações que vão além da administração do medicamento, atingindo questões de entendimento moral, como uso de álcool e outras drogas durante o tratamento, e práticas comportamentais envolvendo sexo e até relações afetivas. A determinação de práticas sexuais consideradas naturalizadas e utilizadas para controlar o corpo dos sujeitos, restringindo suas possibilidades de expressão da diversidade sexual, sempre foi um fenômeno utilizado em instituições totais. A normatividade da sexualidade nos países ocidentais considera como legítimas as relações conjugais monogâmicas heterossexuais. Dessa norma segue-se uma infinidade de implicações, dentre as quais se destaca o padrão de arranjos familiares formado por mulher, homem e filhos e as relações de parentesco baseadas nos laços de sangue (SILVA, 2010).

Parte-se implicitamente do princípio de que todo o tipo de expressão sexual e/ou afetiva que escape do tradicional pode causar danos à recuperação da saúde do paciente internado, e que a restrição a estas funciona como um sistema de purificação em busca da cura. Portanto, tudo o que escapa do controle normativo pode repercutir em prejuízo ao

²⁰Não pergunte, não conte é o termo comum para a política de restrição do exército dos Estados Unidos para esforços de descobrir ou revelar membros ou candidatos homossexuais e bissexuais. instituída em 1993 pelo presidente Bill Clinton. A lei, que permitia que gays e lésbicas servissem nas Forças Armadas desde que não revelassem sua orientação sexual e que impedia superiores de questioná-los sobre o assunto, foi extinta em 20 de setembro de 2011.

objetivo final de vitória sobre a enfermidade.

“As representações destas relações são chamadas de heteronormatividade, cuja base fundadora é a heterossexualidade compulsória” (BUTLER, 2003 p.12). Tal heteronormatividade se complexifica quando associada a outros marcadores sociais como raça, cor, orientação sexual, classe e idade, resultando em valores sociais que assumem uma hierarquia, produzindo relações sociais de desigualdade bem como masculinidades, feminilidades, sexualidades e arranjos familiares periféricos. (VEIGA e DARDE, 2009).

Num hospital masculino o que se espera dos pacientes é contenção, sexual inclusive, o que por um lado é apresentado como possível na aparência do cotidiano, que se torna mais “agitado” com a presença, no mesmo ambiente, de travestis. Ostentando traços considerados exclusivos femininos (roupas, maquiagens, trejeitos), elas não apenas despertam prazeres proibidos, como questionam a forma da própria instituição lidar com o tema silencioso da sexualidade por dentro dos muros institucionais.

Em geral a ideia que se tem de masculinidade é associada à força, autoridade e forma viril de ser, mesmo que esse conjunto de características envolva um número limitado de homens na sociedade.

Korin (2001) observa que o modelo hegemônico das representações sobre masculinidades costuma ser visto como o normal, a ponto de muitas pessoas crerem que suas características e as condutas por ele rescritas sejam naturais. Essa naturalização faz com que as representações sobre a masculinidade hegemônica se ancorem no discurso biologizante, classificando-se como biologicamente desencaminhados aqueles homens cuja aparência física, inclinação sexual ou conduta destoem do hegemonicamente estabelecido. A masculinidade hegemônica constrói-se não apenas em oposição ao

feminino, mas também em oposição a outras formas de masculinidade, e tornar-se masculino pode implicar na combinação de uma heterossexualidade compulsória associada à homofobia e à misoginia.

A manutenção de um padrão normativo de masculinidade não exclui o discurso sobre a homossexualidade, visto no caso de uma instituição de internato e distanciamento das realidades vividas como um empecilho a mais para o objetivo de recuperação da saúde, como relata um profissional de saúde do local: *“mas a presença deles (sic) causa reações nos pacientes. Imagina estes homens, estão isolados aqui há meses e aparece este tipo de gente, é uma confusão né?”* (Diário de Campo 13 - 03.03.2015).

Na lógica da exclusão/inclusão, Sawaia (2006) refere que a sociedade inclui para excluir e que todos estão inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a maioria da humanidade inserida por meio da insuficiência e das privações, que se desdobram para fora do econômico.

Por outro lado, as travestis internadas, assim como a maioria dos pacientes, buscam formas de resistir e suportar essa realidade criando situações de prazer que nem sempre são reveladas de forma pública. Se aos olhos institucionais elas se revelam dóceis ao controle exercido ou, nas palavras de Pelúcio (2010), se adequam à “estética do ‘bom cidadão’”, pois segundo ela, “acreditam que para obterem esses direitos devam ser e agir como se já fossem possuidoras deles” (p. 78), nos bastidores a realidade se apresenta diferente e pouco revelada, conforme relata uma das travestis internadas. A prática sexual constante e o consumo de drogas escondido continuam a fazer parte do dia a dia dos internatos de saúde, apesar do constante monitoramento a que estão expostos.

Tais atitudes podem ser consideradas como formas de resistir ao ambiente de

isolamento e regrado, tão diferente do que estavam habituados quando moravam na rua. Ao renunciar momentaneamente a essa liberdade em nome de uma recuperação da saúde, os pacientes não deixam de sentir desejos e buscar satisfação de prazeres que funcionam como válvula de escape, ganhando uma dimensão política de transgressão à regra estabelecida.

Conforme alerta Pelúcio (2010, p.26):

Muitas vezes, a estratégia de resistência é justamente a de se agir ao contrário das expectativas sociais; as travestis sabem disso. Sabem também que, apesar de serem cidadãs não são tratadas como pessoas portadoras de direitos, ou pelo menos não se consideram tratadas como tal. Na tentativa de o serem, por vezes, fazem como a inconformada, mas polida, travesti: cumprem “a estética do comportamento do bom cidadão.

Capítulo 5

Sociabilidades, Prazeres e Resistências.

“Quando Maria Elvira se apanhou de boca bonita, arranhou logo um namorado.”

(“Meus Poemas Favoritos”, Manuel Bandeira, 1933)

“Eu me divirto caçando, os banheiros aqui são bem agitados”

(Depoimento da paciente Luana - Diário de Campo)

A vida na rua e no isolamento de um hospital parece evidenciar vozes de esperança e de sofrimento que também se revelam através de comportamentos, de aparente contrariedade ao prescrito pela forma tradicional de tratamento, mas que resultam em ocasiões de prazer e que servem como um “douramento” da situação vivida. Uma forma de conseguir levar o processo mais adiante. Para enfrentar a doença o que lhes é apresentado fundamentalmente são os remédios como principal ferramenta, reafirmando as abordagens que Biehl (2011) chama de “bala mágica” e que para ele “são cada vez mais a norma em saúde global - isto é, a entrega de tecnologias de saúde (geralmente novas drogas ou aparelhos) dirigidas a uma doença específica apesar da miríade de fatores societários, políticos e econômicos que influenciam a saúde” (p.7).

Entre outros fatores podem surgir também da ação dos próprios acometidos pela enfermidade, criando ocasiões de alavanca do tratamento como tipos de sociabilidades e prazeres, mas também como forma de manutenção de uma identidade que se relaciona com os valores de liberdade, flexibilidade e abrandamento da disciplina aos quais estão acostumados fora dos enquadramentos tradicionais de saúde.

A convivência na rua gera formas peculiares de sociabilidade entre os

companheiros de situação e entre os profissionais de saúde com quem cotidianamente passam a ter contato. Livres da repressão familiar e social, os grupos se formam por afinidade e se constituem em espaços para exercício da amizade, da lembrança, do mútuo consolo e esperança. O álcool ou outra droga envolvida passa talvez a não ser o elemento mais fundamental daquele encontro. Durante a pesquisa foi possível encontrar diversas situações de grupos que se criavam em torno desta ideia de camaradagem.

Na praça do Correio, zona central de São Paulo, um grupo de homens, a maioria com cabelos brancos e aspecto descuidado, sentavam próximos e passavam o dia conversando e bebendo uma aguardente barata, apelidada por eles de “barrigudinha”. Comprada por cinco reais a garrafa, eles consumiam várias ao longo do dia, revezando o pagamento. Muitos deles são moradores de abrigos que os acolhem durante a noite, mas que já pela manhã precisam ser desocupados devendo retornar somente no final do dia. Eles passam o dia ali entre amigos, bebendo, conversando até a hora de retornar para o abrigo. Muitos não conseguem voltar e acabam dormindo por ali mesmo. Lá encontrei seu Luiz, com longas barbas brancas e olhos azuis límpidos, em torno de 70 anos, mas aparentando bem mais. Ele reconheceu as ACS que o abordam e conversando mostra a carteirinha de albergado, conta que está no Abrigo Boracéia na Barra Funda, mas todos os dias vence os mais de cinco quilômetros que separam a praça, às vezes usando o bilhete único para idosos, às vezes a pé para passar os dias ali. (Diário de Campo 12 - 02.03.2015).

Na região da Santa Cecília, próximo à chamada Cracolândia, um grupo aguardava na rua a liberação do almoço no espaço de convivência, alguns sem camisa, outros fumando, todos em conversa participativa. Entre eles Rodrigo, 27 anos, há mais de sete na rua. Segundo contam as ACS, foi localizado um familiar na região de Mococa, interior

paulista, ele aceitou ficar na casa que lhe foi oferecida por quase quatro meses, mas acabou voltando para a rua e para a mesma convivência. Segundo contou “a vida na rua tem um tipo de liberdade que me ajuda a ficar bem, mas o que mais sentia falta era poder estar com meus amigos contando histórias, rindo, tirando onda um do outro.”

A reconfiguração das relações é um fenômeno interessante que foi verificado, na medida em que a família se afasta e novos laços são criados, uma nova forma de encarar o cotidiano parece se criar, sem cobranças e sem juízos exacerbados, mas tendo a possibilidade de convivência como base. Conforme análise de Veena Das (2007, p.15), “nas narrativas, o tempo destrói e desestabiliza relações e, ao mesmo tempo, repara e reconstrói o presente ao refazer o fluxo da vida.”

A retirada dessas pessoas dos lugares públicos e sua confinção em ambientes fechados, limitados, cercados por câmeras, seguranças e muros altos - imitando instituições totais como presídios e manicômios -, parecem causar uma satisfação à comunidade onde a pessoa estava anteriormente. Tanto é que, segundo relatos dos profissionais de assistência social, quando o paciente consegue terminar o tratamento há uma grande dificuldade de enviá-lo ao local de origem pela resistência dos familiares para isto. As pessoas tornam-se uma ameaça à família e à comunidade, interferindo na segurança daquele núcleo ou lugar, e segregá-los surge como uma alternativa.

Numa ordem de prioridades construída de forma inconsciente, o cuidado com a saúde está diretamente ligado à busca do prazer e do conforto que o uso do álcool ou de outras drogas pode possibilitar, e parece que todo o esforço para recuperar a saúde se volta para isto. A tosse contínua, sistema clássico da tuberculose, deveria ser um alerta vermelho para a busca de um diagnóstico, mas acaba funcionando como um sinal piscante

amarelo em segundo plano diante de problemas considerados mais importantes e que atingem o conforto da vida.

Na mesma região do Pari entramos num imenso dormitório, junto a um albergue, onde dezenas de beliches podem ser vistas na porta, alguns homens mais idosos estão deitados. Os agentes já conhecem quem são os acamados pelo nome e se aproximam. Entre eles no leito 164 está Seu Sebastião, 61 anos, aparentando muito mais, alcoolista, com problemas de respiração, aparentando cansaço e fraqueza. A auxiliar de enfermagem se aproxima falando alto, animada: “Bom dia meu amor, como está hoje?”. Medem a pressão arterial e glicemia e convencem o paciente a caminhar até o lado de fora; o senhor aparenta fragilidade para caminhar. Confabulações por telefone são feitas e se consegue um encaminhamento para internação. Um agente se desliga do grupo e vai acompanhar o idoso. Enquanto caminhamos um morador conversa com outro agente e tosse bastante. “E esta tosse?”, pergunta o agente querendo saber a quanto tempo está com aquele sintoma. Ele explica que faz um tempo, mas que este “não é o meu maior problema”, relatando as dificuldades de dormir em função do barulho e outras coisas. (Diário de Campo 10 - 21.01.2015).

No entanto, mesmo em meio à situação castradora da liberdade que viviam na rua, e que lhes é oferecida como alternativa para a busca do retorno à saúde, existem pequenas brechas por onde o prazer acontece mesmo de forma discreta ou clandestina.

Uma forma, combatida pelos profissionais de saúde abertamente, é o uso do cigarro no ambiente em que vivem. As famílias são orientadas a não trazerem, mas o uso acontece nos ambientes abertos mesmo com a pressão para que não ocorram. Outro é o uso presumido de drogas dentro do hospital; por mais que não se veja claramente durante o dia, é quase impossível se afirmar que pessoas que faziam uso constante simplesmente

abandonem. Relatos contam de ex-pacientes que foram pegos com pés de maconha plantados dentro de armários nos quartos do hospital e que foram expulsos do local.

Da mesma forma o uso do álcool não acontece dentro do hospital, mas os pacientes usam a criatividade para burlar as restrições. Uma delas é o uso de cordas através dos muros - chamadas por eles de teresas (gíria oriunda do sistema penitenciário) - onde estão ligadas sacolas e alguém da rua deposita as garrafas a serem consumidas. O anúncio de promoção de bebidas, através de sistemas de carros de som, em bares próximos ao hospital (“cerveja a um real”) faz com que alguns fujam durante a noite e retornem somente na manhã seguinte depois de consumirem bebidas por um longo período.

O sexo talvez seja o assunto mais velado dentro daqueles muros. Os relatos contam da “tensão” que causa a presença das travestis junto à população masculina. Já numa das primeiras incursões a campo pude observar, num pátio interno onde muitos hospitalizados jogavam dominó e ping pong, que alguns conversavam em roda fumando um cigarro passado de mão em mão. Já estávamos quase saindo quando avistei ao longe uma travesti sentada sozinha num banco numa parte mais distante do grupo. Peço para conversar e me apresentam. Chama-se Júlia e está ali há dois meses, tendo passado dois no Hospital Emilio Ribas em São Paulo aguardando vaga. Cabelos pelo ombro pintados de loiro, unhas coloridas, bijuterias imitando ouro, ela conversa brevemente, conta que tem pouco entrosamento ainda e que na maior parte do tempo fica sozinha.

Um dos médicos em outra ocasião tocou no assunto e contou que “elas são muito sedutoras, principalmente com os internados há mais tempo” e afirma que como o hospital tem inspiração católica e não distribui preservativos, “o que muitas vezes fizemos é a distribuição camuflada, quase clandestina” (Diário de Campo 15 31.03.2015).

O relato de uma das travestis internadas colhido no desenvolvimento da pesquisa reforça como um outro ponto de vista de realidade relatado pelos profissionais de saúde e que se sintoniza mais no silenciamento do tema patrocinado pela instituição:

“No fim de semana isto aqui é um tédio. As faxineiras vão embora e nós ficamos aqui sozinhos, com os vigilantes mais preocupados em dormir. Eu me divirto caçando, os banheiros aqui são bem agitados”, conta entre risos. Diz que nunca teve namorados no hospital, pois prefere “hoje usar este corpo, amanhã o outro.” Para ela o sexo é “muito escondido ali”, mas desde que foi internada conta que tem sexo “quase todos os dias”. (Diário de Campo 13 - 03.03.2015).

As alternativas apresentadas aos ali internados na tentativa de substituir o prazer que a droga, o álcool e o sexo proporcionam – e a que eles tinham franco acesso na rua – acabam sendo as atividades lúdicas de artesanato, grupos de mútua ajuda, aulas e os cultos religiosos que acontecem ocasionalmente. No entanto, se nota que embora seja um número pequeno de internados que participem destas atividades são estes os considerados com maior “chance de cura”, numa avaliação de cunho moral indo além do uso dos remédios ou da terapia prescrita.

Conforme Csordas (2008, p.14):

A cura em sua acepção mais humana não é uma fuga para a irrealidade e a mistificação, mas uma intensificação do contato entre o sofrimento e a esperança no momento em que encontra uma voz, onde o choque angustiante da vida nua e da existência primeira emerge da mudez para a articulação. Uma compreensão da cura como um processo existencial requer a descrição dos processos de tratamento e especificação dos efeitos sociais e psicológicos concretos de práticas terapêuticas, bem como a determinação do que é considerado doença com necessidade de tratamento em contextos culturais específicos, e quando se pode dizer que a cura foi realizada.

Os contextos de tratamento da tuberculose são muitas vezes embasados numa espécie de disciplina que não acolhe, mas faz cair a culpa do abandono diretamente sobre os ombros dos pacientes. Pequenos gestos revelam isso, mas com impacto a quem os

assiste e, certamente, a quem o sente indicando ainda uma mudança importante de abordagem do não prosseguimento do tratamento entre os profissionais que atendem na rua e os que os tratam dentro da instituição.

Duas situações presenciadas ilustram essa diferença na abordagem que contribui para o resultado final na adesão ao tratamento e sua finalização com a cura.

A primeira junto da equipe da UBS Lapa, num local chamado de uma “mini cracolândia” da região Oeste, em São Paulo. Passando pelo portão Nove do Ceasa (esquina da Avenida Nações Unidas com a Avenida Manuel Bandeira), já se notam as pessoas acumuladas em pequenos grupos, levando carroças ou amontoadas em pequenas malocas, cercados de cachorros, junto a um muro. Quando o veículo que estava nos levando para e os agentes e a enfermeira descem, alguns percebem e se aproximam. Diógenes é um deles, fazia tratamento de tuberculose junto à equipe e desapareceu. A enfermeira o chama e conversam:

ENFERMEIRA- Oi. Onde você andava?

PACIENTE- Tava por aí me virando.

ENFERMEIRA- E a tosse melhorou?

PACIENTE- Parei de tossir sim, tô melhor.

ENFERMEIRA- Mas tem que continuar tomando os remédios?

PACIENTE- Se eu tô bem não precisa né? Se ficar mal eu volto. Não quero este compromisso, eu esqueço ou bebo demais e tenho outras coisas.

ENFERMEIRA- Passa lá na UBS pra gente conversar?

PACIENTE- Quando precisar passo sim.”

(Diário de Campo 11 - 21.01.2015).

A não adesão ao tratamento, pelo entendimento de que a melhora chegou, é uma percepção do paciente que, embora seja informado da necessidade de continuidade, prefere não continuar ingerindo os medicamentos. Uma atitude pessoal que tem repercussão, mas que está calcada no seu sentimento de que está melhor e não precisa. De sua parte o profissional procura chamar a atenção para a necessidade de continuidade, mas sem intimidá-lo ou amedrontá-lo, e por fim chama para uma “conversa”, deixando a porta aberta para o acolhimento, pois certamente o vínculo já tinha sido criado.

Situação similar foi presenciada no hospital dentro da ala de pacientes com tuberculose resistente. Depois de calçar uma máscara cirúrgica, que tapa o nariz e a boca, ligada por elásticos justos que apertam atrás das orelhas, entramos na área de isolamento do hospital chamada Bloco A, onde o tempo médio de internação é de três meses. Dividido em três partes, o setor tem no centro uma sala, em estilo aquário, com enfermeiros, um consultório e outros cômodos. À esquerda seis quartos abrigam pacientes acamados ou resistentes. São pessoas muito magras, que em geral ficam deitadas, poucos andam pelo corredor. No outro extremo, separados por uma porta de vidro, estão os pacientes multirresistentes que já passaram por vários esquemas de tratamento. São em número menor em relação aos outros grupos, alguns ficam sozinhos nos quartos.

A enfermeira cumprimenta um pelo nome, Rogério Thales, e ele responde rispidamente: “Como sabe meu nome?”. Ela responde: “Eu te conheço, você já esteve aqui várias vezes né?”. Ele diz que não e sai balançando a cabeça. Cruzamos pelo seu quarto, a porta aberta permite ver borboletas desenhadas em cartolinas, recortadas e presas na parede. A música pesada enche o ambiente. A enfermeira conta que ele é um dos pacientes mais difíceis pelo jeito ríspido e pouco sociável. (Diário de Campo 17 30.05.2015).

A descontinuidade do tratamento neste caso é encarada por outros pontos de vista, com uma insinuação de culpabilidade e um desnudar da atitude de não adesão, a que o paciente responde de forma ríspida. A agressão evidenciada pelos pacientes muitas vezes é uma consequência da forma com que é percebido ou rotulado. No caso anterior, mesmo optando pela não continuidade, o diálogo termina com uma porta aberta para quando quiser ou precisar, neste, parece que a conversa já inicia com a rotulação (“você já esteve muitas vezes aqui né?”) e imediatamente se encerra. Num mundo isolado e todo seu, o paciente parece buscar nas borboletas que desenha e no rock metal que ouve as possibilidades de liberdade que parece ter tido antes e a rebeldia que não pode expressar totalmente, enquadrado que está num sistema.

“Pegando Mais Leve”: uma forma nativa de Redução de Danos

Chama a atenção que mesmo submetidos a limitações pelo estado de saúde, pela rigidez dos tratamentos ou pelo aspecto físico da internação, os pacientes parecem criar possibilidades de se manterem ligados à cultura que os forjou, principalmente à liberdade da rua e ao comportamento de não buscar aprovação. “Os pacientes não fazem questão de ser aceitos, a gente que tem que se inserir com eles”, relatou outro profissional do hospital. Inserir no caso, como se observou, é a criação de oportunidades de reflexão dentro de atividades outras durante a internação. Nota-se que aqui a ideia da cura deixa de ter apenas um aspecto físico, com a ingestão dos medicamentos e a realização de exames que o comprovem reabilitado, mas ganha uma dimensão maior de projeto de vida, abandonando os hábitos pretéritos, “os devires que o modelo de saúde dominante diz ser impossível” (DELEUZE, 1997, p. 3).

Durante o campo se cruzou com situações semelhantes em que o morador de rua que quisesse ter acesso a oportunidades de alimentação e saúde deveria abandonar o comportamento antigo, inclusive as roupas que trazia, como visto na Missão Batista Cristolândia, na região central de São Paulo. O banho e o abandono de tudo o que traz é um simbolismo para um renascimento e abandono do que está sujo. Como afirma Mary Douglas (2012, p.34), “a sujeira é, essencialmente, desordem. Não há sujeira absoluta: ela existe aos olhos de quem a vê. (...) A sujeira ofende a ordem. Eliminá-la não é um movimento negativo, mas um esforço positivo para o ambiente”.

Trinta (2014, p.22), que estudou a Missão Cristolândia afirma que:

por outro lado a figura do inimigo irreconciliável é, para os evangélicos, o diabo e não as pessoas que estão sob a influência de forças malignas. Por isso, os evangélicos se posicionam como mediadores de uma reconfiguração moral dos espaços e dos comportamentos, sobretudo, através de suas tecnologias e saberes de evangelização e conversão.

Mantidas as proporções, vários profissionais de saúde assumem esse papel mediador, em busca de mudanças consideradas por eles como fundamentais para o processo de cura. A ideia antiga da prática das ciências da saúde como sacerdócio ressurgiu repaginada e adaptada ao século XXI.

Mas se por um lado há essa tentativa de mudança de curso, por outro se observou que o “manter-se no curso” passa a ter um espaço importante na cultura do paciente, uma âncora para saber quem é, de onde veio e o que pretende, para não perder sua essência frente às constantes tentativas de mudá-lo. Este âmbito subjetivo do processo de cura vai além do que os resultados dos exames mostram, mas atinge patamares diferenciados, pois na medida em que o paciente resiste na sua cultura, ele também se fortalece em sua personalidade e atinge um tipo de cura, no seu entender, também efetivo. O pensamento

de Czordas (2008) colabora diretamente neste entendimento ao afirmar que “Muitos modelos analíticos ou relegam a experiência de cura a um âmbito simbólico ou imaginário ou recorrem a mecanismos inespecíficos para explicar a transformação da situação dos pacientes”(p.220).

Diante da realidade de prazer que o uso contínuo de álcool e outras drogas possibilita, e que serve como lenitivo ao sofrimento enfrentado no cotidiano, quando a situação de saúde fica adversa, diminuir ou espaçar o uso se torna uma alternativa para quem não quer abandonar totalmente o consumo. Em diversas ocasiões na pesquisa de campo nos deparamos com situações em que, mesmo proibido e condenado, o uso era presente.

Visitando um complexo de albergues no Pari, um agente contou que a realidade noturna é bem diferente do que vemos durante o dia: “O cheiro de maconha impera à noite, alguns usam crack e o álcool, apesar de proibido, é consumido. As garrafas são trazidas escondidas dentro de bolsos de calças, casacos e bermudas. Mas o uso é somente à noite.” Também na região da Barra Funda, chegamos a um ponto que os agentes chamam de “buraco”. (Diário de Campo 10 - 21.01.2015).

Numa ponte debaixo da Marginal Tietê, próxima à Freguesia do Ó, vivem cerca de 20 pessoas, usuários contínuos de crack. Para se chegar lá, além de caminhar um pouco, e descer as encostas do riacho que passa embaixo da ponte, é preciso cuidado de equilibrista para não cair. Para garantir sobrevivência essas pessoas realizam pequenos tráficos como “aviãozinho” de traficantes da região. Ali e no entorno estão cinco grávidas atendidas com prioridade pelos agentes. Trata-se de um ponto crítico e perigoso que exige uma relação de confiança e vínculo bem construído. Todo o pré-natal é feito com agendamentos

prévios e conversas para que o uso seja mais moderado nas vésperas e no dia das consultas. “*Para que peguem mais leve*”, explica o agente. Mesmo assim muitas crianças, assim que nascem, sofrem convulsões e outras consequências do uso intenso do crack pelas mães. (Diário de Campo 9 - 14.01.2015).

Observa-se nesses exemplos que há uma noção de que o uso pode ser restrito a alguns horários do dia ou diminuído em algumas situações específicas, mas não abandonado. O autocuidado, neste caso, passa por conhecer os horários e os limites do consumo, ou seja, por estabelecer prioridades para seu uso. A noção de “pegar mais leve” se liga diretamente a um autoconhecimento do corpo e do efeito do uso de drogas sobre ele, uma autoadministração possível e que - mesmo em choque com as orientações tradicionais dos profissionais de saúde - gera efeitos desejados pelo indivíduo.

No entanto, parece existir uma “ética própria” entre os que vivem nas ruas em relação ao uso de drogas e que, muitas vezes, reproduz o estereótipo de preconceito e discriminação que grande parte da sociedade que os cerca tem em relação a eles. Dentre todos os usos, o crack parece ser o alvo maior de exclusão entre esses grupos, pois sua utilização vai além do limite do prazer que a pessoa possa ter, mas avança para uma zona que inspira perigo e incita o afastamento. Interessante notar que a pressão social e midiática que torna estes usuários párias sociais, criando um estereótipo de perigo e asco, se reproduz também entre eles, construindo muros de mais isolamento e discriminação. Andando pela região da Bela Vista, os ACS contaram que a discriminação com usuários de crack acaba sendo maior, principalmente em áreas onde o álcool é consumido de forma intensa e os usuários expulsam os “craqueiros” de perto. (Diário de Campo 5 25.11.2014).

Na região do Belém, próxima à estação Tatuapé do metrô, junto a um muro que separa as avenidas, funciona como um dormitório de dezenas de moradores que dividem espaços nas noites paulistanas. Naquela manhã em que estive lá o “rapa” tinha passado por ali, e o que se ouvia eram reclamações. Os profissionais dos Consultórios de Rua comentam que o uso do crack é “proibido” naquela área. “Se algum usuário aparece o mandam caminhar...”, explicaram. (Diário de Campo 14 -18.11.2014).

“Pegar mais leve” seria a versão adaptada para a estratégia de Redução de Danos para a realidade dessas pessoas. Mesmo não conhecendo os conceitos e as discussões teóricas, a adaptação do uso ao cotidiano da vida visa uma busca de prazer administrado de forma peculiar para que não resulte em danos à saúde ou à integridade física. Notou-se que a renúncia ao prazer ocasionado pelo uso, que também serve como lenitivo diante das adversidades da realidade vivida, seria como quebrar o último vínculo que os prende a uma vida dolorosa, uma derradeira chance de continuar vivendo. Por mais estranha e contraditória que seja esta ideia, o uso de drogas de forma “mais leve” revela uma possibilidade de superação.

Segundo conceito da *International Harm Reduction Association*:²¹

Redução de Danos se refere a políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. Redução de Danos beneficia pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade.

No Brasil o conceito está inserido na política pública por meio de várias legislações, mas entre a lei e a prática há um abismo ainda, como foi verificado durante o campo. Um exemplo relevante disto foi ao conhecer a Casa Taiguara e Taiguarinha, que

²¹ <http://www.ihra.net/> acessado em 22/08/2015

fica na Rua Treze de Maio, região da Bela Vista, em São Paulo. Lá se abrigam crianças e adolescentes, muitos em situação de rua, mas também vários com conflitos familiares ou abandonados por suas famílias. Uma educadora é encarregada de nos receber e apresentar; ela explica que a casa é “antiga e segue o estatuto antigo”. Os cartazes proibitivos estão afixados em destaque e ela nos explica: “aqui não pode brigas, não pode fumar, aqui não tem redução de danos.” Ou seja, mesmo preconizada como política pública, a aplicação ainda segue restrita. (Diário de Campo 3 -12.12.2014)

Conforme Queiroz (2001, p.21), “Ainda que não se admitam as estratégias de Redução de Danos como legítimo direito dos usuários de drogas e contribuição essencial para a superação de um paradigma tão insatisfatório como a associação imediatista do uso de drogas com o crime ou com diferentes problemas de saúde.” Tem-se a impressão que na escala de valores do que pode ser concedido ao morador de rua e ao usuário de drogas, a saúde aparece como valor maior tanto na recuperação, como na manutenção de um padrão estabelecido, como em ações de prevenção e promoção que levem em conta questões já pré-determinadas pelo profissional de saúde que o acompanha ou pelo sistema de saúde que o envolve.

No entanto, a cidadania como possibilidade de escolha sobre sua própria vida, inclusive pelo padrão de uso que quer empreender, é uma opção não oferecida ou camuflada pela ameaça das consequências que esta decisão pode causar. Embora o retorno à saúde seja um objetivo desejado pelo sistema público que circula o paciente em tratamento, o desejo deste parece ser muito mais na perspectiva de se manter bem para a continuidade daquilo que lhe dá prazer. Menosprezados no processo de tratamento, os desejos parecem estar entre os principais fatores que movem os pacientes na busca não da cura, mas do retorno a um padrão de saúde que lhes garanta a continuidade de uma vida

com algum prazer. Para Deleuze e Guattari (2010) desejo é movimento: “faz passar estranho fluxos que não se deixam armazenar numa ordem estabelecida”, e embora sejam exercícios individuais estes crescem e constroem máquinas “que se inserem no campo social e são capazes de fazer saltar algo, de deslocar o tecido social” (DELEUZE e GUATTARI, 2011 p.19).

O uso controlado de drogas e a estratégia de redução de danos chegam perto do entendimento dos desejos que movem os pacientes, e por extensão movem todos nós, mas no âmbito do tratamento da tuberculose, conforme observado, ainda existem barreiras para que este entendimento possa ser melhor explorado em benefício à promoção da saúde, levando-se sempre em consideração a ótica do paciente. A imposição de regras visando ao cumprimento de um protocolo não é suficiente para garantir uma evolução para a cura, e a dificuldade de lidar com a expectativa de um ideal em troca de um pragmatismo mais efetivo é um elemento fundamental neste entendimento.

A busca de um uso com menos risco e a gestão do autocuidado parece obedecer ao que está na raiz da história da redução de danos quando, na Holanda, no início da década de 1980, um grupo chamado *Junkie Bonds* se organizou e pressionou o governo holandês pelo acesso a seringas descartáveis para uso individual (SIMSTON, 2002 apud CALIL, 2015). Mas enquanto naquele país a iniciativa coube aos próprios usuários, no Brasil ela nasceu através de uma intervenção da saúde pública sobre uma realidade gritante, já na década de 1990, que era a transmissão do HIV por meio do uso de seringas compartilhadas.

A participação dos usuários na gestão do risco parece acontecer, pelas experiências pesquisadas, por meio de iniciativas individuais, partilhadas de forma muito restrita e

discreta e que visam à continuidade do uso, mesmo quando em situação limitada. O que pelo lado dos pacientes/usuários é tido como alternativa entre o uso contínuo e a abstinência total, muitas vezes pelos profissionais de saúde soa como “desrespeito” às regras estabelecidas e, portanto, elemento propulsor de descontinuidade no tratamento, recaídas e não desfecho de cura.

Conforme Calil (2015, p.87): “A Redução de Danos é constituída por uma ética do cuidado que respeita e acolhe as diferenças, não exigindo que comportamentos ditos saudáveis sejam seguidos por todos”. No entanto, pelo observado, se houve avanço nas últimas décadas em relação ao uso de drogas e à transmissão do HIV e das hepatites virais, o mesmo não se pode dizer em relação à tuberculose, principalmente quando dentro do ambiente de internação a que os pacientes estão submetidos. Os Consultórios da Rua, que nasceram após a reforma psiquiátrica e possuem um ideário mais “aberto”, com diálogo direto com os Centros de Atenção Psico Social (CAPS), têm vínculo mais consolidado e possibilidades de acesso mais direto ao morador de rua, mas esbarram na limitação do seu trabalho sem muito a oferecer além do que já fazem. Quando internados, no entanto, a realidade muda. O acesso a coisas que eram distantes da realidade cotidiana do morador como refeições, consultas médicas e exames e oportunidade de atividades diversas substitui a pobreza de sua realidade anterior; no entanto, a pregação para mudanças cresce e aí que a criatividade individual vai gerar estratégias para o uso.

Uma nova forma de encarar a Redução de Danos parece emergir desse exercício individual, que consiste basicamente em verificar sua situação, seu desejo e a forma de conseguir ligar estes dois blocos. Nesse contexto, a produção de novos saberes se dá “a partir da compreensão do significado do contexto particular” (GONDIM, 2003. p.15). De certa forma, se assume uma responsabilidade e se incrementam ações em cima delas, a

maioria, claro, de forma subterrânea e escondida. Este individual campo de práticas acaba pouco conhecido e sistematizado, e não se confronta diretamente com o pensamento tradicional das práticas saudáveis.

O tratamento da tuberculose, nesse contexto, parece ser uma excelente oportunidade de reflexão sobre o papel dos prazeres e desejos em corpos submetidos à disciplina e à restrição. Historicamente, a tuberculose se liga a consequências de uma vida vivida fora de padrões sociais exigidos e, portanto, o retorno a um estilo saudável passa por uma negação dos “vícios” que levaram àquela situação. No entanto, negar o prazer não tem se mostrado como uma realidade positiva na busca do intento principal de cura. Saber lidar com ele e inserir as práticas prazerosas no mundo das práticas saudáveis tem se apontado como uma alternativa, embora ainda cercada de muitas resistências. E somente com o autoconhecimento, dos limites e potencialidades, que este exercício pode ser feito, como lembra Foucault (1979, p.19): “não é possível cuidar de si sem se conhecer.” O cuidado de si é certamente o conhecimento de si.

Uma figura ilustrativa dessa situação de escolhas e negações está no livro “A Montanha Mágica”, do escritor alemão Thomas Mann. A certa altura, o autor conta uma reunião que o médico chefe do Sanatório, onde se passa a trama, faz com os pacientes de tuberculose ali internados e reflete sobre a contenção e seus efeitos.

Existe então uma tensão extraordinária, uma paixão que ultrapassava as medidas habituais, burguesas, e essa tensão se fazia sentir entre os dois grupos de forças, que eram a necessidade de amor e os impulsos contrários, dentre os quais cumpria mencionar a vergonha e o asco. Travada nos abismos da alma, essa luta impedia, nos ditos casos, que os instintos extraviados chegassem a ser abrigados, protegidos e moralizados, daquele modo que conduzia à harmonia usual e à vida erótica regular. E como terminava esse combate – pois tratava-se de um combate – entre as potências da castidade e do amor? Terminava, aparentemente, com a vitória da castidade. O medo, as conveniências, a repugnância pudica, o trêmulo desejo de pureza – todos eles oprimiam o amor, mantinham-no agrilhado, nas trevas, davam acesso à consciência e à atividade, quando muito a uma parte, jamais, porém, ao todo múltiplo e vigoroso das suas

reivindicações confusas. No entanto, essa vitória da castidade não era mais que aparente, não passava de uma vitória de Pirro, pois a potência do amor não se deixava reprimir nem violentar, o amor oprimido não estava morto, não; vivia, continuava, nas trevas, no mais profundo segredo, a almejar a sua realização, rompia o círculo mágico da castidade e ressurgia, ainda que sob forma metamorfoseada, difícilíssima de reconhecer... E qual era, afinal, a forma e a máscara que usava o amor vedado e oprimido na sua reaparição? Eis o que disse o Dr. Krokowski:

– Sob a forma de doença. *O sintoma da doença nada é senão a manifestação disfarçada da potência do amor; e toda doença é apenas amor transformado.* (p.163).

Passados quase um século da publicação desta obra, parece que os efeitos do abandono dos prazeres ressurgem como alternativa para o caminho da cura, antes em elegantes sanatórios frequentados pela elite nos alpes suíços, hoje nas ruas de São Paulo e na internação pública de Campos de Jordão.

Capítulo 6

Os (Bio)Poderes Cotidianos

“Os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da rede social e, neste complexo, os micro poderes existem integrados ou não ao Estado.”

(FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. 1979 p.38)

“O Doutor falou que quando eu usava drogas eu colocava nos outros a culpa dos meus problemas”

(Diário de Campo 18 - 06.05.2015)

“Nunca tive namorados no hospital prefiro hoje usar este corpo, amanhã o outro.”

(Diário de Campo 18 - 06.05.2015)

O exercício da respiração é um exercício da manutenção da vida. O ar que enche os pulmões e traz consigo uma ideia de continuidade do instante seguinte. Portanto, qualquer prejuízo no ato de respirar significa também uma ameaça à capacidade de continuar vivendo, e este dano passa a ser gerenciado para um retorno à condição ideal. Por mais altruísta que este pensamento pareça ser, esconde em seu interior uma série de valores individuais aplicados na gestão do retorno à saúde, e até uma forma perversa de limitar e condicionar o paciente acometido, que está sob os cuidados de um profissional de saúde.

A ideia de cura sanatorial da tuberculose, longe do convívio social, apontava basicamente para o repouso, a prática de exercícios, alimentação e banhos de sol como formas de superar o trauma de saúde. Posteriormente, com o advento dos medicamentos, o isolamento tinha como motivação maior a garantia de seu uso até o final do tratamento, mas

escondia um certo medo social da contaminação e a segregação também servia a efeitos de segurança, evitando a proliferação do bacilo.

Com o avanço da industrialização e a diminuição dos casos de tuberculose, os olhos da saúde pública se voltaram para outras patologias; e somente com o advento da aids nos anos 1980 que a tuberculose voltou a ter relevância de gestão e recursos. Hoje é a doença que mais mata pessoas que vivem com aids, sobretudo os mais excluídos socialmente, expostos não apenas à baixa carga nutricional, mas também à exclusão social, sem acesso à educação, trabalho e maiores cuidados de saúde. Maior estigma ainda recai sobre os tradicionalmente rejeitados do convívio social, que acabam sofrendo dos males do pulmão. Os moradores de rua, e por extensão os usuários de drogas socialmente condenadas, acabam sendo a população prioritária dessas internações e, por consequência, alvos de ações que extrapolam os cuidados de saúde preconizados, pois avançam no campo da moral e dos costumes.

No entanto, a culpa exige uma administração para ser redimida, um operador que intermedia a volta à normalidade de saúde, mas que vai também, além disso, indicando caminhos de superação e inibindo eventuais reincidências que possam levar o paciente a “cair” novamente. Esta prerrogativa recai sobre os profissionais da saúde que organizam o cotidiano e os fluxos dentro da instituição hospitalar. A eles cabe a decisão dos horários, a oferta de atividades, o julgamento da evolução do quadro de saúde, a alta e todos os benefícios ou penalidades a que o paciente fará jus. “Ao identificar as anomalias, as tecnologias do biopoder estão na posição perfeita para supervisioná-las e administrá-las”. (DREYFYS e RABINOW, 1995, p.66). Esse exercício estabelece hierarquias de decisão e opinião que ultrapassam as questões científicas, mas avançam para um julgamento sobre os motivos que levaram à doença e nas práticas que vão fazê-lo retornar a um estado de bem-estar idealizado.

Talvez as instituições de saúde sejam o espaço por excelência de exercício do biopoder, não apenas por controlar o ritmo dos dias do paciente internado, mas também por delegar a um grupo a decisão sobre o potencial de desenvolvimento e capacidade de retorno ao cotidiano do qual foi tirado. Para isso, padrões de normalidade são criados, vinculando as alterações do quadro de saúde a outros aspectos que passam a ganhar relevância como se tivessem base científica. Esta “expansão da normalização funciona através da criação de anormalidades que ela deve então tratar e reformar”. (DREYFYS e RABINOW, 1995, p.67)

A administração da vida, através da recuperação da capacidade respiratória, ganha ares de um tipo de exotismo místico que vive em paralelo à história social da tuberculose: “no passado longínquo a tuberculose esteve ligada ao misticismo e só no século XVIII foi entendida como doença” (Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas, 1997, p.12). Já nos dias de hoje, com a criação e consolidação de técnicas e práticas de tratamento, se pretende ir além do preconizado pelos manuais, penetrando no terreno do mental/espiritual, juntando elementos religiosos como a participação em cultos e a presença de imagens na maioria dos cômodos hospitalares, sessões de autoajuda em grupos de trabalhos manuais e atendimentos de terapia breve. Torna-se então a “batalha pela saúde” algo que se dá não apenas no campo da recuperação física, mas também que envolva aspectos de encaminhamento a um padrão de vida e comportamento considerado correto por quem administra o processo de cura e que, em última instância, representa o sistema público de saúde.

Parece haver um esquema básico da importância do ar no cotidiano e sua relação direta com a vida e a valorização do viver. Nota-se que da mesma forma com que o ar é fundamental para a vida humana, e sua qualidade no dia a dia das grandes cidades fica cada vez mais sujeita a normas de controle, visando evitar um peso de poluição acima do suportável; os pulmões, aparelhos onde o ar é armazenado e transformado em energia, devem

estas limpos e abertos para a vida; seu comprometimento representa um risco sério de morte e seu descuido um descaso com a vida. Limpá-los significa mais do que superar uma limitação de saúde, mas avança para uma noção obtusa sobre purificar o “depositório da alma”, ressignificando o movimento da respiração e o movimento da vida. Mas para este intento existem regras a serem seguidas, responsáveis pela condução do paciente no processo e um código de conduta a ser seguido e constantemente avaliado. Essa situação gera um poder grande dos cuidadores sobre os pacientes e influencia diretamente na forma de encarar o tratamento, a adesão e a finalização com o alcance da cura.

Cria-se um tipo de “Biopoder Pulmonar” que se exerce através de uma forma de controle muitas vezes mais orientado por questões pessoais dos profissionais, do que por orientação direta da gestão pública. O entendimento do profissional sobre a situação de vida do paciente, seus valores, preconceitos, formas de interagir durante o período de convivência no tratamento e capacidade de ouvir e acolher os pacientes são fatores decisivos para a avaliação do progresso do tratamento e das chances de alcance a um equilíbrio desejado. Nem sempre os desejos do paciente, dos profissionais de saúde, da família e da comunidade onde este paciente está inserido coincidem e para isto a persuasão em cima da pessoa acometida pela doença atua de forma direta e em diversos níveis, principalmente através de discursos coercitivos ou ameaçadores.

Para impulsionar estas reconfigurações de mudanças, uma das formas é o processo de convencimento que o profissional de saúde tenta exercer sobre o paciente para a realização de exames de diagnóstico, adesão ao tratamento e consequente conclusão e cura da tuberculose. Além disso, conforme já falado aqui, o sistema de argumentação avança para questões mais amplas da vida do paciente como a mudança do padrão de uso de drogas, até o abandono, a busca de alternativas de trabalho e estudo e até - num aspecto mais íntimo -

modificações morais visando reflexões sobre o papel da droga na vida e as consequências trazidas pela situação do uso problemático.

Conforme Cunha da Silva (2013, p.15):

O que se objetiva concretamente com tais discursos é que a conduta dos indivíduos e da massa se torne cada vez mais governada pelo consumo de um conhecimento considerado reflexivo, de modo que se desloque ou se esvazie aqueles discursos incorporados pela tradição ou pela força do hábito.

O “fazer a cabeça” do paciente significa tentar modificar seus hábitos para que estes se transformem em ações de promoção de saúde, baseadas principalmente em conceitos considerados como corretos, onde o somatório de saber do paciente é muitas vezes secundarizado, quando não desprezado. Por sua vez, o sistema de saúde muitas vezes se comporta como um instrumento de limpeza social, um meio para a sustentação da ideia higienista de afastamento das pessoas que causam asco, repulsa ou algum tipo de sensação ruim. Sob o argumento de que as pessoas que vivem na rua estão em situação de vulnerabilidade ou risco agravado, se criam condições prévias de autorização para removê-las e isolá-las. A saúde pública vira instrumento de sustentação para isto, como um tipo de “estado de exceção” e controle dos corpos que são ameaçadores.

A tuberculose é emblemática nesta realidade, sobretudo por ser uma doença urbana, de grandes conglomerados de pessoas postas à margem e que, sem chance de acessar uma qualidade de vida, acabam caindo no sistema estatal de proteção que, as vezes, oferece equipamentos e serviços lotados ou em condições precárias de atendimento. O cruzamento de situação de rua, uso de drogas e tuberculose dá destaque a uma realidade da situação de exclusão vivida por boa parte da população e do quanto ela é usada como argumento de segurança da sociedade. A doença que outrora estava presente de forma idílica em histórias de romances ou era associada ao amor demasiado hoje é

vivida como base para se legitimar mais exclusão a grupos já historicamente excluídos.

Sontag (2077) se refere a uma culpabilização do paciente pelo mal que adquiriu: “a transformação da doença em inimigo leva inevitavelmente à atribuição de culpa ao paciente, muito embora ele continue sendo encarado como vítima” (p 53). Ampliando um pouco esta ideia, se percebe que além da “culpa” da doença, os pacientes carregam outras culpas muito ligadas ao uso de drogas ou à realidade da vida na rua. A situação vivida é apontada como “escolhas” feitas pelos mesmos e cuja modificação do tipo de vida cabe exclusivamente a eles realizar, não se levando em consideração os determinantes sociais em que o paciente está inserido e, principalmente, os fatores que o paciente considera como importantes em sua vida como o prazer, a liberdade e a chance de sociabilidade com pessoas com o mesmo entendimento.

Conforme Rosenberg (2002, p.15),

“os diagnósticos, ao se referirem às patologias como entidades, tornaram-se importantes não só por serem valiosos conceitos e guias para posterior investigação e maior compreensão dos processos dentro do corpo, mas também porque passaram a existir um espaço social reconfigurado, definindo o papel do doente e os procedimentos de diagnóstico e dos protocolos terapêuticos.”

Ou seja, ao se diagnosticar a tuberculose, se imprime junto um rótulo que não apenas acaba, muitas vezes, por ser a única referência pela qual o paciente é conhecido, mas também por criar condições que o limitam em determinados espaços onde ele terá a chance de superação desta adversidade de saúde, desde que adequado ao estabelecido como padrão.

Foucault, ao cunhar a expressão biopoder, centrava sua crítica nas práticas do estado visando ao controle sobre corpos: “A velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano será agora recoberta pela administração dos corpos (poder disciplinar) e pela gestão calculista da vida.” (FOUCAULT, 1979, p.47). No cuidado à

tuberculose em São Paulo, o estado terceiriza essa gestão, repassando a organizações sociais este trabalho que, embora amparado pelo arcabouço legal do Sistema Único de Saúde, acontece de fato na ação dos profissionais com acesso direto aos pacientes. É ali no encontro individual entre um Agente Comunitário de Saúde, ou outro profissional mais graduado, com alguém em situação de rua, que a interação de fato ocorre e que os poderes surgem de forma mais destacada ou velada, conforme a situação. O uso dos coletes azuis dos ACS ou do jaleco branco dos outros profissionais funciona como um “manto de poder” que os destaca nas intervenções realizadas e legitima sua ação nos terrenos de mais difícil acesso, não comprometendo sua segurança, mas – pelo contrário – garantindo que a presença naquele espaço está liberada e protegida. Canguilhem (2005) assinala a existência de uma “decalagem entre a esperança fundamentada, no paciente, sobre a presunção de poder, fruto do saber, que ele empresta ao médico, e a consciência dos limites que este deve reconhecer em sua eficácia” (p.33)

Na região da Luz, chamada de Cracolândia, numa manhã circulando com uma equipe de Consultório na Rua, um homem negro com cachimbo na mão chamou o médico que nos acompanhava e à parte perguntou o que eu estava fazendo ali, junto “do pessoal da saúde”. Durante o campo, muitos me olharam com desconfiança e curiosidade por não estar vestido como eles, mas nenhum me abordou. A proximidade dos profissionais com a população cria um tipo de vínculo de confiança que, por um lado, aproxima mais da realidade vivida pelos pacientes, mas também os mobiliza no sentimento de ampliar o olhar ou até buscar reflexões maiores sobre o sofrimento vivido. (Diário de Campo 02 04.11.2014).

Curadores, bem como médicos, não apenas compartilham com seus pacientes um conjunto altamente organizado de disposições corporais (...) mas também adquirem um conhecimento empírico cumulativo da variedade do sofrimento humano na medida em que expandem sua experiência.” (CSORDAS, 2005 p.26).

A Sedução do Paciente e o Encantamento do Cuidador

O compartilhar da situação vivida entre pacientes e cuidadores cria laços que vão além do limite profissional e que avançam pela vida individual do cuidador. O paciente acaba também exercendo um papel de sedução ou de convencimento sobre o cuidador e, através destes atos, um tipo de poder, invertendo a ordem tradicional na relação cuidador x paciente. O poder também deixa de ser exercido num movimento de cima pra baixo, mas seu fluxo se torna lateral, embora de forma sutil e discreta.

“No ato do diagnóstico o paciente é necessariamente recriado numa estrutura que articula conceitos patológicos e poder social institucionalizado” (ROSENBERG, 2002, p.53). A ação direta destes poderes nem sempre ocorre de forma visível, dependendo da abertura do cuidador em relação ao paciente, ou do tipo de diálogo e relação que os dois costumam manter. Pelo observado, se a relação for baseada na simples distribuição de tarefas e supervisão, ela segue num nível de conformidade com o prescrito. Mas se ocorrerem possíveis revoltas, sobretudo na descontinuidade do tratamento ou na negação do seu uso, o paciente passa a ter uma relevância ao sistema de saúde, que se mobiliza cercando-o de atenções, numa atitude contraditória à rejeição a que estava acostumado ao longo da vida.

Nota-se isto principalmente quando um paciente de tuberculose, integrado ao tratamento, não é localizado na hora da ingestão do medicamento, como acontecia cotidianamente. De imediato, toda a equipe de Consultório na Rua se mobiliza, tentando

localizá-lo e reintegrá-lo ao sistema de tratamento. Outros consultórios, centrais, serviços e parceiros também acabam sendo acionados num esforço para tentar achar seu paradeiro. Estas atitudes de preocupação dos profissionais e do sistema de saúde parecem soar como um diferencial na rotina do paciente, e seu gesto rebelde de não cumprir as regras previamente estabelecidas (ficar num lugar diariamente para ser localizado e ingerir o medicamento, por exemplo), parecem ser mais uma tentativa de estender a atenção que raramente teve na vida.

Para Canguilem (2005) “o vínculo terapêutico é melhor definido como um debate entre duas pessoas, das quais uma quer ajudar a outra a adquirir uma estruturação tão conforme quanto possível à sua essência”(p.32) Em tese, enquanto uma pessoa está em tratamento, o cuidado se amplia, a preocupação aumenta, o número de pessoas ao seu redor interagindo e querendo ajudar é diferenciado. Finalizado o período, ela retorna à vida na rua, curado da tuberculose, mas com o mesmo número de problemas e sem a distinção que o período de tratamento lhe proporcionou. Se a atenção existe somente enquanto a pessoa está sob os cuidados de saúde dos profissionais, tentar alargar este período é uma forma de continuar sendo alvo de atenção, de se manter especial e com privilégios.

Este ponto diferenciado de tratamento parece não reverberar apenas em adesão imediata ao proposto, mas em “moeda de troca” para a busca de um cuidado exclusivo. Durante o campo se observou algumas situações assim, em que os pacientes simplesmente paravam de seguir o prescrito e, alvos de toda a atenção, decidiam o momento e a forma de voltar, sob o olhar preocupado e atencioso dos cuidadores. O excesso de gentilezas de algum profissional (como a enfermeira que recebe a todos com um sorriso largo e a frase “Bom dia meu amor, como está hoje?”) cria uma atmosfera de proximidade, tentando

esquecer por algum tempo as imensas diferenças entre os dois atores, mas tal gesto exemplificado parece ser também a senha para a continuação do recebimento destes gestos de carinho, algo estranho à realidade deles.

Numa das saídas ao campo na região da Lapa, acompanhados de uma enfermeira, chegamos próximo de um grande muro onde encostados nele se construíram vários barracos de papelão e lona preta. Lá se identificou um dos pacientes atendidos, então caminhamos em sua direção e a enfermeira chega saudando: “Olha o meu negrinho aqui”, e de imediato iniciam as perguntas preocupadas com seu estado de saúde e o sumiço durante o tratamento. Seguem-se respostas vagas e a promessa de “passar lá na UBS” algum dia, ao que ela responde que sempre que ele precisar, ela estará lá esperando por ele. O morador de rua sorri e se afasta. (Diário de Campo 11 21.01.2015)

Além disso se notou, em várias situações, que existe um tipo de “enganar” no que se refere à adesão completa do tratamento até o final desejado. Mesmo cheio de promessas de continuidade, de juras de vida regrada e de afastamento do uso de drogas, a realidade mostra uma situação diferente. O objetivo do paciente parece ser, como já falado, apenas um recuperar da saúde e um retorno à vida que tinha antes. Enquanto os profissionais almejam o cumprimento do estabelecido até o final, o ciclo completo de tratamento e cura, e transformam isso em metas profissionais e pessoais que se desdobram em frustrações quando os pacientes somem ou desistem da continuidade. Notando essa vontade imensa dos profissionais, muitos pacientes jogam com este desejo a fim de obter alguma vantagem ou um acréscimo na atenção. Não foram poucas as situações em que a busca de reforço alimentar, albergamento e a possibilidade de visitas a familiares se atrelaram à continuidade do tratamento, tornando-se condicionantes para isso, embora o mesmo nem sempre ocorresse de fato.

Já em outros casos, o uso de drogas continuado foi omitido, com o temor de alguma retaliação em caso de uma possível descoberta. Mesmo informando uma adesão confiável, um afastamento seguro, um regramento de vida cobrado, a realidade acaba não condizendo com o informado, mas a imagem passada de cordato e aderente parecer impulsiona sorrisos e vantagens e, portanto, acaba sendo mantida.

Mais delicadas ainda são as conotações maternais que parecem às vezes envolver este processo de aproximação. Notou-se no campo que algumas profissionais mulheres desenvolviam com os pacientes um tipo de relação muito próxima, que avançava além do estabelecido e invadia suas vidas pessoais. Uma enfermeira da região sul relatou que, em outro vínculo de trabalho que possui em território não coberto por Consultório de Rua, diariamente levava, no seu carro próprio, um paciente morador numa praça até a UBS para ingestão de medicamentos e, às vezes, alterado pelo consumo de álcool ou cansado de caminhar durante o dia, ele preferia ficar dormindo a se tratar, o que lhe causava não apenas uma frustração, mas um sentimento de impotência frente àquela realidade. “Eu pensei, se fossem meus filhos o que eu faria para convencê-los a se cuidar.” (Diário de Campo 12 02.03.2015)

Há ainda pequenos jogos de conotação erótica que permeiam algumas aproximações e atitudes, que excedem o campo do carinho e do cuidado e beiram um insinuar com contornos sexuais; que acreditamos que na maior parte das vezes não se concretiza, mas a possibilidade ativa uma área de atenção entre os envolvidos que parece resultar em algum elemento a mais de benefício. Houve relato de uma agente de saúde, da região do Brás, que se envolveu com um morador de rua albergado e acabou sendo desligada de sua atividade. Da parte dos pacientes a busca de atenção quando não ocorria pelo ato de forçar uma procura, parecia ser percebida em pequenos gestos de cordialidade

(sorrisos, olhares, pequenos toques) que flertavam com uma zona nebulosa entre o profissional e o pessoal, entre o empenho e a carência humana. Foi percebido que os pacientes mais jovens, com corpos mais atléticos, ganhavam mais atenção em algumas atividades como as aulas de reforço, sentavam ao lado da professora, tocavam no seu braço, sorriam olhando nos olhos e ao final da aula a conversa girava sobre a participação em alguma outra atividade desejada por eles, como um passeio externo, para o qual alguns apenas seriam selecionados. O tema é complexo e profundo e exigiria um outro estudo para melhor entendê-lo.

O mundo do tráfico parece fascinar alguns profissionais, que criam ao redor da atividade uma série de fantasias e as projetam nos pacientes. Acompanhando uma das aulas de reforço de matemática, a professora me chama a atenção para a letra de um dos alunos, num exercício de operações básicas de soma e subtração. “Percebe como os números são bem feitos, sintonizados, bem desenhados”, me diz ela acrescentando sua análise: “este cara era um grande traficante lá fora, carrega um senso de organização incrível.” (Diário de Campo 14 17.03.2015)

A tuberculose acumulou ao longo dos séculos diversas conotações de transgressões, desvios, práticas não elogiáveis e até aspectos mágicos ligados ao vampirismo. Dentro dos muros do hospital se tem a impressão de que a questão do uso e do tráfico de drogas aguça a curiosidade dos profissionais de saúde, que convivem com pacientes envolvidos nessas questões, e criam-se fantasias a este respeito, influenciando numa relação de flerte com o proibido que parece existir nestes ambientes, mesmo de forma clandestina. Atitudes de curiosidade sobre isto foram presentes em diversos momentos da pesquisa, revelando que ao mesmo tempo em que o uso de drogas desperta atitudes de condenação, ele também aciona áreas de fascinação na mente dos cuidadores,

que mudam o olhar sobre os pacientes. Ao saberem de suas histórias de vida, um novo olhar se direciona ao seu estado e isto causa reações de surpresa e interesse. De sua parte os pacientes, percebendo este interesse, seguem ampliando mais as narrativas, criando situações, enfeitando os dramas, exagerando no vivido a fim de atrair a atenção dos cuidadores e assim, ao que parece, relaxar um pouco a vigilância sobre as atitudes durante o período de internação e buscar alguma vantagem enquanto ali estiverem.

Como num xadrez de sedução e poderes o jogo da cura acontece. Para se obter a adesão são oferecidos acréscimos que a vida antes da doença não permitia. Para realizar a ingestão diária de medicamentos pesados se negocia atenção. O poder é inconscientemente dividido e sua mão pesa ora para um lado e ora para outro, como uma gangorra. Mas além das metas governamentais e dos manuais técnicos, que ensinam como agir, outros dilemas humanos entrecruzam este processo, tornando a jornada de recuperação um caminho de confronto de desejos e um relutar na forma de atingí-los. Os desejos dos profissionais de saúde e dos pacientes nem sempre são os mesmos, e os poderes imbricados na vontade de satisfazê-los servem como ferramentas para atingí-los. É neste movimento de peças que o ambiente de tratamento se faz, avançando e recuando, pensando em lances futuros e sacrificando componentes de peso menor em favor de objetivos finais mais valorizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CURA DO QUÊ? CURA PARA QUÊ? CURA DE QUE JEITO?

Depois desta imersão junto a pacientes e pessoas em situação de rua, assistindo cenas de abordagem, convívio, criação de vínculos, presenciando expectativas e frustrações, alguns pontos se tornam evidentes a partir da amostra pesquisada, que apresentamos aqui à guisa de conclusão, embora acreditemos que o tema não se esgote aqui. A realidade onde se cruzam a gestão do controle da tuberculose, o universo das populações vivendo na rua e o uso de álcool e outras drogas forma um complexo viés que ainda carece de mais atenção, pois revela uma gama imensa de pontos a serem melhor analisados e que podem oferecer importantes subsídios para diversas áreas das políticas públicas.

A ideia de adoecer, tratar e retornar à normalidade de vida anterior ao fenômeno da doença acontece na modernidade dentro de parâmetros estabelecidos que se relacionam diretamente com a capacidade laborativa e de consumo massivo das pessoas atingidas por alguma enfermidade. Trata-se e cura-se visando um retorno ao processo de produção, tendo-se como parâmetro principal o reestabelecimento do corpo doente para seu papel dentro do contexto capitalista e neoliberal. Trata-se para retomar a atividade produtiva e também para evitar a ampliação de algum prejuízo social maior, e para isto a identificação do foco e a eliminação da fonte da infecção são fundamentais, engendrando ações coletivas. O individual se submete assim ao coletivo, carecendo a ampliação de estudos sobre novas tecnologias sociais que enfrentem a realidade para além do medicamento, sem, no entanto, abrir mão dele.

Além disso, a forma com que o tratar acontece é diferente conforme o grupo social do qual o paciente faz parte - ou seja: tratar e curar é um processo diferenciado para as pessoas tanto pela percepção individual do processo, quanto pela forma de atendimento que recebem. A diferenciação econômica e social, o preconceito e a discriminação, as ideias de segregação e estigmas colaboram diretamente para uma diferenciação no modo de perceber a doença e de aderir a linhas de tratamentos propostas. As diferenças do modo de entendimento sobre saúde, doença, cura e reabilitação foram sentidas no decorrer da pesquisa onde também notou-se a pouca valorização do ponto de vista do paciente sobre isto.

A busca da adesão da e superação de tuberculose da população estudada parece ter duas vias importantes: primeiro se objetiva a localização do paciente em estado inicial de infecção, visando um diagnóstico rápido e um início de tratamento imediato a fim de garantir um retorno à situação de saúde anterior e, dentro do ideal, uma adesão e um desfecho de cura. Através principalmente dos Consultórios na Rua, localiza-se o paciente afetado e se iniciam as negociações visando um cuidado individual à pessoa atingida. No entanto, além desta dimensão individual (que se cerca de cuidado) há uma dimensão coletiva da não proliferação do bacilo, o que torna também os profissionais de saúde agentes de uma ação maior de segurança. Ou seja, o motivador do profissional no tratamento extrapola o cuidado naquele indivíduo vulnerável, mas visa também que a doença não se espalhe ao seu redor protegendo o entorno de possíveis novas infecções.

No caso específico do uso de drogas, as medidas inovadoras que chamaram a atenção nos últimos tempos estão se adaptando à lógica burocrática estatal, “técnicas de históricos tão inovadores como o da Redução de Danos e o do Consultório de Rua têm migrado cada vez mais para o campo das políticas estatais.” (MATINEZ, 2015, p.12). No

trabalho junto à população em situação de rua, esta realidade se dá por vários motivos: aumento da demanda burocrática dos profissionais que reclamam da quantidade de formulários que são obrigados a preencher diariamente, ampliação da demanda, dificuldade de resolução diante da carência de retaguarda, entre outros. Criam-se aquilo que Lipsky (1980) chamou de “burocratas de rua”, profissionais que estão na linha de frente da execução da política pública e iluminam o processo político e a dinâmica da gestão, e cujas ações causam um impacto na vida das pessoas.

Já a estratégia de redução de danos, ao ser incorporada como política pública, passou a sofrer limitações na sua ideia inicial. Concebida como alternativa aos que não querem ou não podem parar o uso de drogas, hoje esbarra nas limitações de legislação ou de debate político e acaba se transformando em algo meramente no campo etéreo das ideias e discursos vagos. Parece ficar claro que é preciso ir além da mera transmissão de informações, avançando para a valorização das experiências de vida das pessoas atingidas, propiciando ambiente para a valorização de habilidades de vida. Durante o período de campo ficou muito evidente a utilização dos pacientes de estratégias individuais de cuidado na saúde, muitas vezes aliado ao uso de álcool e outras drogas sem a necessidade de abstinência. A criação de “rotas alternativas” para a travessia do processo de recuperação da saúde se dá de forma diferente do preconizado por boa parte dos profissionais que acompanham o tratamento, mas não cria ambientes de disputa. Os pacientes parecem escutar atentamente as prescrições propostas e depois as adaptam conforme sua realidade, necessidade ou entendimento, não renunciando a oportunidades de prazer, mas inserindo-as nas práticas cotidianas de tratamento tradicional.

O biólogo Paul Enrich, ganhador do prêmio Nobel de Medicina de 1908, foi também acometido pela tuberculose, e se exilou no Egito por dois anos para tratamento.

No seu retorno se dedicou a um estudo sobre imunologia e quimioterapia, acabando por tornar conhecida a expressão “Balas Mágicas”. Este conceito enfatizava a busca, a seleção e a produção em grande escala de drogas que tivessem a propriedade de obter a cura através do uso de substâncias específicas, preparadas para atingir apenas o alvo sem causar danos aos tecidos e órgãos sadios do paciente, ou, se isso fosse inevitável, que fossem mínimos (GATENBY, 2009). Ou seja, o amplo consumo de medicamentos trazia em si uma gênese da ideia de Redução de Danos de que a existência de algum efeito colateral existente poderia ser um “mal menor”, diante do efeito benéfico causado pelo medicamento.

Ampliando o conceito para a Antropologia da Saúde, Biehl (2011), através de seus estudos sobre a aids no Brasil, reclama a necessidade de “estruturas analíticas e capacidades institucionais (....) que tratem as políticas de controle e de não intervenção, a fragmentação de esforços, a presença da heterogeneidade, o pessoal e o interpessoal, a inventividade das pessoas” (p. 54).

A ideia de devolução do paciente após o tratamento - curado, estável e útil - se tornou uma questão que cada vez mais ganha força junto aos profissionais de saúde, gestores e a própria comunidade que cerca os equipamentos públicos. O controle ganhou características voltadas para aspectos biomédicos, que acabam tendo protagonismo sobre aspectos sociais. Parker (2015), se referindo à ampliação da questão medicamentosa para o controle da aids, faz afirmações que podem perfeitamente se ampliar à tuberculose ou às estratégias de controle utilizadas atualmente pela saúde pública em geral.

Segundo ele,

[...] a suposta unidade da prevenção biomédica, de fato, é uma “salada mista” de diversas tecnologias e técnicas e não um conjunto unificado ou integrado. No

entanto, o desafio mais importante sobre todas essas metodologias diversas é que todas, apesar de serem apresentadas como formas de prevenção biomédica, dependem de profundas mudanças de comportamento para serem utilizadas. Tomar um medicamento todos os dias como forma de prevenção pré-exposição não é uma coisa tão simples assim. Aliás, não é tão fácil utilizar nenhuma dessas tecnologias. Todas dependem de mudanças de comportamento que, por sua vez, dependem de questões sociais e políticas para serem colocados na prática (p. 15).

No tratamento da tuberculose, a adesão do tratamento à estratégia de fornecimento dos medicamentos de forma supervisionada se destaca como alternativa, embora “implique no desenvolvimento de estratégias de aproximação ou “sensibilização” desses grupos, de modo que técnicos ou auxiliares dos serviços de saúde possam ter a comprovação de que os indivíduos tomaram os medicamentos exatamente como determina a prescrição médica” (ADORNO, 2011, p.11). No entanto, a relação de proximidade muitas vezes se transforma em relações de poder entre o profissional de saúde, principalmente os profissionais de enfermagem, inserindo nos tratamentos questões de disciplina, vigilância e constante pregação ao abandono total de práticas e hábitos que eram constantes em sua rotina. Observou-se porém que outras categorias de poderes orbitam nos espaços de busca de adesão e cura, nem sempre revelados de forma explícita, mas disfarçados em meio ao cotidiano.

As relações de poder entre profissional de saúde e paciente, quando foram objeto de estudo em diversos outros trabalhos, parecem privilegiar a submissão da pessoa adoentada à atribuição de um conhecimento superior, e de uma postura intimidadora do cuidador. Embora tais situações tenham sido vistas nesta pesquisa, acreditamos que pouco se tem falado da relação de poder que o paciente parece ter sobre o cuidador. Atitudes de sedução, simulação do contratado, aparente concordância com o combinado, participação em atividades propostas e outras atitudes ilustram a ideia de que o poder é algo que circula em várias direções e, especialmente neste espaço de recuperação de saúde, os poderes se

relacionam além da realidade vista a olho nu, mas de forma sensível percorrer todas as etapas deste processo.

Ampliação de olhares sobre a questão de drogas em população de rua

Para Harris, “a medicina é uma “instituição de coerção normativa” que submete as disparidades individuais ao modelo genérico da doença” (HARRIS, 2005, p. 8). A tuberculose tem se mostrado ao longo dos anos como emblemática do modelo de segregação e exclusão que historicamente se reservou aos atingidos, principalmente os mais pobres. A medicina usada como meio deste apartamento social se reproduz ainda e diante do fenômeno crescente do uso de drogas se juntam preconceitos e se ampliam estigmas.

Com o discurso de promoção da saúde se tenta incentivar o abandono do uso do álcool ou outras drogas, e isso aos poucos vai sendo apresentado como imperativo para que o tratamento tenha sucesso. Notou-se a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a opção do paciente na continuidade do uso e a limitação destes em apresentar alternativas de uso mais seguro e controlado. Uma mistura de desconhecimento e de falta de crédito num modelo mais realista do uso de drogas limita horizontes que poderiam ser fundamentais para a cura e, além disto, um incentivo na capacidade do paciente de administrar sua própria vida.

Os serviços de tuberculose ainda precisam ampliar a visão valorizando as experiências, significados e formas nativas de lidar com uso, qualificando a escuta e reduzindo a forma culpabilizadora que muitas vezes recai sobre os ombros dos pacientes. Estudos etnográficos mais aprofundados gerariam, certamente, interessantes dados e

estratégias para uma adesão mais efetiva e um tratamento mais participativo e comprometido.

Durante a pesquisa se observou as “formas nativas” de buscar reduzir o dano que o uso possa causar, à saúde e ao desenvolvimento do tratamento, que são conhecidas entre os próprios pacientes, mas invisíveis aos olhos da maioria dos profissionais. Uma maior proximidade entre estes dois atores poderia trazer novos olhares e resultados a este processo, mesmo em casos com maior dano nos pulmões e outros órgãos, como é o uso do crack.

A estratégia de Redução de Danos, com experiências bem-sucedidas entre portadores de Hepatites Virais e de HIV, ainda engatinha em ações de prevenção e tratamento da tuberculose, carecendo de maior estudo, experiências e decisões políticas que promovam tais práticas, visto que um campo vasto de conhecimento existe ainda à espera de ser melhor explorado. Notou-se a necessidade de ir além do mero repasse de informações, muitas vezes eivado de ideias moralizadoras, mas avançar para outras áreas como valorização das experiências dos pacientes, principalmente sobre os efeitos do álcool e outras drogas sobre seus corpos e atividades, e a partir destas realidades verificar ações efetivas, em cada caso, para se galgar a meta de superação da doença e recuperação da saúde, considerando seus conceitos e adaptações.

A ligação entre afetos e valores no universo político seria um novo paradigma de governo; talvez esta mudança possibilitaria o que hoje parece faltar para o deslanchar de políticas mais efetivas e comprometidas das esferas de gestão. A busca de afetos parece ser algo distante do ambiente burocrático que caracteriza a saúde pública, sobretudo aquela voltada para as pessoas em situação de rua. Pressionados pela mídia, acuados pelas

forças policiais, desprezados pela população, esse grupo se transforma em párias sociais, cuja única alternativa acaba sendo responder com agressão a toda violência que recebem. Notou-se durante a pesquisa uma diferenciação de conceitos e tipos de moralidades existentes nos ambientes pesquisados, principalmente no que tange a atenção e cuidado. Fassin (2011) é crítico à gestão da saúde como gestora de corpos, principalmente das populações que vivem às margens restritas ao isolamento com base tecnicista e desprovidade de afetos humanos e integrativos.

O profissional de saúde parece, muitas vezes, extrapolar a forma de tratamento, agindo na sua gestão com questões que tentem pregar uma mudança de vida do paciente, não raro esta mudança envolvendo o abandono do uso de álcool e outras drogas, a busca de atividade laboral remunerada e o enquadramento num tipo de vida comum onde questões como a produção, a inserção no mundo do consumo e até a formação de uma família nuclear tradicional, aparecem como valores. De sua parte, junto aos pacientes, observou-se que possuem outras expectativas em relação ao tratamento, parece buscar muito mais oportunidades de pausa em suas atividades cotidianas (uso de álcool e outras drogas incluso), para posterior retorno a este universo de prazer, que também serve de lenitivo aos problemas enfrentados. Mas, além disto, os pacientes parecem desenvolver uma expectativa de afeto além do mero cuidado formal. Alvo de indiferença e asco por parte das comunidades que existem ao redor dos locais onde vivem, nas ruas e parques, vítimas da violência policial e de outras violências, esquecidos pelas famílias, longe dos laços afetivos, o profissional de saúde surge - muitas vezes - como única alternativa de preocupação e cuidado. Notou-se, em alguns casos, que estes sentimentos positivos existiam somente durante o período de abate e tratamento, e que, finalizado este período, a atenção se voltava a outro paciente mais necessitado e o primeiro perdia a

atenção que vinha recebendo. Desta forma, aderir e finalizar o tratamento também significa perder o status de preferência de atenção e voltar ao patamar de morador de rua comum.

No geral, o pouco de afeto que acontece está na iniciativa de alguns profissionais de saúde que, tocados com a situação de abandono, realizam individuais esforços para minimizar o sofrimento social que vivem aqueles em situação de rua. Algumas instituições de cunho religioso que atuam diretamente junto a essa população também promovem algumas ações de cuidado social, mas voltadas para uma ideologia de salvação que nem sempre desperta o interesse das pessoas nesta situação.

As poucas iniciativas governamentais que destoam do modelo hegemônico de aprisionamento e afastamento das vias públicas, são vistas muitas vezes com desconfiança e censura pela população das grandes cidades. Exemplo maior disso têm sido os debates feitos em torno da população que vive e convive na região da Luz, em São Paulo, chamada de Cracolândia, onde a criação de alternativas governamentais e comunitárias procura aliar questões de acesso a trabalho, moradia e oferta de atenção esbarram em ferrenha oposição dos moradores, de parte da sociedade e da grande mídia que serve de caixa de ressonância destes grupos mais conservadores.

A doença acaba sendo o motivo para enquadrá-los e a medicina acaba sendo o instrumento justificador de marcação para quem está com a saúde alterada. Como explica Canguilhem (1990, p.19-23),

[...] a doença difere da saúde, o normal do patológico, como uma qualidade difere da outra. Ainda que os fenômenos patológicos nos organismos vivos não sejam, para a biomedicina, mais que variações quantitativas, para mais e para menos, dos fenômenos fisiológicos correspondentes - saúde e doença - são opostos qualitativos.

Além da alternativa da internação, a submissão à ingestão de medicamentos parece ser a única alternativa apresentada para a solução da questão de saúde e um retorno ao convívio social. O uso do medicamento entra como um modelo regulador numa vida que tem como característica a desregularidade; a inserção deste novo componente sofre resistência do paciente e parece criar quase uma obsessão no profissional, muitos avaliados pela quantidade de pacientes que se submeteram e concluíram a ingestão dos medicamentos prescritos.

Conforme Varanda (2004, p.10),

A medicalização do modo de vida e do consumo de álcool e drogas como demandas para a “saúde mental” está direcionada a uma recuperação “higiénica” da população de rua à qual se aliam as práticas coercitivas das instituições públicas, que explicam certa rejeição destas instituições.

A racionalidade do tratamento parece obedecer a uma submissão da vontade do poder público sobre os desejos do paciente, como se criasse uma escala de poderes e valores que determinam as prioridades, visando valores que nem sempre coadunam com os valores de quem está doente. A cura aparece com um sentido quase religioso, um renascer, um reiniciar de vida. Não é a toa que um dos programas voltados para usuários de crack, instalados na região central de São Paulo se chama Recomeço. Se pretende uma reconfiguração do sujeito dentro de um sistema de crenças, que nem sempre é o que ele acredita. O material de campo ilustra bem este ideário que faz com que o processo de cura ideal seja não de uma cura clínica, que não visa apenas combater a tuberculose, mas sim de domesticar o sujeito se transformando num processo de disciplinas, baseado numa moralidade sanitária de vigilância e técnica que visa exterminar algo considerado impuro.

Os processos de cura devem superar o quadro meramente clínico, que determina o prazo de ingestão dos medicamentos e submissão a exames que determinarão este fim, mas avançar no sentido de promover a valorização do paciente auxiliando na busca de alternativas de vida e saúde, conforme a sua vontade, verificando-se ainda o dano que um paciente não tratado possa causar na coletividade a qual está inserido.

É importante inserir possibilidades de cura que façam sentido ao sujeito, incluindo-o na busca de alternativas viáveis de tratamento e cura que vão além da racionalidade médica, levando em conta o contexto e os desejos do paciente. Pensar conjuntamente, ouvir de forma mais ampla, informar, formar, tentar dominar os preconceitos e verificar novas formas de promoção da saúde parecem ser alternativas a esta questão de saúde séria e que deve ser vista de forma mais ampliada e livre de amarras institucionais e pessoais. A adesão e cura da tuberculose têm como objetivo o controle da saúde da população, mas a abordagem individual ainda precisa ser melhor incentivada, sobretudo com o incremento de ações de tratamento individual que dialoguem e respeitem as subjetividades do paciente. Busca-se a cura como forma de evitar um alastrar-se da doença, mas também se deve buscá-la como forma de entendimento da realidade individual, forma primeira de cuidado, e para isto o incremento de ações que diminuam as desigualdades sociais são fundamentais. Entender a tuberculose como fenômeno social reflexo da diferenciação da distribuição de renda e oportunidades é fundamental para que seu controle não seja apenas biomédico.

Por fim verificou-se ainda que a aplicação no diálogo desmistificando conceitos, avaliando criticamente os processos, ouvindo as necessidades sem preconceito as realidades são peças fundamentais na ampliação dos índices de adesão e cura. A voz do paciente pareceu ser pouco ouvida, e às vezes silenciada, não permitindo um

entendimento maior do processo e, por consequência, uma ampliação da relação. O desenvolvimento da escuta parece ser um dos maiores desafios, principalmente diante do crescimento de exigências burocráticas, envolvendo metas e preenchimento de relatórios e planilhas, que consomem boa parte do tempo dos profissionais. O Estado, a quem cabe a responsabilidade da saúde, precisa ampliar seu entendimento, e isto somente será possível com a participação dos atingidos pela tuberculose, principais interessados neste tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, P. ; HERZLIC, C. **Sociologia da Doença e da Medicina**. Bauru: Edusc, 2001.

ADORNO, R. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. **Revista Etnográfica**, Volume 15, 2011, p.543-567.

ADORNO, R. C. F. ; VARANDA, W. 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. 23-45, 2004.

ANGUERA, A. **Metodologia de la observación en las Ciencias Humanas**.

Observação participante. In Infopédia [Em linha]. Porto: Porto Editora, 1985

ARENDT, H. **A Vida do Espírito**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos Direitos dos Usuários do SUS**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral de Gays, Lésbicas, Travestis e Transexuais**. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília, DF, 2011.

BERNARD, H. R. Participant Observation. In: H. R. BERNARD, **Research methods in anthropology : qualitative and quantitative approaches**. New York: Altamira Press, 2008. pp. 342-386.

BERTOLLI FILHO, C. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** [online]. 2000, vol.6, n.3, pp. 493-522.

_____. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950 [online]. **Antropologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 248p.

BERTOLOZZI, M.R. **A adesão ao tratamento de tuberculose na perspectiva do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) no município de São Paulo**.

Tese de Livre Docência. São Paulo: Escola de Enfermagem, Departamento de Saúde Coletiva: Universidade de São Paulo, 2005.

BÍBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Tradução de Padre Antônio Pereira de Figueredo. Rio de Janeiro: Encyclopaedia Britannica, 1980. Edição Ecumênica.

BIEHL, J. Antropologia no campo da saúde global. **Horizontes Antropológicos**, ano 17,

n. 35, p. 227-256, 2011.

_____ “Vita: a life in a zone of social abandonment”, **Social Text**, V.19,3,p. 131—149,2001

BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BOURGOIS, P. “Families and children in pain in the US inner city”. In: Nancy Scheper-Hughes e Carolyn Sargent (orgs.), **Small Wars: The Cultural Politics of Childhood**. Berkeley: University of California Press, 1998. pp. 331-351.

BUTLER, J. **Problemas de gênero – feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CALIL DA COSTA, T.G. **Condições de Lugar: relações entre saúde e ambiente para pessoas que usam crack no bairro da Luz, especificamente na região denominada cracolândia**. Dissertação Mestrado em Saúde Ambiente e Sociedade. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2015.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, n 06, (pp.115-128): São Paulo, SP, 2002.

CARVALHO, L. **Assistência Nacional aos Tuberculosos, A luta contra a tuberculose e a obra da Assistencia Nacional aos Tuberculosos : 1899-1928**. Lisboa: ANT, 1928.

Censo da População em Situação de Rua na Municipalidade de São Paulo (2011) http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/censo_1338734359.pdf Acessado em 22/10/2015.

COSTA, R. da G. Patrimônio moderno da saúde e os desafios para a sua valorização - o

exemplo do Rio de Janeiro. In: **Anais do 8º Seminário Docomomo Brasil**. Rio de Janeiro: Docomomo RIO/ PROURB, 2009. Disponível em: <http://www.docomomo.org.br/seminario%208%20pdfs/160.pdf>

COSTA, A. P. S. **Asilos colônias paulistas: análise de um modelo espacial de confinamento**. Tese Mestrado. São Carlos: Escola de Engenharia de São Carlos, 2008.

COSTA, E. C. **Práticas de formação de professores de português língua adicional em um instituto cultural brasileiro no exterior**. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: PPGLT UFRGS, 2013.

CUNHA DA SILVA, C. Informação em saúde: produção, consumo e biopoder. In:_____ **Ciência saúde coletiva**, vol.18, no.10, Rio de Janeiro, Out, 2013.

CSORDAS, Thomas. **Corpo/significado/cura**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2008

DARDE, V. W. da S. **As vozes da Aids na imprensa: um estudo das fontes de informação dos jornais Folha de São Paulo e o Globo**. Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP, 2006.

DAS, V. **Life and words: violence and the descent into the ordinary**. California: University of California Press, 2007.

DELEUZE, G **Essays: Critical and Clinical**, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1997.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O anti-édipo. Capitalismo e esquizofrenia 1**. Lisboa: Assirio e Alvim, 2010

_____ **Mil platôs – vol 1. Capitalismo e esquizofrenia 2**. Lisboa: Assirio e Alvim, 2010.

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo: ensaio sobre a noção de poluição e tabu**. Lisboa: Edições 70, 2012

DUARTE, L. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciênc. saúde coletiva** [online] 2003, vol.8, n.1, pp. 173-183.

DURÃO, S. D. F. Enforcing Order. An Ethnography of Urban Policing. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 102 | 2013, 137-140.

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Tradução de Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

EPELE, M. **Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud**. Buenos Aires: Paidós, 2010

FASSIN, D. The biopolitics of otherness: undocumented immigrants and racial discrimination in the French public debate. **Anthropology Today**, v.17 ,1,p. 3-7, 2001

_____. **Enforcing Order. An Ethnography of Urban Policing**. Malden: Polity Press, 2013.

FIPE. FUNDAÇÃO E INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. **Principais resultados do perfil socioeconômico da população de moradores de rua da área central da cidade de São Paulo**. São Paulo, 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 18ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

GOFFMAN, E. **Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1982.

GONDIM, S. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia** (Ribeirão Preto), 2002, vol.12, no.24, p.149-161

GONÇALVES, H. Corpo doente: Um estudo sobre a percepção corporal da tuberculose. In: **Doença, Sofrimento, Perturbação: Perspectivas Etnográficas** (L. F. Duarte & O. F. Leal, org.), pp. 105-120, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

HARRIS, M. **Living with hepatitis c: the medical encounter**. New Zealand: Sociology, Vol 20, Nº 1, 2005, p. 4-19.

HILLEMAND e GILBRAIN, E. Les fièvres romantiques. In SENDRAIL; M (Org) **Histoire Culturelle de la Maladie**. Toulouse: Privat, 1980.

KLEINMAN, A. The violence of everyday life: the multiple forms and dynamics of social violence”, in Das, V. et al. (orgs.) **Violence and Subjectivity**. Berkeley: University of California Press, 226-241, 2001.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Revista Adolescência Latino-americana**. n.2, v.2, p. 67-79, 2001.

LA SIERRA, L.R. O Vampiro. *Psicorama*. 1990;2:25-29 apud LIMA, Sobre trote, vampiros e relacionamento humano nas escolas médicas. **Rev. bras. educ. med.** vol.36 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2012

LINDNER, L. da C. **Quem fala, o que fala e como fala: conceitos, percepções e representações de saúde e doença na mídia: caso da tuberculose**. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

_____ Da Cruz de Lorena ao catavento: análise sobre as representações simbólicas e iconográficas na luta contra a tuberculose. JMPHC. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 3, n. 2, 2012.

LIPOWSKI, Z. Physical illness, the individual and the coping processes. **Psychiatry in Medicine**, 1, 91-102, 1970.

LINPSKY, M. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service**. New York: Russel Sage Foundation, 1980.

MADEIRA, W. **Transformar é Preciso: transformações na relação de poder estabelecida entre médico e paciente (um estudo em comunidades virtuais)**. Tese de Doutorado. São Paulo: Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, USP, 2011.

MALINOWSKI, B. **Argonauts of the Western Pacific: an account of native enterprise and adventure in the Archipelagoes of Melanesian New Guinea** (Robert Mond Expedition to New Guinea, 1914-1918). New York: E.P. Dutton & Co., 1961

MANN, T. **A Montanha Mágica**. São Paulo: Nova Fronteira, 1972.

MASON, J. **Qualitative researching**. London: Sage Publications, 1996.

MARTINEZ, M. M. **Redes de Cuidado: Etnografia de aparatos de gestão intersetorial para usuários de drogas**. Tese (Doutorado em Antropologia Social). São Carlos: Universidade de São Carlos, 2015.

MEDEIROS GIL, R. **O Bem e o Mal-estar das Drogas na Atualidade: Pesquisa, Experiência e Gestão Autônoma**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Institucional. Porto Alegre: UFRGS, 2013

MERLEAU-PONTY, **Fenomenologia da Percepção**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1999.

MINAYO, M. C. de S. Saúde e doença como expressão cultural. In: _____ AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G.B. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

MOURE, W.G. **Saudades da Cura: Estudo exploratório de terapêuticas de tradição indígena na Amazônia peruana**. Tese de Doutorado em Psicologia. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

NASCIMENTO, D. R. do. **Fundação Ataulpho de Paiva: liga brasileira contra a tuberculose: um século de luta**. Rio de Janeiro: Quadratim, 2002.

_____. Preventório rainha Dona Amélia: um sanatório para crianças enfraquecidas. **Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia**, 2008, vol. LX, nº 2, julio-diciembre, p. 143-166.

NASSER, A. C. A. **Sair para o mundo - Trabalho, família e lazer: relação e representação na vida dos excluídos**. Tese de doutorado. Departamento de Sociologia. São Paulo: FFLCH- USP, 1996

NAVAS, K. Abjetas em Serviços de Saúde, Grupo de Trabalho Políticas Públicas, Diversidade Sexual e de Gênero e Serviço Social. **Seminário Internacional Desfazendo Gênero**. Natal, RN, 2013.

O'HARE, P. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. In: _____ MESQUITA, F.; BASTOS, F.I. (organizadores). **Drogas e Aids: estratégias de redução de danos**. São Paulo: Hucitec, 1994, p.65-78.

PAULO FILHO, P. **História de Campos do Jordão**. Aparecida: Editora Santuário, 1986

PARKER, R. **O fim da AIDS?**. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. Disponível em <http://abiaids.org.br/o-fim-da-aids/28618> Acessado em 01/11/2015

PELÚCIO, L. **Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de Aids.** São Carlos: UFSCar, 2007.

PIZZOLATO, P. P. B. **O Juquery: sua implantação, projeto arquitetônico e diretrizes para uma nova intervenção.** São Paulo, 2008. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/16/16138/tde-20012010-152813/publico/dissertacaojuquery.pdf> >. Acesso em: 29/09/2015.

PORTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.41, suppl.1, pp. 43-49.

PRINS, B.; MEIJER, I. Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. **Revista: Estudos Feministas.** Florianópolis, v. 10, n. 1, janeiro de 2002, p.1-13.

PUSSETTI, C. Woundcapes: sofrimento e criatividade nas margens, diálogos entre antropologia e arte. **Cadernos Artes e Antropologia**,2, 2011.

QUEIROZ, D. S. de. **Florada na Serra.** 1ª edição. Rio de Janeiro: José Olympio, 1939

QUEIROZ, I. S. de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicologia ciência e profissão.** [online]. 2001, vol.21, n.4, pp. 2-15. ISSN 1414-9893. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000400002>

REVISTA PORTUGUESA DE DOENÇAS INFECCIOSAS, Sociedade Portuguesa de Doenças Infecciosas, Ano 20 – nº 4 – Outubro/Dezembro/ 1997

REYFUS, H; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

Relatório Anual de Atividades Associação Saúde da Família - <http://www.saudedafamilia.org/> Acessado em 22/10/2015.

RICHARD, L. **La Punition par le bacille de Koch.** Mag Litt.1982;186:49-50

ROSEMBERG, J. Tuberculose – Aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. Volume 7 Número 2 jul/dez, 1999.

ROSA CASTRO, R.G. Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno. **Hist. cienc. saude-Manguinhos** vol.18 supl.1 Rio de Janeiro, Dec. 2011

SANTANA, E. R. Oswaldo Cruz: de vilão a herói nacional, o legado de um cientista brasileiro. **Revista Eletrônica de Ciências**, 2007, nº 36, março. Disponível em: http://www.cdcc.sc.usp.br/ciencia/artigos/art_36/EraUmaVez.html.

SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2006.

SCLIAR, M. et al. Doença e estigma. **Cadernos de História e Saúde**, 2:6-28, 1992

_____ História do conceito de saúde. **Physis** [online]. 2007, vol.17, n.1, pp. 29-41

SHORTER, E. The history of the doctor-patient relationship. In: _____ Binum, W. Porter, Roy, **Compendium Encyclopdia for the history of medicine**. London: Routledge, 1993. p. 1032-1057.

SILVA, H. R. S. **Travesti: a invenção do feminino**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará Iser, 1993.

SILVA, M. V.da. **Masculino, o gênero do jornalismo: um estudo sobre os modos de produção das notícias**. Dissertação de Mestrado. Curso de Pós-Graduação em Comunicação e Informação, Faculdade de Comunicação e Biblioteconomia. Porto Alegre: UFRGS, 2010

SONTAG, S. **Doença como metáfora**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOUZA, E. S. de; ZIONI, F.; BRÊTAS, A.C.P & MARTINS, C.L. **População Em Situação De Rua E Tratamento Diretamente Observado (TDO) Para Tuberculose (TB): A Percepção Dos Usuários**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2010.

SOUZA, In PRIORI, M. Del. (orgs.). **História do corpo no Brasil**. São Paulo: Editora Unesp, 2011.

TOLSTOI, L. **A morte de Ivan Ilitch**. Biblioteca Clássicos António Lobo Antunes. Lisboa: Dom Quixote, 2008.

TRINCA, D. F. **Deus e o diabo na terra do crack: uma etnografia da “cosmopolítica” batista**. Monografia de Conclusão de Curso em Ciências Sociais – Departamento de Sociologia, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2014.

TRONCA, I. A. **LEPRAIDS – As Máscaras do Medo: Lepra e Aids**. Campinas: Unicamp, 2000.

VARANDA, V e ADORNO, T. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Revista Saude soc.** vol.13 no.1 São Paulo Jan./Apr. 2004

VEIGA, M.; DARDE, V. A perspectiva heteronormativa: representações de casais homossexuais no Globo Repórter. In:_____ **Revista PJ: Br - Jornalismo Brasileiro**, v. 12, p.eletrônico , 2009 [ISSN 1806-2776]

VIEIRA, A. A.; RIBEIRO, S. A. Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, Grande São Paulo. **Jornal Brasileiro de Epidemiologia**, 2011, Vol 2, Março/Abril. Disponível em: <http://www.jornaldepneumologia.com.br/>.

ANEXOS

RELATOS DE CAMPO

Relato de Campo 1

UBS Mooca I

30.10.2014 Quinta - feira

Cheguei 8h20min e fui recebido pela enfermeira da equipe. Depois da dificuldade para encontrar uma sala, conseguimos um consultório onde, apertados, sentamos eu, ela e seis ACS. A UBS se localiza dentro de um parque onde estão outros prédios públicos, como a subprefeitura, e possui área grande de lazer e esportes, inclusive piscinas. No prédio também funciona um CTA que estava numa campanha de testagem para HIV e sífilis, com uma barraca de informações em frente à porta de entrada.

A equipe da Mooca foi a que mais ficou nebuloso o objetivo do projeto durante o período prévio as visitas. Discutimos sobre a reinserção social de “dependentes químicos” egressos de internação. Verificou-se que há um grande desconhecimento das clínicas e demais equipamentos para encaminhar o paciente junto a programas sociais, em especial relacionados à albergagem e residência. Listou-se o tipo de sistemas existentes (albergue, hotel social, república, bolsa aluguel) e se discutiu a necessidade de esclarecer estes fluxos junto a parceiros para encaminhamento.

Discutiu-se os equipamentos existentes na região com maior relevância, bem como o perfil dos pacientes e as relações dentro da UBS. O médico tem 74 anos, é aposentado e envolvido com população de rua há muito tempo. Hoje ele tinha 18 agendados para consultas, sendo que no passado já teve até 35.

Depois desta conversa sobre o projeto, foi feito um resumo das atividades desenvolvidas e dos três equipamentos que têm relação com a UBS: Centro de Convivência S. Martinho, Tenda Bresser e o Arsenal da Esperança. Antes, pedi para ir ao banheiro, me indicaram o dos funcionários no fim do corredor, na volta fui atacado por uma funcionária da UBS que me repreendeu dizendo que o uso daquele lugar era “somente para nós”.

O grupo foi engrossado por um agente social, o psicólogo e a enfermeira (que voltou de um atendimento) e embarcamos numa Kombi (que em São Paulo chama perua) rumo ao Centro de Convivência São Martinho de Lima.

O prédio parece um grande galpão construído embaixo do viaduto Guadalajara (que liga a Mooca/Belenzinho ao Largo São José do Belém), do lado de fora grafites enfeitam as paredes e já se observa movimento grande de homens, moradores de rua, fumando e conversando. Dentro um grande salão formado por mesas com bancos sem encosto, se encontram quase duzentas pessoas. A maioria senta e olha um filme de luta marcial numa pequena TV num palco. Alguns dormem nos cantos, no fundo dois computadores cadastram os usuários. Alguns cachorros acompanham os usuários. Ao lado uma grande cozinha prepara o almoço do dia e depois um corredor leva a salas do assistente social, da direção, uma de oficinas (onde está acontecendo uma de informática, com poucos participantes).

Ficamos no corretor conversando com o diretor e é grande o fluxo de usuários. A maioria pede licença e para cumprimentar ele, que responde com atenção a maioria chamando de “querido”. Um deles é Rogerio, usuário conhecido pelo jeito, ele para e nos cumprimenta, elogia a enfermeira e diz que apesar “dela brigar muito comigo, eu gosto muito dela”. Repete várias vezes “não esqueçam, nem todo o mundo é igual”. Comigo ele conta que nasceu no Rio, morou no interior de Minas e hoje está por São Paulo, que perdeu os documentos e levou quase três meses para ter uma nova certidão de nascimento. O hálito de álcool se destaca quando ele me mostra o xerox do RG na carteira vazia e afirma que hoje guarda seus documentos ali no Centro de Convivência.

A enfermeira conversa com vários, os agentes somem no meio das pessoas conversando, sorrindo, abraçando. Na rua me contam que o espaço existe há muito tempo e que há um ambiente de respeito no local. Os próprios moradores de rua promovem uma regra que ali não é lugar de “aprontar”. A rotina prevê café da manhã cedo e almoço pelas 12h, depois as portas se fecham. Em geral os usuários são alcoolistas, que começam a beber cedo e se prolongam até a noite, quando dormem profundamente. Os usuários de crack e cocaína estão dormindo, na maioria, e começam seu uso e seu dia na parte da tarde, estendendo-o pela noite.

É na parte da tarde que a Tenda Bresser enche mais e para lá que partimos.

Ao contrário do que o nome diz não é uma tenda, mas um aproveitamento de espaço embaixo de um viaduto, formado por uma sala onde a assistente social, e coordenadora, atende, várias mesas de jogos, uma TV sempre ligada. Cercado por grades e sem proteção para a chuva, o espaço tem dois seguranças e uma recepcionista que usa luvas e anota os nomes dos usuários e distribui preservativos disponibilizados numa cesta na entrada. Do outro lado da rua existem chuveiros, sanitários e lavanderia para uso dos conviventes. Uma área de 750 m2 previsto para atender 200 pessoas por dia, mas que acaba recebendo quase três vezes mais, dependendo da ocasião. Ao lado existem dezenas de barracas de moradores, pela rua que segue eles se acumulam cozinhando, comendo, bebendo. Lixo se acumula e mau cheiro se sente ao longe.

Logo que a “perua” chega, vários vêm conversar e a enfermeira e os agentes são demandados pelos pacientes. Dentro do espaço conhecemos a coordenadora Sandra; passa de três mil o número de pessoas que circulam por ali em um mês. Ela destaca uma característica benemérita da região da Mooca, muito política a doações aos moradores de rua, muitas vezes prejudicando alguns investimentos na profissionalização ou atividades afins. Para isto fez aproximação com entidades e pessoas doadoras, sugerindo parcerias para ações em conjunto. Outro ponto curioso que ela contou foi que a questão de geração de renda não atrai aquela população. Houve iniciativa de realização de oficinas, mas com pouca adesão, no entanto quando foram efetuadas ações de recuperação e investimento na autoestima a adesão foi grande e o resultado mais positivo. Ações pequenas como fornecimento de xampu e sabonetes pros banhos ou oferta de escovas de dente têm resultado em aumento do autocuidado e por consequência da autoestima.

São várias as atividades ali desenvolvidas, na tarde de hoje ocorria uma oficina de percussão que termina num grande pagode. O espaço funciona das 7h às 19h, todos os dias, e nos finais de semana acaba recebendo demanda dos outros equipamentos que fecham. A coordenadora reclama da falta de estrutura, às vezes em questão básica como a vazão de água nos banheiros, mas tem um astral alto. Trabalha maquiada, bem vestida com echarpe colorida, sorri e conversa muito. No meio de nossa conversa um morador até então

desconhecido delas, chega e avança direto para a nossa roda interrompendo meu diálogo com ela. Ele se apresenta, diz nome, que tem profissionais da saúde na família, que é morador de rua e entra num monólogo sem fim. Pergunta sobre acesso a coisas de assistência (aposentadoria, bolsa família, pecúlios, etc). Eu me afasto e ela continua dando atenção até que parece interromper e encaminhar, e volta para nós terminando a conversa.

O terceiro equipamento (Arsenal da Esperança) parece ser o maior da região abrigando mais de mil homens, muitos estrangeiros como angolanos e bolivianos, e parece ter boa estrutura apesar das dificuldades. Vários ACS já moraram por lá.

Apesar de contar com subsídio público, parece que a maior parte do recurso que sustenta a casa vem de doações, sobretudo do exterior. Por conta disto o acesso aos agentes e profissionais da UBS é muito restrito. Comentários durante a visita afirmaram que pelo tamanho dos atendidos e pelo risco de fechamento e possíveis problemas num possível encaminhamento desta população, há uma atitude de “vistas grossas” do poder público a este espaço, deixando ter suas regras à parte e sem grandes participações da SMS.

Além destes três, um importante parceiro na região é a Missão Belém, organização religiosa, que possui algumas fazendas e possui convenio com o Estado (“bolsa crack”). Com este recurso, a organização se profissionalizou, saindo do voluntariado e passando a contratar profissionais. Muitos moradores de rua da região acabam se internando nas fazendas e sofrem quando saem pela falta de perspectiva, voltando para a rua, o álcool e as drogas.

Relato de Campo 2

Relato Região Sta Cecília (Cracolândia)

04.11.2014 (terça-feira)

O início da manhã foi meio confuso em razão do grande número de equipes na região e das modificações que estão ocorrendo, com mudanças de profissionais de locais originários e entrada de novos. Depois de encontrar a enfermeira na UBS Santa Cecília, seguimos para a “base” onde se encontra a gerente dos consultórios na rua. No caminho nos acompanhava a nova médica, que iniciava seu primeiro dia de contrato. Logo que saímos, ela acende um cigarro e em seguida é admoestada pela enfermeira que informa a existência de uma regra tácita de que não se fuma usando jaleco branco. Imediatamente ela apaga.

Na sala da gerente redefinimos o roteiro e estarei neste dia com as equipes que atuam na região da Cracolândia e entorno. Conversamos um pouco sobre a região, que querem chamar de “Região da Luz” como forma de combate ao preconceito. Nas paredes próximas à sua mesa se nota, pregados na parede, 13 cartazes de pessoas desaparecidas com fotos e contatos. Em seguida chega o médico que saúda com entusiasmo a chegada da nova colega. Partimos de “perua” rumo à região com a gerente me explicando as peculiaridades da região como a mudança do perfil do morador/usuário, o crescimento de malocas, barracos e tendas cobertas com tapumes, as demolições de prédios tanto públicos como privados e o preconceito existente. Comenta que antes a Porto Seguro, proprietária de vários prédios na região, realizava parcerias para ações junto à população, hoje não mais. Também aponta uma igreja bonita onde, comenta, são realizados casamentos de “gente influente” e com muitos convidados, e que nessas ocasiões as quadras ao redor acabam sendo fechadas e controladas pela polícia.

Chegamos ao SAE Campos Elíseos e após conversas breves com as enfermeiras saímos em direção à Cracolândia. São poucas quadras de caminhada. Logo se vê o caminhão pipa da prefeitura lavando o asfalto, operação que relatam acontecer todos os dias. A água que deveria ser de limpeza se mistura ao lixo acumulado e mais atrapalha do que ajuda. Chegando à Rua Dino Bueno, próximo à Rua Helvética é possível ver dezenas de homens e mulheres acumulados no chão, muitos fumando crack em pequenos cachimbos. De longe já avisto os ACS de colete azul, conversando com a população. Um menino (não deve ter 18 anos) se aproxima e mostra a ponta do dedo mínimo esquerdo cortada, obra da polícia segundo ele. Nosso grupo (formado pela gerente, duas enfermeiras e um médico, todos de jaleco branco) se aproxima e vários vêm conversar. Um homem negro com cachimbo na mão chama o médico à parte pergunta o que estão fazendo ali, muitos me olham com desconfiança e curiosidade por não estar vestido como eles, mas nenhum me aborda.

Houve um tempo em que se propôs o abandono de jalecos e coletes pretendendo uma integração maior com a população, relata o médico, mas estas peças acabam por torná-los referência e servem como forma de proteção de alguma violência.

Um rapaz de óculos escuros, e um corte logo abaixo do olho, se aproxima e pede pro médico ver, ele avalia e orienta para ir até a UBS e o rapaz responde que irá, mas a maioria não acredita. Na esquina se vê um prédio verde que funcionará como hotel social e até o início da Praça Júlio Prestes mais de 40 malocas são notadas. São improvisos de moradia feitos de papelão, toldos, plásticos, restos de entulho que se

multiplicam. A demolição das obras faz com que ratos acabem infestando a área, ampliando a chance de leptospirose e outras doenças. Continuamos até a praça onde a sujeira também se nota, assim como o grande número de pessoas deitadas. Uma mulher se aproxima e me contam que ela é "casada" com um paraguaio. Usuários costumeiros de álcool e crack ocasionalmente vivem numa barraca improvisada na praça com ele, que não usa álcool ou crack e por discordância a seu comportamento acaba batendo muito nela sem que o uso reduza, e um ciclo de violência e abuso se forma.

Chegamos a um famoso equipamento na região, Braços Abertos. Uma grande tenda que reúne espaço para convivência, uso de banheiros, banho, tanques para lavar roupa e encaminhamentos. Poucas pessoas estão no lugar no momento que chegamos, cinco ou seis dormem pelo chão e um garoto, usando camiseta de time, bermuda e chinelos, cheirando muito mal, conversa com a assistente social que parece cultivar a conversa com um sorriso. Por dia mais de mil pessoas passam por ali, com picos no café da manhã, almoço e lanche da tarde. A falta de energia elétrica e de telefone e banheiros interditados dificultam as atividades. Suspeita-se de roubo de fios visto que torneiras, caixa de lajotas de piso e outros objetos já foram subtraídos do local.

Os agentes comentam que o aumento de malocas tem repercutido em surtos de tuberculose, sífilis e até diarreias. A falta de opções de moradia e a baixa intervenção da polícia tem favorecido este crescimento. Além disto, relatam a mudança dos chefes do tráfico na região e o aumento do fluxo dos moradores, que oscilam um tempo ali e em outros lugares. Desta forma o vínculo sofre dificuldades para se criar, exigindo ações diferenciadas e pontuais. Uma delas relata caso de morador que há anos não cortava o cabelo e após conversa com ele aceitou receber o trabalho voluntário de umas freiras que atuam na região. O morador foi acompanhado da agente que "deu uma moral" diante de sua atitude inicial de ficar roçando o braço no corpo da religiosa enquanto esta realizava o trabalho. Quando saímos do local vejo o paciente de cabelo cortado e sorridente caminhando para o equipamento, para ser acompanhado posteriormente ao CAPS.

A presença de instituições religiosas na região é intensa. Uma organização da Igreja Batista chamada Cristolândia oferece espaço para alimentação, higiene pessoal e convivência, mas espera participação dos pacientes nas orações da casa. Também a Associação Missão Belém atua na região.

De volta à esquina um senhor de barbas brancas se aproxima mancando e mostra o joelho inchado pedindo orientação. "O senhor quer ir agora com a gente na UBS?" pergunta a agente. Mas ele diz que vai outra hora e vira as costas. Caminhamos em direção à Praça Princesa Isabel. Ali é, segundo os agentes, "um reduto de alcoolistas", onde o crack não é permitido e seus usuários são repelidos. A sujeira da praça é impressionante. Seguimos rumo à estação Júlio Prestes e a chuva fina nos obriga a parar debaixo de uma árvore. Dois moradores, um com a mão enfaixada, param e se trava o seguinte diálogo entre eles e a enfermeira e agentes:

- O que foi isto na mão?
- Fui brincar de Boxe e me dei mal (risadas).
- Tem que fazer curativo todo o dia então. Passa lá na UBS de manhã ou quer ir agora? Tomou teu remédio de tuberculose hoje?

- Amanhã tenho que ir lá ver este caroco no olho e já faço tudo. Agora vou dar uma paulada (uso do crack) (mais risadas).

- Se você não for eu que vou dar uma paulada na sua cabeça (gargalhadas).

- Valeu. Manda um beijo por Nilton, companheiro de muitas guerras.

Nas imediações da Sala São Paulo se pode ver alguns moradores ainda dormindo. Os agentes me informam que ali é um local de dormitório e uso para as necessidades fisiológicas deste grupo. Toda a manhã a administração do prédio acorda cedo os que estão por ali e lava, abusando do desinfetante e ocultando o cheio e a sujeira, e o prédio volta a ficar pronto para admiração dos turistas que ali recorrem.

Relato de Campo 3

UBS Nossa Sra do Brasil

12.11.2014 (Terça-Feira)

Nossa Senhora do Brasil é o nome dado a uma UBS localizada a três quadras da Avenida Paulista, centro nervoso de São Paulo. Contrariando a tese do estado laico é uma das poucas Unidades de Saúde com nome de santo católico. A chegada pela Paulista tem um trecho de descida e ruas irregulares, e no prédio pintado de verde além de funcionários de carreira da Prefeitura Municipal dividem espaço três outras organizações sociais (as chamadas Parceiras): BomPar, Associação Saúde da Família e Sírío Libanês. Esta é a única UBS que eu conhecia antes desta visita. Há cerca de dois anos precisando de um oftalmologista localizei, via internet, esta unidade. Fui até lá, fiz um cadastro e me encaminharam para um clínico geral com consulta marcada para sete meses depois, e dali até ao “médico de vistas” seriam mais seis a oito meses. Desisti na hora, paguei cem reais pela consulta em consultório particular e uso óculos novos de leitura desde então. Nunca mais havia retornado lá.

Para se chegar até a equipe de consultórios de rua a atendente manda descer umas escadas, seguindo uma linha vermelha no chão. Passa-se uma rampa e depois são dois lances, somando 19 degraus, até chegar numa sala pequena onde os ACS, usando jaleco azul, recebem quem os procura. Depois de café, água e cumprimentos, sentamos para planejar as atividades. Conversamos sobre o trabalho final, acertamos fluxos e decidimos sobre os locais a serem vistos. Partimos na “perua”. Somos dez: eu e mais seis homens e três mulheres incluindo a enfermeira. Apertados nos bancos, seguimos. O grupo é animado, conversa, ri, brincam uns com os outros, como uma família italiana ou um grupo de colegas de escola ou aposentados parceiros de truco. Em meio a tanta alegria escapam relatos da vida vivida na rua, anos antes, do tempo que moravam em abrigos e do uso constante de álcool e outras drogas que agora, segundo eles, ficou para trás. O terreno daquela área da capital paulista, que compreende o bairro Bela Vista, e se estende por outros vizinhos, é cheio de subidas e descidas que os agentes já conhecem e percorrem diariamente.

A primeira parada é num Restaurante comunitário, chamado de Penaforte, localizado na rua de mesmo nome; os agentes chegam cumprimentando os moradores de rua que se acumulam em frente esperando a distribuição das senhas que lhes garantirá o almoço. Angélica é conhecida deles e está próxima da porta com sua inseparável garrafa de solvente na mão. Fico sabendo que seu companheiro, ali perto, a acompanha na situação e na vida. Entrando notamos o espaço dividido em dois pisos cheios de mesas de quatro lugares, no andar de baixo há um local aberto onde alguns dormem. Apresentam-me seu Walter, um negro forte, que chega reclamando urgência para atendimento de uma dor na perna; enquanto converso com um agente, outro morador interrompe falando alto, também reclamando da demora de sua demanda e assim sucessivos pedidos, reclames e oportunidades de conversa surgem entres eles e os ACS. No fundo me apontam Hideo, um morador de rua de origem asiática, coisa rara de se ver. Ele é morador de um sítio no bairro de Canindé, distante quase 12 quilômetros dali, e vende cigarros avulsos para os moradores de lá. Tímido e arisco não fala conosco embora nos observe.

A próxima parada é na Rua 13 de Maio, próximo da Igreja da Achiropita, região do Bixiga, onde há quase 90 anos entre agosto e setembro se comemora a padroeira. As ruas enfeitadas mostram ainda sobras

da festa passada e se confundem com adereços natalinos. Duas quadras antes da Igreja, está um Centro de Convivência mantido pelas obras sociais da paróquia conveniadas com o município. Uma casa ampla cercada por muro alto, onde no fundo existem locais para banho e tanque para lavar as roupas. Num salão grande dezenas ocupam as cadeiras, olham TV, conversam e esperam o almoço a ser servido em local ali perto. Circulando se percebem a maioria de homens, alguns falando sozinhos, e na parte externa um grupo de seis travestis conversa animadamente. Cumprimento e pergunto se está tudo bem e um com voz grossa me diz “bem não tá mais vai melhorar”. Os agentes contam a existência de várias travestis em situação de rua na região e que convivem com os outros moradores sem preconceito. Admitem que a discriminação com usuários de crack acaba sendo maior, principalmente em áreas onde o álcool é consumido de forma maior, e os usuários expulsam os “craqueiros” de perto. Subindo uns duzentos metros chega-se ao local de almoço, mantido pela Igreja através de uma fundação. Um salão grande cheio de imagens de santos e na parte de baixo o amplo e limpo refeitório que pode receber até 200 pessoas por vez.

Na Rua Brigadeiro Luiz Antônio está um equipamento que recebe exclusivamente mulheres e seus filhos. A população se divide entre moradores de rua, mulheres em vulnerabilidade social e vítimas de violência. São quatro andares onde vivem as mães junto a crianças e adolescentes. Vê-se uma boliviana que chama a agente pedindo atenção e muitas meninas e meninos correndo no pátio no primeiro andar. Um dos agentes me conta que já morou naquele lugar quando, no passado, recebia casais em situação de rua e comenta as mudanças no prédio (distribuição de cômodos, obras que criaram mais espaço, etc) e no sistema da casa desde então. As mulheres são caladas no geral, assim como os adolescentes que as acompanham, enquanto as crianças correm em nossa direção. Fico sabendo dos bastidores daquela vida. Como o tempo de moradia ali deveria ser curto (até um ano e meio) há obrigatoriedade de crianças e adolescentes frequentarem creches e escolas. Neste período do dia várias mulheres se prostituem em ruas ali próximas, retornando ao local antes das 20h para jantar e dormir, obedecendo às regras estampadas em cartazes dos corredores.

Ali perto, na Rua Pedroso, num lugar com entrada apertada num viaduto acima da Avenida 23 de Maio, descendo uma escada se chega a um refeitório cheio de mesas e pessoas, iluminado apenas por lâmpadas artificiais, sem janelas. No fundo um balcão indica que as roupas doadas são trocadas por uma quantidade de latinhas amassadas. Conversando com a recepcionista descubro que a maioria das doações de roupas é feminina, havendo carência de peças de vestuário para homens. Levam-me para conhecer os dormitórios. Uma sala imensa, fechada, com dezenas de beliches e ventilada por pequenas janelas numa parede. Os agentes vão conversar com alguns pacientes acamados e descubro que aqueles, na maioria, trabalharam à noite e por isto estão descansando àquela hora. À noite as portas se abrem para pernoite até perto da meia noite. O local é insalubre e um ambiente perfeito para a proliferação da tuberculose pelo tamanho e falta de ventilação, além do barulho da avenida ali próximo que ecoa nas paredes. “Logo ali embaixo tem uma biqueira” me alerta o agente, apontando um ponto de venda e consumo de drogas. Alguns tosse a noite e o medo da transmissão de tuberculose é grande entre eles.

O último equipamento visitado fica numa rua apertada que lembra as vielas de Olinda e Salvador. Depois de manobras para estacionar a “perua” descemos e vamos conhecer as Casas Taiguara e Taiguarinha, que abrigam crianças e adolescentes. A divisão das casas se dá por um corredor e os cômodos

são pequenos e irregulares. Uma educadora é encarregada de nos receber e apresentar. Na ala dos adolescentes começamos por uma sala com uma TV muito grande e vários DVDs piratas, acumulados em frente. Dois estão jogados nos sofás enquanto ela explica que a casa é “antiga e segue o estatuto antigo”.

Os cartazes proibitivos estão afixados em destaque e ela nos explica: “aqui não pode brigas, não pode fumar, aqui não tem redução de danos.” Segue conosco num corredor pintado de verde onde se localizam os dormitórios masculinos, e em seguida o tom das paredes troca para rosa muito forte identificando os femininos.

A demanda da casa é muito maior de meninos, antes em situação de rua, hoje egressos de família violentas ou desestruturadas (muitas por causa do alcoolismo segundo relata a coordenadora) que procuram um abrigo e posteriormente são referendados por um juiz. Mesmo assim as fugas da casa são constantes. Na ala das crianças, até 12 anos, encontramos Paula e Ana, duas abrigadas que teimam em circular pela casa e são advertidas várias vezes pela educadora. Ela abre os dormitórios e salas, todos fechados com cadeado, e vai explicando que o acesso aos quartos é permitido somente em horários pré-estabelecidos.

Relato de Campo 4

UBS Belém

18.11.2014 (Terça-Feira)

No trajeto de menos de dez minutos entre o Metrô Belém e a UBS, na Rua Celso Garcia, zona leste de São Paulo, o taxista passa em frente a uma casa e comenta do crime ocorrido ali, envolvendo um casal de idosos dias antes. Dalí a conversa evolui para o crescimento de assaltos no entorno do metrô e o aumento do número de moradores de rua naquela região; segundo o motorista as duas coisas estão relacionadas diretamente. Não satisfeito, ele vai além e comenta que um morador “estava todos os dias no bar ali perto do ponto, bebendo desde cedo”, e que depois do assassinato que ocorreu, não mais foi visto, numa insinuação clara.

Chegando à UBS encontro a turma dos agentes. A enfermeira está envolvida no falecimento de um paciente, morador de rua de 35 anos, alcoolista crônico. O prédio é bonito, com janelas amplas, já com áreas construídas na parte dos fundos e cheio de salas. Ficamos numa sala de reuniões no andar superior e falamos sobre a região, conto sobre a conversa com o taxista e eles comentam que a violência é presente naquela área. “Aqui é lugar de facadas”, conta uma agente, acrescentando que uma de suas atendidas levou 13 facadas recentemente. No grupo de ACS estão um novato que chegou há três dias e um que atua há sete anos na função, sendo dois naquela UBS, e a maioria tem pouco tempo de trabalho (entre um ano e 18 meses). Quatro vieram de outras UBS. Uma das agentes viveu num dos equipamentos da região. Durante três anos a Casa de Acolhida Marta Maria foi lar dela e seus filhos, sendo acessada por agentes que hoje são seus colegas.

Nos últimos anos houve três tentativas de internação compulsória na área: em uma o paciente acabou sumindo, aguardando a burocracia do ato, outro morreu e na semana passada aconteceu a terceira com uma paciente chamada Domingas, que vivia à beira de uma avenida e se arriscava constantemente entre os carros, sem contato apesar das diversas tentativas dos agentes, recusando alimentos e medicamentos. Sua internação teve apoio de três viaturas e quatro homens para contenção. Foi uma cena chocante, relatam.

Antes de sair faço um *tour* pelo prédio, conhecendo funcionários e pacientes. Os agentes fazem questão que eu conheça o médico da equipe. Ele cumprimenta rápido e simpático e o agente se encarrega de passar a ficha. Esta lá há pouco tempo, é carioca, surfista, não faz questão de ser chamado de doutor e tem uma atenção especial com a população. “Suas consultas chegam a demorar uma hora” relata o agente.

Já na “perua” sigo com quatro agentes e o motorista: um senhor que fala pouco, o agente novato quase mudo e um que é sócia do Al Pacino. Já no equipamento encontramos o quarto agente. A conversa no carro é sobre futebol e o som do rádio é pagode, ambiente de muita testosterona onde os detalhes do território vão surgindo. O equipamento é administrado pela São Camilo, fica na Rua Ivaí no Tatuapé, e é um local que oferece albergagem, pernoite e alimentação. O agente pede pra falar com a assistente social e me apresentar, mas ela parece ocupada e vamos conhecendo o local. O prédio é grande e dividido em salas para banhos, lavanderia, salas de TV e de cursos. As alas são divididas por sexo e categoria: pernoite e albergagem. Àquela hora são poucos os que estão por lá. Num dormitório cheio de beliches encontramos três homens. Seu Armando, negro, com barbas bancas e pés sofridos, chama os agentes e pede ajuda para

poder acessar a dipirona que o alivia das dores que sente. No fundo um rapaz jovem acorda e fica sentado de costas pra nós, alheio à nossa conversa, e se espreguiça, olha a parede, fica ali. Outro apenas dorme. Seguindo a conhecer o espaço, são mais salas com beliches e um refeitório imenso para mais de cem pessoas.

Os agentes contam que a rotina exige que eles saiam depois do café da manhã e retornem somente no final do dia. Neste tempo uma parte trabalha em construção civil, ambulantes e outras atividades. Entre os homens é comum a realização da “correria”, pequenos comércios de venda de drogas e entre as mulheres muitas se prostituem, mas estes assuntos são velados no local.

Já na saída a assistente social surge e conversa de pé na entrada explicando o funcionamento e os problemas que enfrenta. Uma menina chega com a vassoura na mão e reclama de outra que a está incomodando, ela pede para esperar, mas mesmo assim ela insiste. Despedimos-nos e ela vai resolver a disputa, uma atividade constante naquele meio, conta ela.

Partimos para próximo à estação Tatuapé do metrô. Ali, junto a um muro que separa as avenidas, é dormitório de dezenas de moradores que dividem espaços nas noites paulistanas. Naquela manhã o “rapa” passou por ali e o que se ouve são reclames. Os agentes comentam que o uso do crack é “proibido” naquela área. “Se algum usuário aparece o mandam caminhar...” explicam. Do outro lado da rua, numa parada de ônibus, se vê ao longe seu Raimundo, 65 anos, falando sozinho, sentado no chão, cheio de sacolas. Chegando perto, ele conta que o “rapa” tinha passado há pouco, levando pertences e espantando pessoas. Somente um resistente dormia do outro lado.

Mais adiante encontramos dois moradores antigos daquela região, que exercem um papel de referência para os agentes e moradores. Adalberto (Batata) usa óculos escuros grandes, touca e roupa preta. Junto dele, além de sacolas com pertences, está Xuxa, uma cadela grande, de 14 anos, que o acompanha na vida de rua. Outro cão, chamado Bruxo, completa a dupla, mas não está por ali no momento. Um saco grande de ração está por perto, presente de algum motorista que passa por aí, vê a dupla de cachorros e acaba fornecendo a comida. Batata puxa uma série de receitas, fornecidas pelo médico na UBS dias antes, mostra ao agente e pergunta como adquirir gratuitamente, ao que é orientado. Ele me conta que mesmo tendo mulher e filhos, prefere viver na rua, “deixando a casa para eles”, sem entrar em detalhes.

Em seguida chega Edmilson (gordinho), acima do peso, como o apelido denuncia. Gorro na cabeça, é natural de Santos, tem vários filhos e um fã de gibis, sobretudo os mangás. Afirma que tem facilidade de leitura, mas que escreve muito mal. Ele mostra a sacola cheia de revistas em quadrinhos, enquanto os olhos atentos percorrem tudo o que acontece ao redor. Uma senhora bem vestida passa e pergunta sobre a localização de uma rua, brinca rapidamente com a cadela e afirma que também tem animais em casa e sai desejando bom dia, sem receios ou preconceitos.

Gordinho nos leva até o outro lado da movimentada Rua Catingué, que tem acima a passarela do metrô, para falar com o único resistente à intervenção do “rapa” naquela manhã. Ele está dormindo, mas acorda ao nos ver chegando, chama pra perto um dos agentes e cochicha um pouco. Pede para arrumar um albergue para ele, com a voz embargada de quem desperta, mas o cheiro característico de quem já bebeu bastante. Puxa um RG surrado para preenchimento da ficha. É agressivo por vezes nas respostas.

- Tem apelido?
- Não gosto disto e já quebrei meu nariz numa briga por causa disto.
- Toma algum remédio?
- Tomo cachaça de manhã, de tarde e de noite.
- Tem algum familiar próximo?
- Não quero saber deles.

Se chama João, tem 43 anos e um problema na mão esquerda. Conta que foi decepada e reimplantada, o que lhe dificulta os movimentos. Os agentes fazem ligações e se comprometem de passar no mesmo local no dia seguinte para encaminhá-lo a um albergue. Saímos dali com Gordinho nos desejando uma benção (“Deus te abençoe”) e não caminhamos dez passos para que José venha atrás de nós gritando. Nervoso, ele diz que o povo ali “usa droga” e ele não quer viver neste meio. Com dificuldade para ficar de pé, meio cambaleante pela ingestão de álcool, diz que espera os agentes amanhã para sair dali.

Partimos para a Praça Silvio Romero. Arborizada, em formato de quadrilátero, tem ao seu redor bares, bancos e lojas e no centro uma bela igreja. Ao lado do templo chama a atenção um barraco feito com papelões, lonas de banners, maior do que as habituais. Seu perímetro é marcado com uma corda de isolamento e se nota até um pequeno jardim. Ali mora Maika (apelido porque é fã de Michael Jackson), uma mulher com transtornos mentais. A lenda diz que uma vez ela encontrou o marido na cama com uma loira e desde então nutre uma agressão com todas as mulheres com cabelo nesta tonalidade. Protegida pelos jornaleiros e outros profissionais do local, ela divide seu tempo entre latinhas que cata e a contemplação do seu mundo. Infelizmente ela não estava; o dia de feira deve a ter levado para as compras da semana.

A presença de moradores de rua com problemas de saúde mental no território parece ser grande. São muitos os relatos de pacientes com dificuldades de aceitação de ajuda, isolados num mundo próprio e alguns violentos. O crack aparece em áreas específicas, isoladas, o álcool disseminado e alguns pontos de uso de cocaína aspirada.

Relato de Campo 5

Sta Cecilia II (Equipe 127/ Moradas)

25.11.2014 (Terça-Feira)

Hoje foi dia de conhecer um trabalho realizado por uma equipe com atuação em equipamentos, sem interlocução direta na rua. A equipe 127, com base na UBS Sta. Cecília, trabalha com duas grandes casas de acolhida para idosos, vários vindos das ruas e outros que estavam vivendo em situações de vulnerabilidade. Encontramo-nos na UBS, conheço a equipe, conversamos sobre o trabalho final, o território, a rotina de trabalho e seguimos para conhecer os locais. Chama a atenção a mala de viagem pequena, com repartições, rodinhas e uma alça grande para transporte, que a enfermeira carrega. Segundo ela, ali estão depositados os formulários e os aparelhos utilizados nas intervenções diárias, já que todos os dias ela visita as duas moradas e gosta de ter todos os materiais necessários à mão. Como nem sempre há um local pré-determinado para o atendimento, a saída é levar este kit sempre junto para facilitar o trabalho.

Na Rua Helvetia, centro de São Paulo, fica a Morada Nova Luz. Uma porta pequena se abre para entrar no prédio de oito andares onde vivem cerca de cem idosos, homens e mulheres. Olhando rapidamente ao redor conto sete bares, padarias, botecos, biroskas e afins onde a propaganda e a oferta de álcool são abundantes. O elevador estragado nos obriga a subir 22 degraus de uma escada apertada e a equipe se instala no fundo do refeitório pois, mesmo dispondo de um espaço para atendimento no 7º. andar, os idosos terão dificuldade para subir tantos lances de escada. O refeitório é um grande salão com oito mesas cobertas por toalhas e cercadas por seis cadeiras de plástico branco, cada uma. Nas segundas e quartas-feiras a médica atende oito pacientes, além das demandas que surgem com as visitas. A psicóloga do equipamento interrompe constantemente a enfermeira apresentando problemas a serem resolvidos e encaminhados. Percorremos os demais andares conhecendo as instalações. Cada piso tem um nome de flor ou pássaro (Rosa, Margarida, Beija-Flor, Andorinha, etc).

A administração é de uma organização ligada à Igreja Católica, através de uma congregação de padres fundada há 340 anos. Cada andar tem quatro a cinco quartos com três ou quatro camas, um banheiro e no corredor um bebedouro. No andar de baixo, junto ao refeitório, fotos de atividades, comemorações de aniversário e passeios e dois computadores ligados à internet, muito disputados entre os moradores. No caminho, os moradores identificam agentes e a enfermeira e pedem informações e cuidados. “Já conseguiu as tirinhas?” pergunta um. “Quero tirar a pressão” grita outra. “A médica tá aí?” querem saber duas senhoras que estão na escada. Voltando para o refeitório, uma pequena fila se forma ao redor da enfermeira para medição de PA e de glicemia. Aproveito para conversar um pouco e entender melhor aquele universo.

Dona Neide, 71 anos, está na morada há um ano. Ela conta que é bem tratada, mas preferia não estar lá. Confidencia que muitos homens que moram ali saem durante o dia para os bares ao redor e voltam embriagados, com dificuldade para subir, e que acabam aguardando na portaria para passar o efeito. Pergunto se existem mulheres que bebem e ela me conta que “tem uma senhora que quando bebe fica lindinha” explicando que sob efeito do álcool a companheira de morada se torna mais simpática e conversadeira. Mas ela está “fazendo tratamento para parar de beber”. D. Neide também alerta para outro senhor que “solta a língua quando bebe, falando verdades para todos”. Ela se entusiasma com a conversa e

acaba contando que existem algumas brigas por lá, mas que os baderneiros acabam tendo que procurar outro lugar. A causa principal dos conflitos, aponta, são o consumo de álcool na rua e as discussões pelo uso do computador. O tempo limitado para cada pessoa é de uma hora, e se nota idosos postando nas redes sociais, jogando, lendo notícias enquanto outros aguardam a chance de usar os computadores.

Com um pouco mais de intimidade, no decorrer da conversa ela relata que em tempos passados também “bebeu muita cerveja”, mas que parou de vez, principalmente pela depressão que sofreu e que hoje a obriga a usar continuamente medicamentos tarja preta. A pressão de D. Neide está 12 x 7; ela levanta e fica à espera do almoço que em breve será servido. É o tempo de outro morador se aproximar e puxar conversa. Diz se chamar João José e chega reclamando de febre e indisposição, a enfermeira mede sua PA e glicose e estão sob controle. Ele começa a contar a vida. Há um mês ali, diz ter saudade de casa. Passou antes um mês na Morada São João a qual classifica de “bandidos”, contando casos de suborno de moradores pelos funcionários em troca de pequenos favores ou algumas vantagens. Apresenta-se como jornalista com livre docência na Sourbonne. Complementa contando que trabalhou na direção da cantora Tetê Espíndola, nos anos 1980, sem conhecimento do trabalho atual da artista. Pergunto onde ela anda e ele, venenoso, comenta: “Ela está onde nunca deveria ter saído: no anonimato.”(!)

Dois estrangeiros se destacam na massa de brasileiros que ali vivem. Ele se chama Fernandes, tem 71 anos nasceu e na cidade chilena de Valparaíso, onde tem uma filha, e vive há 35 anos no Brasil. Conta que estava como soldado raso na época do golpe que tirou Salvador Allende (também nascido em Valparaíso) do poder em 1973. Simpático e bem barbeado, comanda a mesa mais animada daquele almoço e conversa num portunhol enrolado contando coisas para sua pequena plateia. No outro canto do salão, uma senhora muito branca, de olhos bem azuis, está quieta fazendo sua refeição. Puxo conversa e em inglês me revela que é sul africana de Durban, cidade praiana da costa do Índico na África do Sul. Há cinco anos no Brasil conta que ainda pensa em inglês e tem dificuldade de se comunicar. Os agentes me contam que a história dela tem traços mais nebulosos. Presa por tráfico cumpriu pena, e sem ter onde ficar depois que foi liberta foi acolhida naquela morada. Quando precisa de alguma demanda de saúde acaba se esforçando e um tortuoso relata suas dores. Mas logo se refugia no seu mundo linguístico. É bem grande o número de mulheres sul africanas presas em São Paulo.

Dali seguimos para a Morada São João, um prédio de oito andares, tombado pelo patrimônio municipal que fica na Avenida São João. O edifício chama Oscar Souza Pinto, construído nos anos 1930, e que por décadas abrigou o Hotel Atlântico, o favorito dos prefeitos que vinham do interior para São Paulo nas décadas de 1960 e 1970. Desde 2010 os quartos e os demais cômodos se tornaram abrigo para 210 idosos que moram ali. Chegando próximo já se avista meia dúzia de pessoas fumando próximo à porta de entrada. São pacientes que saem à rua para fumar e acabam esticando até algum dos bares próximos. A administração é da Coordenação Regional das Obras de Promoção Humana, CROPH, instituição fundada por uma religiosa em 1972. Após assinarmos um livro de visitas, vamos conhecendo as instalações. No salão imenso na entrada funciona um refeitório e uma grande árvore de natal indica que o final de ano já começou a dar seus sinais. Vamos direto para a “cobertura” onde funcionam a lavanderia, sala de TV e espaço para atendimentos médicos, numa pequena sala. Um grande avarandado possibilita uma bela vista do centro paulistano e é utilizado como varal para secar as roupas ali lavadas. Descendo pelas escadas de

mármore, se conhece os quartos antes utilizados por hóspedes abastados e hoje divididos por três ou quatro pessoas. Nos andares superiores ficam os homens e nos mais próximos à recepção as mulheres. Durante a descida muitos vão em direção à enfermeira: “É você que marca consulta?” pergunta um. “Enfermeira, mede meu açúcar” fala outro.

Já na saída um senhor com aparência bem sofrida, barbas brancas, olhos saltados, chega cambaleante pela porta e segue pelo elevador até os andares destinados ao público masculino. “Este aí bebe todos os dias” me chama a atenção a agente. Seu Antonio, 70 anos, ex-morador de rua, distante da família há anos, já teve três tuberculoses, nem sempre termina os tratamentos e se recusa a ir pra internação. “Quanto eu tô muito mal eu bato lá na médica e ela me cuida. Não quero saber de hospital, prefiro a vida aqui fora fazendo o que quero fazer, sem muita incomodação.”

A chuva aperta e os fumantes apagam rapidamente suas bitucas, guardam no bolso para fumar mais tarde. Dizem que quando a noite cai a “interação” entre andares é grande, provando que o amor não tem idade, classe social ou local para se apresentar.

Relato de Campo 6

UBS Magaldi/Pinheiros

26.11.2014 (Quarta-Feira)

A UBS José de Barros Magaldi fica encravada no Itaim Bibi, zona Oeste de São Paulo, numa região onde o trânsito é intenso e a presença de prédios suntuosos no território é uma realidade. O nome é uma homenagem a um insigne médico e professor, dedicado aos estudos de nefrologia e falecido em 1978. Também é homenageado com o nome de uma rua no bairro Jardim Novo em Santo Amaro e de uma avenida na cidade de Tatuí (sua terra natal), no bairro Jardim Lucila. A renda média por ali gira em torno de 5 mil reais e a região tem como peculiaridade a pouca presença de moradores de rua circulando pelas avenidas do bairro. Segundo relatos dos agentes há apenas alguns “carroceiros”, pedintes de sinais de trânsito e moradores de praças e postos de gasolina; no entanto, afirmam que há um crescimento desta presença, sobretudo de pessoas que vivem em outros pontos da cidade e para lá se dirigem.

Grande parte dos agentes veio de outras regiões e a equipe é relativamente nova, se ambientando ao território, mapeando e aumentando conhecimentos sobre a população e os contextos. A área de atuação foi ampliada e cresceu cerca de cinco vezes chegando à necessidade de percorrer, a pé, cinco quilômetros até equipamentos localizados em Pinheiros, bairro vizinho. Os agentes reclamam bastante do custo de vida naquela área, com restaurantes caros, encarecendo custos básicos como alimentação, obrigando à busca de alternativas e pesquisas de locais que fornecem refeições mais baratas.

A chegada na UBS se atrasou em função do trânsito pesado no início da manhã. Logo que localizei o prédio e nele a sala, encontrei toda a equipe reunida (além dos agentes, enfermeiro, auxiliares, psicólogo, assistente social e médica), e juntou-se a nós em seguida uma representante da coordenadoria de saúde. Com um grande mapa sobre a mesa, fui apresentado à área de cobertura e recebi uma breve explicação sobre a rotina, abordagens e equipamentos. Acertamos um roteiro e após conhecer a gerência local, caminhamos em direção ao CAPS III – Itaim Bibi, localizado a poucos mais de cem metros da UBS.

O grupo grande, 13 pessoas, é recebido ainda no pátio cercado por altos muros, pelo gerente da unidade que tem nome oriundo da mitologia grega: Ajax. Se lá o ser da história (ou da lenda) era conhecido como uma muralha por sua atuação na Guerra de Tróia, este usa as ferramentas da psiquiatria no seu trabalho diário. O Ajax grego tinha acessos de raiva, degolava animais e acabou se suicidando. No seu ofício, nosso Ajax do Itaim certamente encara cotidianamente pessoas com sintomas semelhantes, mas ao invés da força da espada usa o poder da palavra, do olhar e da tentativa de atendimento em seu labor.

Ela apresenta cada setor, atividade e sala. Junto com a explicação do atendimento propõe reflexões sobre acolhimento (e sua diferença sobre triagem), escuta, contexto e um interessante conceito de autonomia (“quanto mais vinculado alguém for mais autônomo será”), reportando a produção de Roberto Tykanori “Contratualidade e Reabilitação Psicossocial” de 1996. Depois de explicar o método de trabalho, as atividades (incluindo o Cordão Carnavalesco BibiTantan), as oficinas de arte e o “bar”, convidou para conhecermos alguns participantes do grupo de acompanhamento que frequenta a unidade. Sentamos em círculo, nos apresentamos e ouvimos os pacientes.

A região possui alguns emblemáticos moradores, ou frequentadores, de rua, retratando o quadro de transtorno mental. O grupo é pequeno naquele dia, mas bem representativo: homens e mulheres moradores de equipamentos, alguns com dificuldades nas articulações das palavras, outros com olhares desconfiados. Os agentes contam que vários ali estão em tratamento há muitos anos e que hoje nem lembram os seres dilacerados que encontraram vagando pelos bairros vizinhos dali. Uma agente em especial (Luzia) parece ser conhecida dos pacientes e profissionais, que em várias vezes a citam. As atividades semanais incluem desde caminhadas no parque, leituras, trabalhos artísticos até debates, reuniões e assembleias de usuários, numa gama grande de oferta de preenchimento do tempo.

Esta experiência de aproximação, conhecimento do trabalho e reflexão é considerada muito positiva pelos agentes. O conhecimento mútuo deve refletir em parceria e, por consequência, melhoria do trabalho e atendimento à população. Notei uma satisfação grande com a oportunidade e um destaque nas ações do trabalho final, nas falas dos agentes.

Lotamos uma “perua” e seguimos rumo a uma Casa de Acolhida. Saímos das imediações do Parque do Povo e pegamos um longo período na Avenida Faria Lima, seguindo pela Inácio Pereira da Rocha e Simão Álvares, até o número 1968 onde está o Albergue Esperança. O trajeto, que em horários fora do rush poderia ser cruzado em 12 minutos, leva agora quase meia hora, enfrentando congestionamentos do horário de almoço. No veículo somos nove e os agentes brincam entre si. Uma conta do escorregão de outro teve no dia anterior, numa calçada azulejada da região e quase caiu e alfineta: “O tombo não foi nada, mas ele levantou a mãozinha e disse ui!!!”. Todos riem e o alvo da piada não perde a esportiva e arremata: “Ah... nada demais. Todo homem tem seu lado feminino né?”. Mais gargalhadas.

O equipamento é administrado pelo Centro de Orientação a Família (COR) e conhecido pelos agentes pela sigla. A ONG foi fundada em 1971 e afirma que é “compromissada com a qualidade de vida de vida das famílias em situação de vulnerabilidade”, através dos “princípios cristãos católicos, tendo como objetivo o respeito à dignidade e a integridade de cada pessoa e família atendida”, e atua em dois albergues e um bagageiro, voltados para a população de rua. O prédio em Pinheiros tem capacidade para 96 usuários, mas acaba recebendo demandas extras, sobretudo nas refeições. A psicóloga da casa me explica a grande presença de alcoolistas e usuários de drogas, sobretudo entre os usuários jovens, segundo ela muito de difícil trato e com histórico de abandono ou expulsão da família pelo uso constante de drogas. Pergunto se existem casos de embriaguez, ou efeito aparente do uso de drogas na hora de retornar à casa e ela confirma: “praticamente todos os dias”. Embora não se fale em redução de danos, chama a atenção um cartaz exibido num dos quadros de avisos onde existe uma série de dicas para quem quer parar de fumar (masque cravos, limite a quantidade por dia e vá diminuindo, etc). Segundo uma das funcionárias da casa, as parcerias próximas da UBS, CAPS e CAPS-AD têm favorecido o trabalho.

Outra população em destaque na casa são os idosos. Homens de mais de 60 anos, com aparência prejudicada, problemas crônicos de saúde e sem vínculos familiares, que vivem por ali. Entre eles está Seu Zé, um homem grande, que fala pouco e que estava antes na reunião de acompanhamento do CAPS e, sentado num canto da área de convivência, nos observa quieto. A área é usada durante o dia para convivência e conversas, ali é permitido fumar e exercícios com jogos de dominó e damas, além de contato com os agentes para pedidos e encaminhamentos.

Relato de Campo 7

UBS Brás

03.12.2014 (Quinta-Feira)

O Brás fica a leste do centro de São Paulo, mas pertence à região administrativa Sudeste. A área é pequena e fica próxima ao Pari, Mooca e Belém, misturando os frequentadores. O bairro é conhecido por seu aquecido comércio de rua, sobretudo confecções femininas, que enchem de gente os caminhos, e a elas se somam os ônibus de compradores de outros estados que dia e noite procuram ofertas para revenda. Além desta primeira característica outra é a forte presença de bolivianos e coreanos, muitos ilegais e vários escravizados em porões de costura onde se confeccionam as roupas vendidas. O caminho até a UBS é tortuoso, necessitando atenção para não esbarrar em tanta gente que nesta época pré-Natal já se acumula. Na Rua Sampson, uma feira impede o acesso de carros, tornando o trânsito ainda mais lento, e o cuidado para não derrubar barracas de frutas e legumes mais uma atividade de atenção.

O prédio é pequeno na frente, mas comprido, cheio de pequenas salas e lotado de pacientes. Depois de perguntar para três funcionários consigo localizar a sala dos ACS de Rua. Com a equipe revemos o trabalho final e me apresentam o território e sua rotina de trabalho. Além dos equipamentos, que recebem moradores de rua do bairro e da região, existem vários pontos em algumas avenidas e ruas que servem de moradia e não raro local de uso de álcool e outras drogas. Já embarcados na “perua”, seguimos para a Casa Restaura-me, mantida pela Aliança da Misericórdia. Apesar de ser relativamente perto da UBS o trajeto demora muito com o veículo enfrentando acúmulo de carros e pessoas. Chama a atenção nas vitrines o número de lojas com roupas para gordinhas, manequins GG e outros eufemismos, provando que o acesso ao consumo cresceu juntamente com o número de quilos na média dos brasileiros. Uma das agentes comenta sobre o entorno das lojas cheias de pequenos comerciantes de outros estados, e agências de turismo clandestinas que os trazem ou orientam nas compras catando os possíveis compradores na saída do metrô.

Indo até o final da Rua Monsenhor Andrade se chama num muro alto e um portão grande onde fica a entrada da Casa Restaura-me. Na parte de fora se vê o acúmulo de barracas, malocas feitas de restos de madeira e lona. Muito lixo acumulado e homens se aglomeram sentados no chão, de pé, dormindo, fumando e bebendo direto de garrafas pequenas. Cruzando o portão de ferro há um pátio grande e comprido com mais gente, ao lado direito uma série de tanques são usados para lavar roupa e um espelho grande ajuda na higiene pessoal. No fundo uma série de salas e à esquerda um enorme salão. Num dos cantos um grupo conversa com monitores, e me explicam que quinzenalmente fazem grupos para discussão sobre saúde. Naquela manhã cerca de 20 moradores de rua assistem slides e conversam sobre câncer de próstata. Ao final recebem uma senha para o almoço. Conhecemos o refeitório, uma sala imensa com capacidade para 120 pessoas, onde uma cruz estilizada feita de lascas de madeira se destaca em uma das paredes.

Segundo a assistente social mais de 300 almoços são servidos diariamente ali. Para organizar a demanda os conviventes recebem fichas de cores diferentes e são chamados pela ordem. Enquanto conversamos uma fila imensa se forma dentro do prédio e se estende pelo pátio para receber o vale e aguardar sua chamada de almoço. A grande maioria são homens e o cheiro de álcool impera no ar, as poucas mulheres estão acompanhadas de seus companheiros e algumas poucas crianças. Já são quase onze horas

quando saímos e a fila só aumenta. Andamos paralelo a ela vendo rostos sofridos, carregando sacos, mal vestidos, alguns cheirando mal. Um, mais ousado, larga um comentário ousado para uma agente, uma cantada barata que ela finge que não ouve e continua caminhando.

Os agentes relatam que boa parte daqueles são moradores do Arsenal da Esperança, no bairro vizinho da Mooca, que se deslocam até ali para almoço. A maioria, contam, vive numa rotina: acordam cedo, pois o albergue chama, ficam vagando pelo centro de convivência até o almoço, dormem por ali ou participam de alguma atividade e quando as 16h vão se aproximando eles retornam ao local para pernoite. É assim de segunda a sexta com algumas variações, sendo que no final de semana o ponto de encontro é a Tenda da Mooca que abre recebendo esta população, ou em parques próximos.

A próxima parada é na Tenda localizada na Rua Almeida Lima, embaixo do viaduto Alcântara Machado, lá também esta a academia criada pelo ex-pugilista Nilson Garrido. São espaços grandes para convivência que reúnem banheiros, espaço para lavar roupa, sala de TV e a academia, que no lugar de aparelhos modernos usa pedras, latas de tinta cheias de concreto, pneus, mola de caminhão e amortecedores como equipamentos. Mas o que mais chama a atenção entre um espaço e outro é a grande quantidade de malocas montadas por ali. São pequenos espaços cobertos por papelão, lona, restos de banner ou outro tipo de material que abrigam uma, duas ou mais pessoas.

Naquele fim de manhã a maioria ainda dorme. Por ali encontramos um morador baixo, negro, que mostra sua maloca montada somente com peças que "encontra no lixo". Camisetas de times estão pregadas na cerca de tela que circula a tenda e dezenas de latinhas de bebida estão por perto esperando a comercialização. Ele tira do bolso quatro anéis, um em formato de terço com as dez contas num material que lembra ouro e um masculino com pedra azul parecido com um anel de grau, que ele diz ter achado na noite anterior. Uma moradora da maloca ao lado se aproxima, visivelmente alterada, e avisa para não nos chegarmos muito perto de um outro morador logo ali perto. Alto, careca, usando camiseta da seleção brasileira e aparentando em torno de 30 anos ele exhibe uma longa faca de cabo de madeira, com parte metálica brilhando.

Segundo alguns agentes ele estava apenas preparando uma refeição, mas outros mais experientes naquela região alertam para o risco de alguma reação mais violenta. O local é conhecido pela violência e assaltos principalmente durante a noite. “Aqui os carros não param no sinal, passam correndo com risco de serem assaltados. O bicho pega”, conta uma agente que trabalha com população de rua há cinco anos, sendo um naquela área. O acúmulo de lixo, as malocas, aliado com o barulho e a poluição pelo escapamento dos carros, torna o ambiente alvo de caras torcidas e de desagrados para os comerciantes e moradores próximos e ações hostis não são raras. Quando o sinal fecha os passageiros fecham os vidros, verificam travas de portas e olham entre o asco e o desprezo para aquele cenário.

Dali seguimos pelas ruas José de Alencar e Uruguaiana, cheia de pessoas que dormem nas calçadas. Descemos em direção à Rua Brigadeiro Machado. Os agentes chamam a atenção para o grande número de carros com o para-brisa erguido. É um código entre moradores e comerciantes da área para que os veículos não sejam assaltados, mas não basta apenas esta atitude. Uma série de negociações envolvendo dinheiro e proteção também circula de forma menos comentada por ali. Nem bem dobramos a esquina e escutamos o barulho estridente de um alarme, pouco mais adiante um Corsa azul escuro é visto com o vidro do lado do motorista arrebentado. Dois garotos, aparentando 17 anos ou menos, passam rindo com um rádio na mão.

Na mesma calçada, sete homens idosos sentados fumando silenciam, não esboçando reação. A agente nos alerta para não ficarmos olhando fixamente a fim de evitar problemas.

Entramos na Casa Nazaré que recebe famílias em vulnerabilidade e andamos, na mesma quadra para o Reciclázaro, um centro de convivência que trabalha com reciclagem de materiais, produzindo peças e gerando renda. São trabalhos em papel, vidro, tapeçaria e outros produtos. O monitor nos explica o processo de produção e venda, e passeamos pelas diversas salas com pessoas trabalhando silenciosamente. Além disto, a casa serve almoços e possui poucas vagas de pernoite. O coordenador que nos atende é impaciente e secamente apresenta o local, sem apertar a mão de ninguém, tudo muito rápido e formal, e o tema “drogas” parece ser tratado ali de forma igualmente radical. Um cartaz na parede externa de uma das salas de trabalho exhibe claramente a mensagem que parece existir por lá: num losango amarelo, semelhante a placas de trânsito, aparecem figuras de cigarro, seringas, pílulas e uma folha de *cannabis* e em tamanho maior a mensagem “Drogas Não”.

A impressão eu tive é que por trás do comercio barato do Brás há um mundo paralelo e subterrâneo que envolve, além de drogas e assaltos, uma série de clandestinidades como o trabalho escravo de bolivianos, as agências de turismo clandestino, atividades de prostituição e no meio disto tudo circulam moradores de rua interagindo ou se envolvendo neste cenário. Curiosamente no mesmo bairro está sendo construído o “Templo de Salomão”, sede mundial da Igreja Universal do Reino de Deus, com capacidade para dez mil pessoas. O prédio imenso chama atenção de quem passa, ocupando a metade de um quarteirão da Avenida Celso Garcia, onde foram comprados 24 imóveis, e nas ruas João Boemer e Júlio César da Silva.

Até o momento foi o campo mais tenso e difícil, revelando um lado que pouco se fala quando o tema é uso de drogas e pessoas vivendo na rua: a violência exposta e produzida.

Relato de Campo 8

Sta Cecília III (Equipe 125)

07.01.2015 (Quarta-feira)

Pela terceira vez retornei à UBS Santa Cecília, na Rua Vitorino Camilo, 599, num bairro meio Santa Cecília, meio Campos Elíseos, meio Barra Funda. Faltava ainda conhecer o território e trabalho de uma equipe que atua fora da área da Cracolândia, nas quadras ao lado e em equipamentos próximos. Cheguei à UBS pouco antes das 8h30min, subi as escadas e descobri que a enfermeira da equipe estava afastada por motivos pessoais; havia encontrado ela na semana passada e fiquei surpreso. Fui procurar orientação e outra enfermeira foi designada junto com duas agentes de saúde para me acompanhar.

Depois de um período de espera e acertos, às 9h40min já estamos a bordo da “perua” rumo à Alameda Dino Bueno, onde está o Centro de Convivência para Adultos administrado pelas obras sociais dos padres salesianos. Ali próxima também está a Igreja Sagrado Coração e o Liceu Salesiano, fundado há 128, anos que ocupa uma quadra no bairro, praticamente em frente ao terminal princesa Isabel e muito próximo à Cracolândia.

Entrando na rua do equipamento notamos dezenas de homens sentados nas calçadas, alguns deitados, outros conversando de pé. O cheiro de *cannabis* perfuma o ar e é possível ver garrafas espalhadas. Entrando na casa há um grande espaço para refeições, no lado uma pequena sala que serve de atendimento social e ao fundo espaço para banhos. Destacam-se uma imagem de N. Sra. Aparecida e uma de S. Vicente de Paula em tamanho natural. O santo francês aparece amparando um doente de longas barbas e cabelos semelhante à imagem iconográfica de Jesus Cristo. O ambiente é de barulho na espera pelo almoço (diariamente 350 refeições são servidas ali), e um quadro de avisos lembra a data das consultas agendadas e as abordagens aos agentes são constantes: “Tirei meu raio-x, viu?”, “Vão fazer o exame da diabetes hoje?”, “Tinha uma consulta marcada e perdi, o que faço?”.

Quase ao lado, na mesma quadra está um albergue (Abrigo Dom Bosco) que também serve como espaço de reciclagem de alguns materiais. Ali é um dos poucos espaços que recebem “carroceiros” e seus cachorros, com o trato de que a higiene do animal seja responsabilidade do morador. Após abrirem a porta, notamos várias carroças lado a lado e dois cachorros grandes vêm em nossa direção latindo e fazendo festa. Um morador, com cheiro de álcool evidente, chega animado e vem conversar conosco. No andar de baixo, um salão grande com papelão, papel, isopor e outros materiais semelhantes, boa parte já prensado, outra ainda espalhada para seleção e separação em blocos. No fundo alguns materiais já limpos, uma árvore de natal e um presépio. Sentado numa mesa um homem de cabelos brancos e longos, que escrevia silenciosamente, foi reconhecido pelas agentes que o cumprimentaram e perguntaram por sua saúde. No andar de cima, tipo mezanino, são 54 camas de solteiro enfileiradas, cada uma com uma pequena cômoda ao lado. O vigilante uniformizado que nos abre a porta e acompanha cada passo dentro da casa pede nossos nomes e vigia cada ato até nos acompanhar na saída.

Na rua seguimos caminhando passando próximo à Favela do Moinho e entramos na Alameda Barão de Piracicaba. No caminho muita gente sentada e deitada nas calçadas. As agentes cumprimentam, eles retribuem e sorriem, acenam. Um diz “Bom dia gostoso para vocês.” A enfermeira me conta da relação da

comunidade com a Porto Seguro, empresa com vários imóveis na região e localizada na região há quase 30 anos. Segundo ela, a empresa financia parte dos equipamentos administrados pelos Salesianos, mas não tolera uso de droga nestes espaços. Também vários casarões históricos da região foram restaurados pela empresa. Cruzamos a Alameda Nothmann e na altura do número 509, chegamos à frente da Cristolândia (que merece um novo parágrafo).

A Missão Batista Cristolândia é um programa de recuperação e assistência a dependentes; a primeira unidade foi fundada em 2010 e hoje estende seus trabalhos em seis estados (os quatro do sudeste mais Distrito Federal e Pernambuco). Na frente do prédio, uma “perua” branca com letreiro em verde estacionada e na frente alguns homens, jovens, estão lavando o salão, que no fundo tem um palco com instrumentos musicais e na parede do fundo uma citação bíblica do evangelho de João capítulo oito: “Conhecereis a verdade e a verdade vos libertará”. Quem nos recebe é Adriano, jovem, fala mansa e firme, usa bermudas e se nota na panturrilha esquerda uma tatuagem tribal. Nas terças-feiras são feitas as triagens das pessoas que querem aderir a um programa de abandono das drogas e recuperação. Segundo conta, entre 20 e 30 pessoas por semana procuram a casa para este fim. Os selecionados são encaminhados a um outro prédio próximo dali para sete dias de desintoxicação e oração, e depois, em uma das comunidades no interior, passam por uma etapa de seis meses de recuperação. “Ao todo o processo leva dois anos”, conta.

Ele nos apresenta as dependências. Logo na entrada uma rouparia e lavanderia. “Quem vem da rua deixa suas roupas aqui e ganha peças novas”, ao fundo banheiros e no andar de cima cozinha e refeitório. Na casa vivem os que lá trabalham, cerca de 20 pessoas. A rotina inicia às 7h30min com uma oração, depois é servido um café aos moradores de rua, às 10h nova oração e às 12h30min almoço. A cada dia são seis os momentos de oração. A casa vive basicamente de doações e de recursos arrecadados pela própria Igreja Batista, e os que coordenam a casa recebem titulação conforme seu trabalho: são evangelistas, diáconos, leitores, etc. Pergunto sobre a taxa de recaída entre os que procuram este tipo de tratamento e ele desconversa. Antes de encerrar ele pede informações de como consultar com um otorrino e recebe informações sobre a UBS.

Caminhando pela frente do Terminal Princesa Isabel na continuação da Alameda Glete e se nota pessoas dormindo junto à grade, algumas barracas, um morador de rua cadeirante e muita sujeira. Em frente à bela Igreja o cheiro de urina e fezes se mistura ao de álcool exalado pelos que por ali passam. Três homens vêm no sentido contrário ao nosso, de longe identificam os agentes e os cumprimentam, um deles sorri e fala enrolado “Estes são protetores dos malucos”, e segue trôpego seu caminho.

Relato de Campo 9

UBS Barra Funda

14.01.2015 (Quarta-Feira)

Na chegada à UBS Barra Funda tive duas surpresas: primeiro pelo prédio. Espaçoso, arborizado, arejado, bem dividido, com muita gente, mas nada abarrotado, depois pelo delicioso café da manhã com que fui recebido por toda a equipe. Reunimo-nos numa sala e além dos agentes os outros profissionais da equipe também estavam presentes: médico, psicóloga, psicanalista, enfermeira, assistente social, auxiliares, residentes. Conversamos sobre o território, o dia-a-dia, as características da população. O médico me conta que existem, pelo menos, três obesos mórbidos entre a população de rua e albergada atendida, nenhum desnutrido e que os níveis de colesterol são na faixa de 90, muito em função da grande quantidade de caminhadas que realizam durante o dia. Conversamos e saímos para o campo. Uma agente está naquela região há nove anos, outra há cinco e a maioria há um ano em meio mais ou menos. Um agente social foi deslocado de outra área recentemente.

O calor desta terça-feira está senegalês. Na “perua” estamos para conhecer a realidade naquele espaço na zona oeste de São Paulo e o começo não poderia ser mais impactante. Depois de um tempo no veículo chegamos ao ponto que os agentes chamam de “buraco”. Numa ponte debaixo da Marginal Tietê, próximo a Freguesia do Ó, vivem cerca de 20 pessoas, usuários contínuos de crack. Para se chegar lá, além de caminhar um pouco, e descer as encostas do riacho que passa embaixo da ponte, é preciso cuidado de equilibrista para não cair. Para garantir sobrevivência, estas pessoas realizam pequenos trabalhos como “aviãozinho” de traficantes da região. Ali e no entorno estão cinco grávidas atendidas com prioridade pelos agentes. Trata-se de um ponto crítico e perigoso que exige uma relação de confiança e vínculo bem construída. Todo o pré-natal é feito com agendamentos prévios e conversas para que o uso seja mais moderado nas vésperas e no dia das consultas. “Para que peguem mais leve”, explica o agente. Mesmo assim, muitas crianças assim que nascem sofrem convulsões e outras consequências do uso intenso do crack pelas mães.

Seguimos a COOPERE, cooperativa de reciclagem que tem como matéria prima o lixo reciclado que é recolhido diariamente no centro expandido de São Paulo. São cerca de 350 toneladas que mensalmente passam pela mão seletiva dos que ali trabalham. Conforme explica o agente, os moradores de rua primeiro são convidados a trabalhar em outra cooperativa chamada Reviravolta, depois acostumados com o trabalho e, mais disciplinados, são admitidos ali. Entrando no amplo terreno encontramos imensas quantidades de isopor, papelão e material seco e mais adiante toneladas de lixo espalhados, gerando aglomeração de moscas e mau cheiro.

Em duas esteiras o lixo reciclado é despejado e cada um dos trabalhadores cata um tipo de material. O agente conta que é difícil falar de saúde ou encaminhar para consultas visto que trabalham por produção e qualquer tempo parado significa diminuição nos ganhos. Em função disto, os períodos de almoço ou de confraternização numa sexta-feira do mês (sexta *light*) são aproveitados para falar de saúde. Num ambiente altamente insalubre, o uso do EPI (equipamento de proteção individual) já foi uma conquista, relata. Hoje luvas e óculos de proteção são usados pela grande maioria dos trabalhadores. O uso de álcool no local é

vetado e os que aparecem para a jornada visivelmente embriagados são chamados pela supervisão e afastados da atividade até que os efeitos passem.

Continuando o trajeto passamos pela frente do prédio do DETRAN, na Avenida do Estado, e notamos as dezenas de barracas montadas por ex-moradores da favela Estaiadinha que foram atingidos por uma série de incêndios no mês de novembro. São cerca de 350 pessoas que se acumulam na calçada entre homens, mulheres e crianças chamando a atenção de quem por ali passa. Enfrentando o trânsito e o calor nota-se um homem negro de camiseta entre os pedintes do semáforo. Um dos agentes o reconhece: ele se chama Luis e foi dirigente da cooperativa de reciclagem no passado. Ele se aproxima e cumprimenta alguns agentes e conta que estava na favela e está ali à procura de recursos para se alimentar. Conversam brevemente e o veículo segue.

A próxima parada é um equipamento voltado para crianças e adolescentes, administrado pela Associação Brasileira de Busca e Defesa a Crianças Desaparecidas (ABCD) e que recebe 20 crianças e adolescentes. Alguns são filhos de moradores de rua, famílias em vulnerabilidades e outras situações que por via judicial são encaminhadas para lá. A assistente social conta o caso do primeiro adolescente que, após passar por outros equipamentos, está para completar 18 anos e em processo de transição para um abrigo. Uma situação nova para elas.

Seguimos para um equipamento inusitado. Um prédio em formato de L pintado de creme e tons de rosa abriga na ampla área dos fundos uma casa de repouso para imigrantes coreanos sem família. São cinco idosos entre 80 e 90 anos, que pouco ou nada falam de português e recebem cuidados, alimentação e hospedagem no local mantido por doações da comunidade coreana e administrado por freiras da Associação do Pequeno Jesus. Uma delas vem nos cumprimentar e o máximo que faz em português é sorrir.

Separado por uma cerca de metal e um portão de ferro, no pátio se acumulam quase uma centena de homens e poucas mulheres que para lá acorrem diariamente em busca de almoço. O gerente do local explica que são servidas até 350 refeições por dia ali. Antes do início do almoço o espaço funciona como centro de convivência. Uma TV grande em LCD fica passando filmes, em geral de ação com muitos tiros, lutas e mortes. As tentativas de utilizar para filmes educativos foram frustradas em todas as vezes que se tentou. Ele conta que este trabalho iniciou há quase dez anos, primeiro distribuindo comida na rua e depois com a criação deste local. Segundo ele a dificuldade é a espera pelo almoço, pois muitos acabam se acumulando na frente do prédio fumando, bebendo ou usando drogas, o que criava problemas com a vizinhança, diante disto se criou este espaço de filmes antes do alimento ser servido. “Aqui dentro eles não podem fazer uso”, afirma.

O último equipamento que passamos é o Centro de Acolhida Portal do Futuro. Saindo da Avenida Tiradentes, entramos na Rua Frei Antonio Galvão e na sua continuação, que após a Alfredo Maia passa a se chamar Deocleciana. O local tem fama entre os agentes de ser um dos poucos abertos à diversidade humana dos seus conviventes. O prédio é amplo e após passarmos um grande portão de ferro e uma guarita podemos ver um pátio imenso e no fundo um grande galpão. À direita num prédio de dois pisos ficam o refeitório, os banheiros e no andar de cima os dormitórios. Mal entramos no prédio e um dos moradores vem puxar conversa. É seu Humberto, 61 anos, mas aparentando bem mais. Ex-militar, usa roupas camufladas e com dificuldade de articular as palavras. Fico sabendo que está sob efeito de medicamentos tarja preta e, segundo

o que relatam, “somente assim ele não age com violência”. Num banco ao lado estão dois senhores: Clair e Carlos, dois irmãos de 60 e 65 anos, separados pelo tempo e que se reencontraram no equipamento após vivências intensas na rua e nas drogas.

Mais ao fundo, numa mesa, alguns conviventes fazem trabalhos manuais. Na ponta da mesa está Samantha, travesti com roupas de cigana com saia, lenços e brincos, contrastando com seus braços peludos. Ela é surda-muda, tem deficiência visual num dos olhos, transtornos mentais e vive ali há algum tempo. Tenta conversar, mas os sons me são difíceis de entender. Uma gente traduz usando gestos, ela diz que eu sou bonito e ri muito. Fico pensando no universo particular dos surdos e mudos e na gama de coisas que eles percebem privados da voz e da audição.

O Portal tem mais de 220 moradores e costuma ser referência para travestis em situação de rua, bem como doentes mentais que não conseguem internação em outro lugar. O local antes abrigava uma fábrica e um imenso guindaste pode ser visto no pátio, um instrumento para carregar pesos imensos, difíceis de transportar e de mover, semelhante com o peso das dificuldades que sentem as pessoas que sentem as pessoas que ali vivem.

Voltando para casa, na estação do metrô, vejo à venda, numa destas máquinas onde o livro vale o que você quiser pagar, a obra “Carta aos Surdos e Mudos” de Denis Diderot. Nela o autor tenta compreender como os dados recebidos pelos sentidos e o intelecto são processados e transformados em ideias. Para os que não ouvem e nem falam, o processo é peculiar e, quem sabe, mais eficiente do que para os que falam demais e só ouvem o que querem. Vai ser minha leitura do final de semana.

Relato de Campo 10

UBS Pari

21.01.2015 (Quarta-feira)

Com menos de três quilômetros quadrados, o Pari é um dos menores bairros de São Paulo. Descendo na estação Armênia, linha azul do metrô, se caminha até a movimentada Avenida Cruzeiro do Sul. Cruzando, são mais algumas quadras até a Praça Kantuta. Ali, aos domingos, acontece uma tradicional feira de produtos da Bolívia e em meio a *saltenhas*, *lechón al horno* e *chichas de quinua*, mais de duas mil pessoas, a grande maioria bolivianos, se encontram e festejam. Mas o que vejo por ali são algumas malocas e homens sentados próximos a elas fumando e bebendo, e são apenas 8h30min. Perto e alheias a esta cena, algumas senhoras usam os equipamentos de malhação ali instalados exercitando braços e pernas. Circulo a praça, dobro à direita e logo vejo o prédio da UBS. O local já se enche de gente, pergunto na recepção e após seguir uma rampa encontro a sala da enfermeira da equipe, conversamos brevemente e desço novamente para a sala onde ficam os agentes, aguardando ela terminar um atendimento.

Na sala, que tem outras funções como arquivo de prontuários e circulação de outros profissionais, encontro dois alunos junto a um terceiro agente, em seguida chega outra aluna, um outro agente está em férias. Subimos para uma sala de reuniões no andar de cima e chegam outros membros da equipe, entre eles um psicólogo peruano e uma auxiliar de enfermagem natural de Sergipe, muito sorridente e simpática, que a todos chama de “meu amor”. Explico o objetivo da visita e conversamos.

Dois agentes vieram de outras UBS recentemente, um é novo naquele trabalho, o que está em férias está em atividade naquele local há quatro anos e uma trabalha no Pari há cinco anos. Em todos os lugares por onde andamos, os pacientes, moradores dos equipamentos, nos corredores das UBS e nas ruas vizinhas a conhecem e saúdam, chamando pelo apelido de “família”, certamente por identificarem em sua camiseta o logo do Programa de Saúde da Família. Enquanto conversamos são entregues, pela enfermeira, os holerites referentes ao pagamento do mês e o décimo terceiro salário; eles assinam uma via, devolvem e conferem os valores com atenção.

Segundo me explicam a maior parte do trabalho dos agentes se concentra nos equipamentos localizados na região. Cruzando a rua da UBS, se adentra numa enorme área que abriga várias casas de albergagem, ao todo são seis somando mais de 700 pessoas que ali residem entre homens, mulheres, idosos, jovens, doentes mentais, algumas travestis e outros. Nas duas praças da região (Kantuta e Pe. Vieira) vivem cerca de 40 pessoas, divididas em malocas improvisadas ali, montadas. Antes de conhecermos os equipamentos acompanho a enfermeira, e alguns agentes, em busca de uma moradora grávida da primeira praça. São duas barracas grandes cobertas por lona, na primeira estão dois homens sem camisa, que fumam e conversam. Ela se aproxima, usando o jaleco branco, pergunta pela paciente e indicam que é na barraca ao lado. Ela grita chamando pelo nome e ninguém aparece, tenta novamente e um homem negro, sem camisa

surge informando que a mulher foi para o interior na casa da família, e não tem contato nem sabe quando volta. A enfermeira pergunta se ele é o companheiro dela e ele afirma que não, e complementa que o companheiro dela está preso. O resultado de exames e novos agendamentos irão depender do retorno da moradora.

Partimos então para os equipamentos. Uma porta de ferro se abre num terreno cercado por muros altos de cor azul com arames farpados, e lá dentro, corredores levam a um conjunto de salas. Na parte externa avarandada, oito idosos sentados conversam e cumprimentam nossa chegada. O complexo Canindé junta quatro casas de albergagem (Centros de Acolhida Vivenda da Cidadania, Samaritanos, Olarias e Estação Vivência). São espaços amplos com um pátio ajardinado onde alguns moradores ficam em grupos conversando, fumando cigarro ou sozinhos, olhando o movimento. Naquele horário, uma parte dos moradores está fora, trabalhando ou fazendo outras coisas, e vários almoçam fora em outros locais e equipamentos e retornam no final do dia.

Um agente me conta que a realidade noturna é bem diferente do que vemos: “o cheiro de maconha impera à noite, alguns usam crack e o álcool, apesar de proibido, é consumido a noite”. As garrafas são trazidas escondidas dentro de bolsos de calças, casacos e bermudas.

Entramos em um dos imensos dormitórios onde dezenas de beliches podem ser vistos na porta, e alguns homens mais idosos estão deitados. Os agentes já conhecem quem são os acamados pelo nome e se aproximam. Entre eles, no leito 164 está Seu Sebastião, 61 anos aparentando muito mais, alcoolista, com problemas de respiração, aparentando cansaço e fraqueza. A auxiliar se aproxima falando alto, animada: “Bom dia meu amor, como está hoje?”. Medem a pressão arterial e glicemia e convencem o paciente a caminhar até o lado de fora, e o senhor tem aparente fragilidade para caminhar. Confabulações por telefone são feitas e se consegue um encaminhamento para internação. Um agente se desliga do grupo e vai acompanhar o idoso. Enquanto caminhamos um morador conversa com outro agente e tosse bastante. “E esta tosse?”, pergunta o agente querendo saber há quanto tempo ele está com aquele sintoma. Ele explica que faz um tempo, mas que este “não é seu maior problema”, relatando as dificuldades de dormir pelo barulho e outras coisas.

Seguimos pelo pátio onde se nota num canto uma moradora sozinha, voltada para o muro; parece conversar com seres imaginários. Vamos conhecer o equipamento feminino chamado “Maria Maria”. Lá moram mais de cem mulheres e 30 crianças. No caminho até a entrada, vários idosos em cadeira de rodas estão numa parte de sombra e nos cumprimentam, em especial à agente conhecida. “Bom Dia Família”, repetem à medida em que passamos. A casa é térrea, já na entrada há uma recepção, uma sala de TV e brinquedos e um jogo de sofás onde algumas moradoras estão. Uma com fala rápida e enrolada conversa comigo numa junção de frases sem sentido e sem conexão, evidenciando algum problema mental. Outra também perturbada segura meu braço, fala muito coisas sem sentido e finaliza sua ladainha com uns gestos que lembram a linguagem de libras, depois me explica a frase repetindo mais devagar os gestos: “Eu estou de olho em você, porque você é muito bonito”. Em seguida me conta suas múltiplas atividades antes de ir para ali: babá, cuidadora, diarista, artesã. Por fim pergunto se ela fuma ou bebe e se as moradoras dali fazem

o mesmo. Ela confessa que “pita” mas não bebe, e entrega as colegas que ao cair da noite passeiam entre as outras casas “bebendo e namorando”. Na parte dos fundos da casa há uma espécie de “fumódromo” formado por mesas e bancos de pedra, mas a grama muito alta não é convidativa.

Despedimo-nos e seguimos adiante, saindo por um portão no fundo do complexo e viramos à esquerda, na Rua Comendador Nestor Pereira, andamos alguns metros e chegamos no Sítio das Alamedas, um lugar de acolhimento para idosos com autonomia acima de 60 anos. O equipamento é administrado pela OS CROPH (Coordenação Regional das Obras de Promoção Humana). Ali vivem 54 pessoas, entre homens e mulheres, os alojamentos são divididos em duplas, com banheiros nos apartamentos, espaço de refeição e ampla área verde, uma parte malcuidada, necessitando realizar uma capina do mato que cresce. O local também realiza atividades artesanais como pintura em madeira, jogos de mesa, oficina Padaria do Vovô, alongamento, entre outros.

Num espaço que fica do outro lado do refeitório, ligados por um corredor coberto ladeado de folhagens e flores, estão os vinte dormitórios identificados por placas com nome de árvores (jatobá, cedro, eucalipto, etc). Entre eles mesas de plástico e bancos de praça onde alguns estão sentados. Numa das mesas sentam as enfermeiras, psicólogo e outros profissionais, e aos poucos os idosos vão chegando para atendimento. “Oi meu amor, como você está?”, sorri a sergipana a cada homem ou mulher que se aproxima.

Enquanto atendem, vou conhecer o restante do terreno com grande espaço de árvores e lugares para sentar contemplando o verde. Ali que eles fumam cigarros, muitas vezes comprados a granel a R\$0,25 cada um, vindo pelas mãos dos que podem e querem sair do local. Um dos idosos nos apresenta o seu quarto, são duas camas de solteiro, espaço para guardar os pertences, banheiro e uma pequena área com tanque para lavar roupa. Restos do espiral de “Boa Noite” para afastar mosquitos são vistos, evidenciando a presença destes insetos nas noites, principalmente de verão, segundo me informam. Antes de sairmos, um dos moradores de origem oriental nos acompanha conversando muito, sorrindo, contando piadas.

O sol quente nos castiga e o suor brota abundante. Caminhamos pela Rua Comendador Nestor em direção à Praça Padre Vieira. Lá o clima é tenso e o acesso dos agentes bem limitado. São malocas que abrigam um número não sabido de moradores, entre eles uma grávida de cinco meses a quem foi oferecida uma vaga num dos albergues, mas ela rejeitou. Ali os usos de álcool e crack são conhecidos, e os moradores arredios e às vezes agressivos, o que torna o acesso muito difícil.

Voltando à UBS caminhando num dos dias mais quentes deste verão paulistano, depois de beber muita água sigo para o metrô. Um agente me acompanha e no caminho conversamos sobre a diferença do trabalho naquela unidade e na outra em que ele atuava, na região central da cidade. Públicos diferenciados, hábitos peculiares em cada lugar, usos diferentes. Despedimo-nos a duas quadras da estação e cada um segue seu rumo ainda com muita coisa para fazer até o final do dia.

Relato de Campo 11

UBS Lapa

22.01.2015 (Quinta-Feira)

Às sete horas da manhã a chuva era intensa e apontava para um dia bem úmido e difícil. Depois de alguns telefonemas resolvemos manter a visita, mas chegar até a Lapa não foi uma tarefa fácil. Pouco mais de 12 quilômetros me separam até o destino, mas o trânsito não ajuda e o tempo de demora se multiplica. Primeira etapa de metrô e, depois de dois taxis recusarem por não conhecerem o local, com a ajuda de um GPS consigo, numa terceira tentativa, chegar à UBS. Já no prédio pintado de verde, cruzo uma grade e pergunto para o vigilante pela equipe de consultório na rua. Indicam-me alguns lances de escada e no caminho encontro a enfermeira da equipe que me explica que os agentes estão em atividades com pacientes, e fico aguardando a chegada para iniciarmos as atividades.

Enquanto espero, observo a rotina na recepção naquela manhã chuvosa. Um painel grande na entrada registra o movimento no mês de outubro: foram 1068 consultas médicas, 4073 visitas de ACS e 16816 pessoas cadastradas. São poucos os que por ali transitam, a maioria senhoras e senhores. As agentes chegam e juntamos mais alguns membros da equipe para conversar numa sala no último piso. O psicólogo está ali há apenas um mês, tem larga experiência na gerência de um equipamento social por onze anos, a enfermeira tem um ano e meio de atividade e na UBS e a maioria dos agentes há menos de seis meses, dois estão há mais de um ano e o agente social foi recentemente transferido de outra unidade. Resumem-me as atividades diárias e descrevem o território. Falamos do trabalho final e outros pontos e partimos para as visitas.

Juntamos todos na entrada da UBS, mas uma cena paralisa a continuidade do planejado. Uma senhora negra, de cabelos curtos brancos, usando uma calça jeans, caída, nos pés apenas um chinelo, visivelmente alcoolizada, mobiliza os agentes e demais profissionais.

Eles conversam com ela tentando amenizar a situação:

- Eu bebendo fico satisfeita.
- A senhora já pensou em parar?
- Eu bebo desde pequena. Não quero não.
- E a senhora fica onde?
- Onde eu caio eu fico.
- E qual sua idade?

- Só sei o dia que nasci o ano não lembro direito
- A senhora tem filhos?
- Tenho, mas estão longe.
- E esta tosse? Tá tratando?
- Ela dá e passa, quando aperta peço um xarope pra alguém.

Cercada por agentes, enfermeiro, psicólogo e outros profissionais, a idosa parece que não tem atenção assim há muito tempo. Depois de acertos sobre marcação de consultas e encaminhamentos, ficam de se encontrar de novo. Solícito, um agente entre no prédio e volta com um pedaço de faixa, que faz as vezes de cinto, e ajuda a ajustar a calça jeans de modo que não fique caída.

Já dentro da “perua” somos 13 pessoas, uma lotação acima do comum, fazendo exercícios de contorcionismo para nos ajeitarmos para seguir o trajeto pensado. Andando por subidas difíceis num asfalto molhado, cortando caminho tentando fugir do trânsito, rindo da capacidade do motor do veículo, o motorista Josmar segue prudente até parar na Rua Heitor Penteado para conhecermos o PROSAM, um CAPS administrado pela Associação Pró Saúde Mental. O espaço existe já há 27 anos naquele local e desde 2000 funciona como CAPS. O coordenador Joel explica o funcionamento, as atividades desenvolvidas e detalha o perfil e a rotina dos pacientes. Segundo ele, em geral, os atendidos são homens adultos com histórico de uso de álcool e múltiplas drogas, usadas de forma sazonal. A demanda é encaminhada pelos serviços, mas há muita demanda espontânea de pessoas que tem referência de ex-usuários do serviço ou parentes e amigos. “Alguns atravessam a cidade para vir até aqui e quando oferecemos alternativas em serviços próximos, a maioria não aceita”, nos conta.

Em frente ao prédio, de muro alto tomado pelo verde, uma árvore de natal temporária de seis metros se destaca. No mês anterior uma festa reunindo o coral do equipamento e com participação da comunidade que vive ao redor, “inaugurou” a árvore que ganhou destaque à noite pela iluminação especial. Um dos agentes comenta reservadamente comigo na saída que a qualidade do atendimento depende muito da sensibilidade do profissional que ali atende. Relata um caso de um paciente, morador de rua, que no acolhimento naquele equipamento, ouviu do profissional a frase: “vê se da próxima vez você toma um banho”, o que causou constrangimento e contribuiu para que o tratamento não continuasse.

De volta ao veículo, cruzamos por ruas que lembram governantes romanos: Vespasiano, Tito, Caio Graco e lugares da Roma Antiga (Aurelia e Clélia), até chegarmos na brasileiríssima Rua Imperatriz Leopoldina ao Albergue Zancone, administrada pelo Instituto Rogacionista Santo Aníbal, instituição de inspiração católica fundada em 1969 com cinco unidades em São Paulo. Assim que descemos, percebemos alguns homens sentados debaixo de uma marquise, alguns deitados, outros sentados fumando e bebendo. Atravessamos a rua e um deles nota os jalecos e coletes azuis e vem em nossa direção quase aos gritos: “este

lugar é um lixo, os banheiros estão sujos, não funcionam”. O cheiro de álcool se destaca e ele continua reclamando enquanto cruzamos os portões e entramos num pátio com vários sentados, alguns jogando dominó, outros conversam e assistem TV. Na entrada um mural grande traz desenhada uma árvore de natal que contém em cada bola colorida o nome de um convivente.

Um corredor leva a um maleiro e no piso acima, refeitório e dormitórios em beliches. Numa ala à parte ficam os banheiros e dormitórios dos “pernoites”, onde cabem cerca de 20 homens. O cheiro é ruim e da porta dos banheiros dá para perceber a sujeira do local. No último piso, um grande terraço possibilita visão ampla da região e também é usado para secar roupa. A insalubridade do local é impressionante. Sala fechada, úmida, aliada ao mau cheiro e às condições ruins de higiene dos banheiros, os fatores somam-se para tornar o local nada agradável.

Voltamos à “perua” desta vez com menos pessoas. O destino é o que os agentes chamam de uma “mini cracolândia” da região Oeste. Passando pelo portão Nove do Ceasa (esquina da Avenida Nações Unidas com a Avenida Manoel Bandeira) já se notam as pessoas acumuladas em pequenos grupos, levando carroças ou amontoadas em pequenas malocas, cercados de cachorros, junto a um muro. Um lugar de consumo e tráfico que à noite recebe carros caros em busca da compra de coisas proibidas.

Quando o veículo para e os agentes e a enfermeira descem, alguns percebem e se aproximam. Diógenes é um deles, fazia tratamento de tuberculose junto à equipe e desapareceu, A enfermeira o chama e conversam.

- Oi. Onde você andava?

- Tava por ai me virando.

- E a tosse melhorou?

- Parei de tossir sim, tô melhor.

- Mas tem que continuar tomando os remédios.

- Se eu tô bem não precisa né? Se ficar mal eu volto. Não quero este compromisso, eu esqueço ou bebo demais e tenho outras coisas.

- Passa lá na UBS pra gente conversar?

- Quando precisar passo sim.

Neste tempo outros vão se chegando. Entre eles está Isabel, que chega sorridente e beijando todos no rosto. Nota um agente conhecido no grupo e comenta brincalhona “Olha o meu negrinho aqui”. Outra

agente chega perto e pergunta: “Preservativo está precisando?”. “Com certeza”, ela responde. Informam-me que também naquela turma está Michele, usuária de crack grávida, e Renato e Daniele, um casal que, junto com seu cachorro, divide uma pequena maloca encostada no muro. Havia poucas pessoas naquela hora, pois devido à chuva e ao vento eles deveriam estar abrigados em outro local, além disto um agente conta que naquela manhã “o rapa passou na Baumann”, o que deve ter causado uma distribuição dos moradores dali.

Chegando à UBS ganho uma carona da enfermeira até o metrô, e conversamos sobre a rotatividade dos agentes e sobre algumas fragilidades principalmente entre os que já foram usuários abusivos de drogas. Relato o caso de um que era talentoso desenhista e desapareceu das aulas e ela me conta de outro que, enfraquecido diante do vício, resolveu abandonar a atividade profissional, pois acabava direcionando todo o recurso que ganhava para a compra e consumo de drogas. Dividimos preocupações sobre a necessidade de se ter um olhar de apoio a estes profissionais que cuidam de tantos e acabam não tendo quem os cuide, afinal – pergunto – quem cuida dos cuidadores?

Relato de Campo 12

UBS República

02.03.2015 (Terça-Feira)

Na chegada à UBS, encontrei várias ACS e uma enfermeira não aluna que me levou até uma sala de reuniões. O local é dividido com outros grupos que também se reúnem e em meio a muito barulho tentamos conversar. O gerente da unidade vem se apresentar e uma enfermeira me leva para conhecer as instalações do prédio. No andar de baixo, junto a um banheiro especial para deficientes, há um chuveiro usado costumeiramente pelos moradores de rua quando querem um banho, em especial nos dias de consulta. Como o território é muito grande, focamos primeiro no trabalho final, que será desenvolvido internamente, e escolhemos micro áreas que dão uma ideia da diversidade do campo de atuação. Depois de uma análise rápida e escolhas de pontos mais importantes, saímos.

Pela primeira vez saio a pé e somente com agentes, sem enfermeiros ou outras pessoas. Todas são mulheres, com trabalho de ACS entre um ano e meio e cinco anos. Reclamam muito em geral das rotinas de trabalho, da burocracia, das morosidades, da necessidade de agendamento de consultas para os moradores de rua, das redefinições de área sem consulta e de mais um monte de coisas. Pergunto se não há homens na equipe e elas dizem que preferem assim. Contam que quando há ACS do sexo masculino eles “acabam virando mulherzinha”, trabalham pouco, exigem muito, ficam “escorados” e, além disto, “acabam virando queridinhos da médica e da enfermeira”.

A primeira parada é logo após o viaduto do Chá, no Vale do Anhangabaú. Numa pequena praça seis homens, na faixa de 50/60 anos, estão sentados conversando. Alguns fumam e quando nos aproximamos é possível ver as garrafas de cachaça 51 e as “barrigudinhas” (pequenas garrafas redondas vendidas entre 2 e 3 reais). As agentes chegam e são cumprimentadas. Uma delas, que já trabalhava na área há algum tempo, apresenta a que irá cobrir aquele território. Na saída um dos homens, já meio embriagado, agradece e se despede em nome do grupo: “fiquem com Deus”.

Seguindo, vamos em direção à Praça do Correio, logo adiante. O público visível são os homens mais velhos, moradores de albergues e que passam o dia ali entre amigos, bebendo, conversando até a hora de retornar pro abrigo. Muitos não conseguem voltar e acabam dormindo por ali mesmo. Lá encontramos seu Luiz, com longas barbas brancas e olhos azuis límpidos, em torno de 70 anos, mas aparentando bem mais. Ele reconhece as agentes que a abordam e conversando mostra a carteirinha de albergado, conta que esta no Abrigo Boracéia na Barra Funda, mas todos os dias vence os mais de cinco quilômetros que separam a praça, às vezes usando o bilhete único para idosos, às vezes a pé para passar os dias ali. Continuamos pelo Largo do Paçandu (assim é a grafia correta) onde na parte de trás da igreja convivem prostitutas jovens, moradores de albergue, usuários de álcool e o cheiro de maconha perfuma o ar. Ironicamente, a igreja é dedicada a Nossa Senhora do Rosário dos Homens Pretos, inaugurada menos de 18

anos após a abolição da escravidão, visando à integração dos negros a sociedade, e hoje tem ao seu redor dezenas de negros descendentes vivendo à margem da cidade, repletos de exclusão.

A Rua Timbiras vai da Praça da República à Rua Triunfo, bem no centro nervoso de São Paulo. Segundo as agentes, o local é ponto de encontro de ex-detentos, recém egressos, que acabam se encontrando por ali para beber, dividir drogas, planejar roubos e outras coisas. “Ponto de encontro da marginalidade”, afirma uma agente. Em geral os moradores de rua dormem o dia todo, e no final da tarde se encaminham para a região da Cracolândia para uso de crack. A abordagem dos ACS ali é difícil não apenas pela situação de os moradores estarem dormindo durante o horário de trabalho, mas também pela agressividade com que alguns respondem às abordagens. Visto da Praça são dezenas de pessoas cobertas por caixas de papelão, sacos de plástico e trapos que dormem embaixo das marquises.

Entrando na Praça da República se percebe a diversidade do local. Garotos de programa (michês) dividem espaço com moradores de rua. Cada um na sua droga, dividindo o mesmo espaço, mas praticamente uns se tornando invisíveis aos outros. Voltado para a Avenida Ipiranga está um coreto que abriga cerca de 20 pessoas, com idade variável entre 25 e 30 anos, e, segundo a agente, são seis mulheres e duas travestis. Caminhando para cruzar a avenida ela me conta a saga deste espaço, com a tolerância da polícia (que tem uma base ali perto), mas que por horas acaba intervindo. O lugar ficou fechado até setembro e depois de lá gradativamente ocupado. Fico surpreso também por ela saber de memória as idades dos pacientes e detalhes do quadro de saúde e do histórico de vida.

Saímos dali e seguimos em direção à Rua Sete de Abril. Passando a primeira quadra, numa rua curta encontramos sentado na entrada desativada de um prédio seu Napoleão, 68 anos, há mais de dez morando na rua. A agente o chama para consulta por ser hipertenso e ele repete aquela que, segundo ela, é a mesma resposta de sempre: “Eu agradeço tudo o que você fez por mim, mas agora eu tô encaminhado vou estar no plano de saúde do meu sobrinho”. Ela conta que o paciente evita tratamento, quando sua PA é medida como alta ele afirma que o instrumento está quebrado, evita consultas e vive num mundo interno, fantasioso onde acredita que existe um sobrinho (não localizado), que o colocou num plano de saúde (inexistente) e que está em processo de aposentadoria (mesmo sem ter tempo de trabalho formal para isto). De toda a forma, a ACS segue sua rotina de abordagem quando o encontra, sempre no mesmo local.

Na esquina da Rua Conselheiro Crispiano, dois adolescentes estão debaixo de uma marquise dividindo um baseado. Percebendo a presença dos ACS apagam o cigarro e escondem entre os papelões que servem de colchão. Kelvin tem 17 anos, e segundo a ACS ele e o outro usam a *cannabis* em momentos de “lazer” e o crack de forma mais usual, principalmente quando estão em grupos. Em frente ao Teatro Municipal, debaixo da marquise das Casas Bahia, um grande grupo de homens se acumula com cobertores, papelões e outros pertences. As ACS são conhecidas pelo nome e conversam com grupos mais jovens e agitados e senhores sentados do outro lado da marquise. Um grupo de cinco PMs observa tudo na esquina próximo à porta de entrada da loja, presença constante ali segundo relatam.

Voltando pra UBS, embarcamos na “perua” e partimos para a parte mais impressionante do campo. Debaixo de um viaduto na Rua Álvaro de Carvalho, próximo à Martins Fontes, uma sequência de colchões revela a presença de umas quinze pessoas dormindo por ali. São adolescentes entre 14 e 17 anos, alguns egressos de locais de medidas socioeducativas. Casais de namorados dividem o colchão e em outros, meninos dormem um em posição contrária um ao outro. As agentes sabem nomes, idades, histórias. Uma menina bonita, de 15 anos, negra com olhos grandes e lindos, pede para ir à UBS tomar um banho e passar no médico, o que fica acertado para o dia seguinte. Eles se acumulam ao lado de um equipamento do município, o Centro de Formação Musical de Crianças e Adolescentes, cuja porta fica ao lado do dormitório improvisado, sem sequer que se abra em sua direção. Dentre os casais *teens* estão Daiana e Tamiris, duas lésbicas adolescentes que dividem a vida num colchão e no cotidiano difícil. Ambas dormem abraçadas debaixo do viaduto.

A agente me conta que este grupo de crianças e adolescentes de rua tem crescido ultimamente. A porta de entrada para a droga sempre são os inalantes, passando para a maconha e alguns pro crack. Para sobreviver, realizam pequenos furtos e circulam muito pela região central, mudando de local de estadia. “Os meninos passam a noite transando, roubando e usando drogas”, fala a ACS que parece bem conhecedora desta população, pois conta que costuma dar presentes de natal, entre outras coisas.

Relato de Campo 13

Hospital Camiliano Leonor Mendes de Barros

Campos do Jordão

Data 03/03/2015 (Quarta-feira)

Saímos às 7h30min de São Paulo rumo a Campos do Jordão. Os 173 quilômetros foram vencidos em menos de duas horas e meia. Saindo do centrão de São Paulo, cruzando pela área vizinha a Cracolândia, depois Rodovia Airton Senna e a Dutra. Foram quatro pedágios e paisagens bem bonitas com muito verde nos vales e vistas bem legais. Cruzamos o pórtico que serve de boas vindas à cidade de 47 mil habitantes, sendo 84% de brancos, e chamou a atenção uma placa afixada à esquerda da rua principal onde afirmava ser proibido e sujeito a multa qualquer comércio ambulante na cidade.

O Hospital Camiliano Leonor Mendes de Barros fica à esquerda numa parte alta da Vila Matilde, e sua fachada se vê ao longe com arquitetura peculiar, com longos corredores, grandes janelas distribuídas, paredes brancas limpas, semelhante a um hotel. Passando pela portaria onde somos anunciados, e vigiados por uma câmera de segurança, chegamos à recepção e depois de uma apresentação aguardo uns minutos e sou recebido pela enfermeira Priscila. O hospital foi fundado em 1975 e mantido pela família do ex-governador Adhemar de Barros até o ano 2000, depois passou para a OS Bandeira Paulista e desde 2004 está sob a administração da OS São Camilo, que também administra mais seis hospitais no estado.

O hospital de Campos do Jordão é referência no estado de São Paulo no tratamento da Tisiologia, inserido no Programa de Controle da Tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica - CVE, da Secretaria de Estado de Saúde. Possui 146 leitos, sendo 135 para tratamento da tuberculose, todos pagos pelo SUS, 18 médicos e 162 funcionários.

A enfermeira trabalha no local há seis anos e comenta a mudança do perfil do paciente. Antes, segundo ela, eram mais senhores acima dos 50 alcoolistas e hoje se nota a faixa etária baixando, tendo pacientes de 18 e 19 anos, usuários de crack e outras drogas, a maioria em situação de rua e grande parte já em falência medicamentosa, sendo diagnosticados com TB MDR²² ou XDR²³. Em geral os pacientes chegam à unidade após serem abordados pelos consultórios de rua e tentarem o tratamento básico de seis meses ou terem iniciado, e não finalizado, tratamento em unidades básicas de saúde. Não obtendo sucesso pelo abandono do tratamento se oferece a possibilidade de internação que, depois de aceita, aguarda a

²² MDR-TB é uma infecção micobacterial, de quem desenvolve resistência a duas drogas de primeira linha isonizida e rifampicina

²³ XDR-TB é uma variação de tuberculose resistente à maior parte dos antibióticos conhecidos e que mata aproximadamente metade das pessoas infectadas pela bactéria super-resistente. Acredita-se que para curar uma pessoa infectada com a bactéria, seriam necessários entre 12 e 18 meses e os custos do tratamento são muito altos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, estima que haja, no ano de 2008, cerca de 9 milhões de casos de tuberculose no mundo, sendo 2% deles do tipo super-resistente a antibióticos.¹

liberação da vaga pela central competente. No hospital semanalmente são admitidos de três a cinco novos casos, principalmente em função de altas, abandonos ou fugas.

Chama a atenção que nos corredores do hospital existam placas de bronze batizando cada ala com o nome de uma personalidade paulista, em geral empresários, banqueiros ou políticos de ideologia conservadora. Ela me explica que a família Barros arrecadava doações de seus amigos para a manutenção e ampliação do hospital e homenageava estes generosos colaboradores com estas placas. Encontram-se lá, por exemplo, a “Ala Paulo Salim Maluf”, o “Pavimento Condessa Mariângela Matarazzo”, a “Ala Laudo Natel”, a “Via Reinaldo de Barros” e por aí vai.

A enfermeira apresenta as salas e explica sua função. Além do básico de um hospital: ambulatório, farmácia, expurgo, etc, passamos por salas de atividades que, ela explica, são utilizadas para grupos de arte terapia, como salas de aula e em outras atividades. Conta que em dias variados igrejas evangélicas realizam cultos e, em geral, nas sextas-feiras, uma missa é celebrada na capela, e também lá nas quartas-feiras é rezado o terço. Explica que ainda é a minoria dos pacientes que participam destas atividades, mas sente que estes possuem uma maior adesão ao tratamento, e por consequência uma maior possibilidade de cura, além de seus adeptos se tornarem referências e lideranças junto a outros internados.

Chegamos a um grande corredor com 21 quartos onde estão internados os pacientes em tratamento primário. Cada quarto tem de dois a três pacientes, todos no mesmo desenho: cama de solteiro, banheiro, armário grande que ocupa toda uma parede e uma pequena sacada. Naquele momento a maioria dos pacientes está no pátio. Num dos últimos quartos está Alexandre, 28 anos, paciente de tuberculose resistente e há quatro anos morando no hospital, com aparência acima do peso e sorridente, ele conta que bebia muito e usava drogas e não conseguia se tratar. Ele não participa de nenhum grupo, mas parece bem. Descemos ao andar de baixo e numa grande sala de TV alguns pacientes assistem desenhos em um grande aparelho sintonizado no SBT. Alguns deitados, outros ainda de pijama quase hipnotizados ligados na telinha.

Do outro lado do corredor um paciente corta cabelo de outro. O que está sentado na cadeira chama Temístocles e me conta que era *skatista*, com o apelido de Teco Jumonji²⁴. Com diagnóstico de esquizofrenia aliada a uso abusivo de drogas acabou nas ruas e de lá peregrinou por clínicas até chegar ao hospital para tratar de uma TB que o incomodava há algum tempo.

Chegamos ao consultório dentário onde encontramos Alexandre, dentista da casa há quatro anos e que três vezes por semana atende ali. Ele comenta que os tratamentos dentários oferecidos ajudam a melhorar a mastigação e a alimentação e, principalmente, a autoestima. Dali seguimos ao pátio, onde estão a maioria dos pacientes daquela ala. Numa sala, com uma mesa de sinuca, vários homens (alguns sem camisa) estão jogando, um fuma cigarro ali próximo. Do lado de fora outros dois jogam dominó e outros sentados sem fazer nada. Aproximamo-nos de um grupo maior, onde três jogam dominós e vários acompanham. Um cigarro diferente passa de mão em mão, penso ser maconha, mas o cheiro não denuncia, trata-se de um

²⁴ Matéria na revista TRIP sobre ele em: <http://revistatrip.uol.com.br/so-no-site/notas/teco-jumonji.html>

cigarro de fumo em rolo, chamado por alguns deles de “Arapiraca” – referencia à cidade alagoana, principal produtora brasileira do produto desde o final do século XIX.

Já estávamos saindo quando avistei ao longe uma travesti sentada sozinha num banco numa parte mais distante do grupo. Peço para conversar e me apresentam. Chama-se Júlia e esta ali há dois meses, tendo passado dois no Hospital Emilio Ribas em São Paulo aguardando vaga. Cabelos pelo ombro pintados de loiro, unhas coloridas, bijuterias imitando ouro, ela conversa brevemente.

Ao nos afastarmos a enfermeira informa que a presença de pacientes portadores de HIV chega a quase 30%, também comenta que existem casos de hepatites, DST, sífilis ou tudo junto, o que ela chama de “kit morte”. Pergunto da presença das travestis no hospital e ela explica este “problema”, comentando que “segundo o RG são homens e devem ficar num hospital masculino, mas a presença deles (sic) causa reações nos pacientes. Imagina estes homens estão isolados aqui há meses e aparece uma deste tipo, é uma confusão né?”. Chama a atenção a quantidade de pombos no pátio junto aos pacientes, e a enfermeira conta que muito já se fez para espantá-los, mas nada funcionou.

Num dos corredores encontro rapidamente um outro profissional que se apresenta, pergunta sobre o motivo da minha visita e informa que está elaborando um projeto de conclusão de especialização sobre “drogadição e adesão ao tratamento,” para o curso que faz na Unifesp. Ficamos de conversar melhor em outra oportunidade.

Passamos pela sala de fisioterapia, de exames, de mamografia, de tomografia e chegamos num outro andar na capela. O local está fechado a chave e depois que falamos com alguém para abrir se percebe a delicadeza do local. Uma porta de madeira trabalhada, vários bancos com assento estofado, um crucifixo central, um sacrário à esquerda igualmente trabalhado, imagens de vários santos e afixado nas paredes fotos dos internos em primeira comunhão, batizados ou participando das cerimônias. Na parede esquerda ao lado do altar uma imagem de Nossa Senhora pintada com esmero e na mesma parede, mas logo que se passa a porta principal, uma pintura a óleo do casal Adhemar e Leonor de Barros, em tamanho natural. Ele está usando casaco sobretudo escuro, cachecol e gravata vermelha e entre o indicador e o dedo médio da mão direita uma discreta bituca de cigarro, ela de casaco de pele, salto alto e bolsa, ao fundo algo como uma geleira, os dois sérios olham fixamente para frente. A enfermeira me conta que recentemente ali se celebrou missa de sétimo dia em memória do ex-deputado federal Adhemar de Barros Filho, filho do casal, falecido em 09 de fevereiro aos 84 anos.

Relato de Campo 14

Hospital Camiliano Leonor Mendes de Barros

Campos do Jordão

Data 17/03/2015 (Terça- Feira)

Hoje o dia foi dedicado ao conhecimento nas salas de aula que todos os dias oferecem aos internados interessados classes variadas englobando matemática, português, história e outras disciplinas. A professora, está na função há três meses e tem grande experiência em casas de detenção. Antes da aula conversamos e ela me mostra provas dos alunos fazendo analogias com as personalidades. “Este só usa o lado racional do cérebro e não a imaginação. Deve ser o crack”. “Este aqui é inteligente e detalhista, ficou quase 30 anos preso.”

Ela conta uma história bem curiosa de um paciente já desligado. Seu nome verdadeiro era Cleber, mas ele chegou afirmando ser Maicol. Sem documentos pediu internação, que foi concedida em reunião de equipe, com o compromisso de providenciar segundas vias com rapidez. Ele tinha vida normal dentro da instituição, assistia às aulas, participava de grupos, se alimentava, convivia bem, tomava medicamentos. Um dia alguém descobriu, dentro de seu armário, três pés de maconha já em adiantado crescimento. Plantados dentro das embalagens de marmitas, crescidas a luz solar e escondido dos demais até o momento. A equipe resolveu não chamar a polícia, mas mandou o paciente embora. Hoje 16 câmeras de segurança acompanham a vida no hospital e se comenta reservadamente a presença de drogas, mas não identificaram ainda como elas entram na instituição. “Se suspeita que funcionários que trazem”, comenta.

Através dela fico sabendo de outras aventuras como o uso de lençóis para a produção de “teresas”, cordas interligadas que servem para serem lançadas através dos muros altos, retornando com bebidas ou cigarros. As “teresas” também são usadas para pequenas fugas, sobretudo nos finais de semana quando carros de som circulam na cidade anunciando festa no “Forrobodó”, bar próximo à área do hospital, onde a cerveja é vendida a um real. Os pacientes ouvem o anúncio sonoro, se animam e se arriscam nesta manobra. Para o retorno alguns simplesmente passam pela portaria, “dão bom dia ao vigilante e seguem para seu quarto”, confidencia.

Os alunos para a aula daquele dia começam a chegar atrasados e a maioria em grupos. Quase 40 minutos depois conto 12 na sala. Lá conheço Adriano, de formação evangélica, apartado da fé cristã há muitos anos e que agora se aproxima da leitura e interpretação da bíblia com dedicação. Vários que conheci durante o dia estão ali. A professora pergunta quem fez a tarefa da aula anterior, que consistia em completar um nome com seu grupo (morcego = mamífero, mosca = inseto, etc). As respostas viram discussões engraçadas entre os alunos que questionam quando um não acerta qual o benefício que os que responderam corretamente irão ganhar. “Ele errou e nós acertamos e não dá nada?”.

A professora havia me explicado antes que a presença e o rendimento nestas atividades, o comportamento e outros tópicos resultam em concessão para participar de passeios fora do hospital. “Por isto eles me cobram a chamada em cada aula, para garantir que eu registre a presença deles, o que irá influenciar na contabilidade do benefício”, me conta.

Antes de eu sair um paciente pergunta quem sou eu. A professora explica que estou fazendo uma pesquisa e que voltarei ali outras vezes, uns sorriem, outros acenam e eu peço licença, levanto e saio rumo a São Paulo. Nas ruas que passamos vejo vários ambulantes vendendo frutas, bem próximo ao pórtico e a placa proibindo, nas barbas da guarda municipal, sem qualquer reação de proibição. O motorista me conta que nos finais de semana o comércio aumenta e que a placa serve mais como motivo para não deixar pessoas de fora, sem ocupação entrar na cidade. Uma estratégia que não sei ainda se funciona bem.

Relato de Campo 15

Hospital Camiliano Leonor Mendes de Barros

Campos do Jordão

Data 31/03/2015 (Terça-Feira)

Observação de atividade

Grupo de Terapia Ocupacional

Três vezes por semana (segundas, quartas e sexta) é oferecido aos pacientes internados a participação neste grupo, que se resume em realização de atividades manuais. No dia estavam pintando panos de prato. A coordenação é da profissional TO, funcionária do hospital há 15 meses e que antes atuava no presídio da cidade de Taubaté. Segundo conta, junto às atividades são introduzidas “dinâmicas de grupo” e discutidas questões referentes à “reinserção social e resignificação” do uso de drogas e da vida em geral. Gisele conta que o grupo já teve participação de um técnico dos Narcóticos Anônimos (NA) considerado por ela como “muito bom”, mas que o mesmo se encerrou por questões pessoais da pessoa que vinha fazer este trabalho voluntário.

Participam do grupo cerca de 10 homens, em média, podendo chegar a 20 no máximo. Gisele relata que procura fazer um trabalho envolvendo o “físico e o lado psi”. O grupo é aberto a todos os que quiserem e alguns dos pacientes são encaminhados ao psicólogo do hospital. Cerca de 90% dos pacientes têm envolvimento com uso abusivo de álcool e outras drogas e segundo a TO “o uso constante de álcool deixa a imunidade baixa e a pessoa pega TB”.

Com a chegada de outro profissional ele se insere na conversa. Ele conta que ao final do tratamento, encaminha os pacientes que quiserem para comunidades terapêuticas. A TO conta que o grupo serve como espaço para “rir, chorar, sair da realidade da instituição”, mas que muitos pacientes ainda têm “resistência” em participar. Fábio, que trabalha no hospital há três anos depois de coordenar o CAPS da cidade, acredita que “não adianta tratar o sintoma, se não tocarmos na causa” se referindo ao uso de álcool e drogas e sua relação com a tuberculose e o contexto de vida do paciente. Também comenta que os espaços de “evangelização” do hospital “dão algum suporte” para estes processos.

Também existe um grupo terapêutico, com participação em média de 23 pacientes, onde são desenvolvidos debates a partir de filmes e palestras (muitas a partir de conteúdos da UNIAD (Unidade de Pesquisa em álcool e Drogas, ligada ao Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, fundada em 1994 por Ronaldo Laranjeira e John Dunn). Para ele, “A TB é apenas um sintoma de uma doença maior”. Ele oferece terapia breve aos pacientes que quiserem (atualmente cerca de 30), e acredita que muitos pacientes possuem resistência em falar sobre si e sobre as causas que os levaram a internação, e conta que utiliza “estratégias”

para conseguir levá-los à “reflexão”. O profissional diz que “a TB é um indicador do uso de substâncias” e que na população assistida no hospital “todo mundo que tem TB usa ou usou alguma substância”.

Segundo ele, o hospital tem 140 pacientes na fila aguardando vaga, pois é o único hospital público da cidade, e o perfil do paciente sempre apresenta envolvimento com alcoolismo e uso de drogas, destacando-se tabaco, cocaína e crack, e que muitos são oriundos de outros estados, sobretudo do Nordeste.

Ouvindo nossa conversa um dos pacientes, membro do grupo, se manifesta. Claudio, 59 anos, há cinco meses internado, afirma: “o problema da cocaína é que ela é misturada, a real não tem gosto, é amarga, e isto que causa mal”. “Se a cocaína não é pura a gente espirra muito e isto que não é bom”, completa Jerônimo, 40 anos, quatro meses internado. O profissional intervém afirmando: “No decorrer do uso ocorrem adaptações no cérebro e os prejuízos surgem em alguma hora.” Outro paciente comenta: “as alucinações são boas, mas quando termina bate a depressão” (Gabriel, 28 anos, 26 dias internado) e na sequência o psicólogo explica “A depressão vem do sistema central do cérebro que produz as sinapses e quando o efeito acaba ele fica exigindo a mesma produção de hormônios”.

“O Doutor falou que quando eu usava drogas eu colocava nos outros a culpa dos meus problemas” afirma Claudio. “Tiramos a nossa responsabilidade e colocamos nos outros”, afirma o psicólogo. “Há uma predisposição genética para desenvolver a adicção e uma dificuldade de sair, pois é uma doença comportamental e um desvio de caráter”, intervém a TO.

Relato de Campo 16

Hospital Camiliano Leonor Mendes de Barros

Campos do Jordão

Data 09/04/2015 (Quinta-Feira)

Um profissional conta que fez uma pesquisa sobre o perfil de uso dos internados em um trabalho de pós-graduação em 2012 e mostra gráficos indicando que, na época, 51 admitiram o uso de cocaína aspirada, 76 de álcool e 60 de maconha.

Comenta das resistências dos pacientes em tratar do tema de forma aberta. “A gente lança sem eles perceberem um assunto e vai trazendo a questão, sem o peso de estar em um consultório”, comenta.

Pergunto sobre as travestis internadas e ele conta que são chamadas pelo nome social feminino e que se procura alojá-las conjuntamente nos quartos. Que muitas acabam “casando” durante o período de internação e que há “muita troca de parceiros”. Segundo ele, “é difícil controlar o envolvimento dos pacientes com as travestis”. Pergunto qual a política do hospital em relação a isto e ele responde: “Não fale e não pergunte”.

Para ele, nos períodos grandes de internação, “as emoções ficam mais ampliadas e há uma tendência a se envolver em frias”, ele aconselha e evitar romances, pois “é algo que não vai dar certo”⁶. Para ele as travestis têm “técnicas de sedução e se fazem de carentes”.

Atualmente no hospital estão três travestis:

Kelly – “Que tinha um namorado chamado Wellington que largou a esposa pra ficar com ela. Ele já obteve alta e está esperando no lado de fora, mas ela já se envolveu com outro”.

Natasha – “Que está indo embora para Fortaleza, se possível semana que vem. Teve um caso com um paciente formando um casal bem passionai. Brigava, gritavam e depois voltavam”.

E Leona com quem conversei no outro dia (abaixo)

O profissional se utiliza de uma expressão de Manuel Bandeira para descrever a situação que, no seu ver, a maioria dos pacientes não se cura ou acaba recaindo e voltando a situação de vida anterior ou a uma reinternação.

“Eles vêm pra cá, ganham uns quilos, se ‘põem de boca bonita’ e se mandam”, afirma utilizando-se do texto de 1933 de “Meus Poemas Favoritos”: “Quando Maria Elvira se apanhou de boca bonita, arranhou logo um namorado...”.

Encerrando a conversa e partindo para o almoço ele ainda acrescenta: “Os pacientes não fazem questão de ser aceitos, a gente que tem que se inserir com eles.

Relato de Campo 17

Hospital Camiliano Leonor Mendes de Barros

Campos do Jordão

Data 30/04/2015 (Quinta-Feira)

Depois de calçar uma máscara cirúrgica, que tapa o nariz e a boca, ligada por elásticos justos que apertam atrás das orelhas, entramos na área de isolamento do hospital chamada Bloco A, onde o tempo médio de internação é de três meses. Dividido em três partes, o setor tem no centro uma sala, em estilo aquário, com enfermeiros, um consultório e outros cômodos. À esquerda seis quartos abrigam pacientes acamados ou resistentes. São pessoas muito magras, que em geral ficam deitadas, poucos andam pelo corredor. No outro extremo, separados por uma porta de vidro, estão os pacientes multi resistentes que já passaram por vários esquemas de tratamento. São em número menor em relação aos outros grupos, alguns ficam sozinhos nos quartos.

A profissional cumprimenta um pelo nome, Rogério Thales, e ele responde ríspidamente: “Como sabe meu nome?”. Ela responde: “Eu te conheço, você já esteve aqui né?”. Ele diz que não e sai balançando a cabeça. Cruzamos pelo seu quarto, a porta aberta permite ver borboletas desenhadas em cartolinas, recortadas e presas na parede. A música pesada enche o ambiente. A enfermeira conta que ele é um dos pacientes mais difíceis pelo jeito ríspido e pouco sociável.

Convidam para o almoço, mas antes converso com outro profissional, que trabalha ali há cinco anos, vindo antes de uma experiência na Fundação Casa. Ele comenta a larga experiência com drogas dos pacientes ilustrando com um diálogo que manteve com um deles onde perguntava qual a droga que usavam a que responde: “Agora só crack e álcool doutor. Cocaína não me faz mais efeito.” E maconha?”, indagou. “Maconha é muito romântico”, respondeu o outro. O profissional volta ao assunto das travestis internadas e conta que “elas são muito sedutoras, principalmente com os internados há mais tempo” e afirma que o hospital tem inspiração católica e não distribui preservativos, “o que muitas vezes fizemos é a distribuição camuflada, quase clandestina”.

O almoço, no restaurante dos funcionários, é no estilo bandejão. Arroz, feijão, peixe, batatas e salada de beterraba e repolho. Mesmo cardápio servido aos pacientes. Na mesa de almoço conheço a assistente social Valéria, atuante ali há sete anos. Ela conta um pouco do seu trabalho, das dificuldades de encaminhar o paciente após a alta visto que “a família abandona, os municípios não disponibilizam veículos para buscá-los e nós acabamos, muitas vezes, pagando a passagem para o retorno a sua cidade de origem”.

Conversamos sobre a situação da população de rua e eles comentam que “o uso do crack leva à promiscuidade, ao abandono da família e à vida sem futuro, um conjunto difícil e sem volta”. Argumento que nem todo usuário de crack, ou de qualquer droga, acaba em dependente e que nem sempre o uso está

diretamente ligado a estas questões que ele elenca, e que se o Estado fosse mais presente talvez estas questões fossem diminuídas. A assistente social concorda e ele balança a cabeça pensando.

Relato de Campo 18

Hospital Camiliano Leonor Mendes de Barros

Campos do Jordão

Data 06/05/2015 (Quarta-Feira)

Conversas com pacientes

- Mogi Mirim é uma cidade do interior de São Paulo, distante 160 quilômetros de São Paulo, com pouco mais de 90 mil habitantes. Leona nasceu lá há 26 anos e esta há dois meses internada. Desde os 13 anos começou a usar drogas, e com a travestilidade veio junto a prostituição, a descoberta do HIV e a prisão por dois anos e meio até uma tentativa de fuga, durante uma ida ao médico e a tentativa de suicídio. Caçula de quatro, estudou até a 7ª série do ensino fundamental e conta que não teve aceitação da família em relação à sexualidade, somente a mãe a apoia. Todos continuam morando na cidade natal.

Magra, com olhos sedutores, uma touca na cabeça e usando um agasalho que parece um uniforme, ela conta sua relação com a tuberculose. “Quando comecei a fazer o tratamento minha mãe me apoiou, mas ela é de lua. Eu ficava um pouco boa e depois por sete/oito meses não tomava o remédio.” Voltando ao tratamento para TB no SAE Campos Elíseos, perto da região da Cracolândia no centro de São Paulo onde morava na rua, notou as dificuldades no uso dos medicamentos, aceitou o conselho de uma enfermeira e veio “ficar um tempo” no hospital. Sente falta da liberdade que tinha na rua, mas o uso de drogas e o sexo continuam existindo no seu cotidiano de forma mais discreta, porém presente.

“No fim de semana isto aqui é um tédio. As faxineiras vão embora e nós ficamos aqui sozinhos, com os vigilantes mais preocupados em dormir. Eu me divirto caçando, os banheiros aqui são bem agitados”, conta entre risos. Diz que nunca teve namorados no hospital, pois prefere “hoje usar este corpo, amanhã o outro.” Para ela o sexo é “muito escondido ali”, mas desde que foi internada conta que tem sexo “quase todos os dias”.

Sobre a presença de drogas no hospital conta que o cigarro chega pelas mãos dos visitantes e a maconha vem também através deles ou vendidas pelos funcionários, assim como cocaína e até crack, que já viu em uso dentro do hospital. Mas diz que não faz uso: “acho errado fumar maconha aqui dentro”.

Através de conversas com os profissionais do hospital, ficou sabendo da existência de uma clínica na cidade de Cajamar – cerca de 40 quilômetros de São Paulo – e se interessou em ficar uma temporada por lá quando tiver alta.

- Jarmir tem 51 anos e há quase seis meses está internado. Natural de Bragança Paulista, iniciou seu tratamento num posto de saúde, próximo ao albergue onde morava há um ano. Nem sempre tinha transporte

para se deslocar até o medicamento que o aguardava lá, e várias vezes encarou a mais de uma hora de caminhada a pé para vencer a distância.

Ele se considera meio “deslocado” entre os pacientes, pois não bebe, nem fuma e diz que nunca usou drogas. A tuberculose entrou na sua vida, diz ele, certamente pela infecção de um colega de quarto no albergue.

- Samuel é negro, tem 28 anos e está há um mês no hospital, vindo de São Vicente, região litorânea de São Paulo. De família evangélica da Igreja Assembleia de Deus. Usuário de cocaína desde jovem, provou cigarro aos 11, o álcool aos 12 e maconha aos 15, e com 17 conheceu a cocaína. Ficou mais de quatro anos “limpo”, vieram a recaída, a internação e a fuga da clínica. “Cheguei a ficar cinco dias virado” usando cocaína e álcool. Sentia a saliva amarga. Efeito, segundo ele, do uso prolongado.

O falecimento da mãe, há três anos, agravou sua necessidade pela droga. Somente quando conheceu a atual companheira, há seis meses, que decidiu se afastar da droga e se internar para tratamento da TB, depois de ter tentado suicídio três vezes.

Ele diz que lê a bíblia, frequenta os cultos e missas e frequenta grupos oferecidos no hospital. “O doutor me ajudou a ver que o problema sou eu. Enquanto eu não conseguir vencer o vício, não consigo nada.” No entanto, o ansiolítico também faz parte de sua rotina de medicamentos diários.

No seu braço está tatuada a palavra “Malvada”. Pergunto o motivo, e ele explica que é o apelido da companheira, que tem tatuada no seu braço a palavra “Todão”, seu apelido.

- O nome é Carlos Henrique, mas ele é conhecido como “Bucheça” e está há meio ano no hospital. Natural de Teófilo Otoni, no Vale do Mucuri, em Minas Gerais, tem 27 anos e uma vida - segundo relata - cheia das intensidades do tráfico, do crime e da “vida louca”. Sua primeira internação durou três meses, mas foi expulso. Tentou voltar para o interior de Minas, onde estão seus pais, mas não se adaptou.

Aos onze anos veio pra São Paulo e foi morador de rua até conseguir um “barraco” no Jardim República, na Cidade Dutra, zona sul de São Paulo. Bebia todos os dias e mesmo internado sente falta. “Sonho até hoje com pinga”, conta, acrescentando que já usou maconha, pó e crack, mas o álcool é “sua droga”. A hepatite veio como alerta e depois a tuberculose o obrigou a buscar a internação. “Estou aqui dando uma moral, me recuperando. Logo estarei de volta pra cachaça.”

Evita de falar sobre sexo e drogas dentro do hospital. Admite a presença, mas não sabe quem vende ou quem traz, e afirma enfático: “Duas coisas que seguram o cara aqui é sexo e drogas, senão ninguém aguenta”.

Agitado e falastrão, conta sua atividade de venda de pó e crack, seus crimes, suas querelas policiais e afirma que em São Paulo só usa álcool, mais droga nenhuma.

Relato de Campo 19

Hospital Camiliano Leonor Mendes de Barros

Campos do Jordão

Data 20/05/2015 (Quarta-Feira)

Observação Missa e Culto

A missa

Semanalmente é celebrada uma missa na capela do hospital, geralmente num dia certo na semana que pode variar conforme a disponibilidade do padre que atende este serviço. Nesta semana foi celebrada na quarta-feira, dia de S. Bernardino de Sena, um menino órfão de pai e mãe que entrou para a ordem franciscana e que andava pelas ruas da cidade italiana cuidando das vítimas da peste, da guerra e da fome.

O mote do cuidado com a doença anima o padre, que destaca isto no seu curto sermão, enaltecendo o trabalho dos cuidadores do hospital “para aqueles que sofrem tanto” e incentivando os pacientes que “busquem cuidar uns dos outros e assim se recuperarem de corpo e alma”.

Participam da cerimônia, nesta manhã, cerca de 20 pessoas, a metade de pacientes e os outros funcionários e alguns vizinhos do hospital. Os pacientes sentam nos bancos dos fundos, alguns parecendo meio desligados do que está acontecendo e não acompanhando o ritual de levantar e ajoelhar imposto pela cerimônia. Os cantos são entoados por um grupo de funcionárias, na hora do “abraço da paz” várias se mobilizam até os bancos dos pacientes e cumprimentam com um aperto de mão a maioria, alguns ganham abraços, e na sequência a fila da comunhão se faz com poucos pacientes comungando.

Um dos textos da Bíblia lidos no dia é tirado do livro dos Atos dos Apóstolos, escrito por São Paulo, cujo versículo 28 diz “Cuidai de vós mesmos e de todo o rebanho, pois eu sei, depois que eu for embora, aparecerão entre vós lobos ferozes, que não pouparão o rebanho.” Pinçando este pedaço, o sacerdote encerra a cerimônia dando uma benção e alertando para que “os vícios e os males do mundo não voltem a atormentá-los.”

Januário é um dos pacientes, sento ao seu lado e vejo que nem sempre acompanha o andamento parecendo desligado do que está acontecendo. Ao final pergunto se ele gostou e responde que sim. Conta-me que frequenta toda semana a missa e o culto evangélico que ocorrem, às vezes no mesmo dia, sente que é uma “oportunidade de pensar e de ficar mais perto de Deus”. Indago ainda se ele entendeu tudo o que o padre disse e ele responde “que algumas palavras eram difíceis, mas que a mensagem era para se cuidar”.

Vejo alguns pacientes que participam dos trabalhos manuais, dos grupos de reforço escolar, do grupo de autoajuda. Parecem ser os mesmos que circulam em todos os ambientes. Na saída, paro para

conversar com Pedro, que me conta que foi a primeira vez que foi à missa ali. Criado pela avó católica, ele lembra de ter feito a primeira comunhão, “mas nunca fui muito de ir à missa”, e depois que ela faleceu ele “se perdeu no mundo” conhecendo o álcool, a cocaína e o crack. Acabou adoecido e foi orientado pelos profissionais de saúde a procurar um médico, o que acabou resultando nesta internação. Hoje na missa, ele lembrou de sua avó e se emocionou, me conta.

Pe. João é atencioso e sorridente com todos os que o procuram. Camiliano, da mesma congregação da administradora do hospital, atua também como auxiliar da Paróquia Nossa Senhora da Saúde na Vila Jaguaribe. Rapidamente conversamos e ele conta que a participação nas missas tem aumentado e são vários os pacientes que o procuram para confissão e para receber os sacramentos. “Muitos nem fizeram primeira comunhão, imagina”. Para isto ele conta com o apoio dos funcionários do hospital, divulgando, encaminhando e preparando o interessado para o recebimento do sacramento, conforme a demanda.

O culto

No mesmo dia, mas na parte da tarde, acontece um culto dentro do hospital dirigido pelo pastor Elias da Igreja Assembleia de Deus. O local é mais simples: um pedaço da sala que serve também como sala de aula no andar térreo. Ao fundo apenas uma cruz e as cadeiras dispostas à frente. O pastor, que deve estar perto dos 50 anos, chega usando gravata, camisa e calça social, sapatos pretos. Tem o rosto barbeado e o cabelo penteado para trás que brilha. Acompanhado de uma mulher que veste saias, sem maquiagem e usa salto baixo e se destaca pelos longos cabelos que se estendem nas costas. Junto deles três jovens, um rapaz e duas meninas, com roupas parecidas. São todos da mesma família, pai, mãe, filha, sobrinho e sobrinha, que costumam acompanhar o líder neste trabalho. Todos participam da igreja na Vila Abernêssia, onde, me contam, o culto é sempre cheio, motivado também pelo grupo de canto que reúne bateria, guitarra, teclado e vozes juvenis animadas.

Eles contam que a demanda nasceu dos próprios pacientes evangélicos que queriam participar de uma atividade espiritual “que combinasse com a fé deles”. Depois de alguns contatos foi autorizada há menos de um ano esta cerimônia dentro do hospital e este grupo “assumiu este trabalho”. Eles lamentam não poder trazer todo o aparato de instrumentos que possuem. Os cultos no hospital são acompanhados apenas pela voz e pelo violão do rapaz que o acompanha.

Na medida em que o tempo passa os pacientes começam a chegar, em número inferior aos que frequentaram a missa. Alguns são os mesmos e vêm me cumprimentar meio sorrindo pela coincidência do encontro. Aproximam-se do pastor e de sua família e cumprimentam com um “a paz do senhor”, ao que respondem a mesma frase como uma senha.

O violão do jovem começa um hino e todos sentam e alguns acompanham o canto. O pastor lê uma parte da Bíblia do Evangelho segundo São João onde fala de cura e de libertação, e emenda com a pregação sobre o “mundo dos vícios” e sobre a necessidade de “lutar todos os dias contra satanás e suas obras”. Enquanto fala, vai se exaltando e o tom de voz sobe, e alguns dos membros da família gritam palavras como

“aleluia” e “amém”. Alguns pacientes fecham os olhos e outros levantam as mãos, como que em agradecimento.

Finalizada a pregação, mais um hino, puxado pela esposa do Pastor, e depois uma oração que ele faz de mãos postas e olhos fechados, invocando “a luz de Deus sobre as dificuldades dos irmãos aqui internados”, pedindo o dom da saúde e “do retorno do filho pródigo à convivência de Deus”. Por fim todos cantam mais um hino e se despedem.

Mariano, paciente há quase 3 meses internado, me conta que sempre participa porque acha que as preces o ajudam a superar os problemas. “Minha família é evangélica e depois que eu me perdi eles ficavam orando para eu retornar”, conta. No braço direito ele tem tatuado Jesus em letras góticas e relata que fez aquilo como “um marco do abandono às drogas e o propósito de uma vida sóbria”. Ao seu lado está Wesley, trazido pelo amigo e companheiro de quarto. É a primeira vez que participa e ele diz que gostou. “Eu já fui à missa, mas aqui parece mais próximo de nós tudo o que é falado”.

Não havia nenhum funcionário participando do culto e, pelo jeito, a única novidade era minha presença, pois várias vezes me olhavam com curiosidade, principalmente quando anotava algo. Ao final o pastor vem me cumprimentar, convida para conhecer o templo, diz “Deus te abençoe, fique na paz do Senhor” e vai embora.