

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
Instituto René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

**“TÁ NORMAL! TÁ NORMAL! A SAÚDE CHEGOU”: ETNOGRAFIA DA ATUAÇÃO
DO CONSULTÓRIO NA RUA DE BELO HORIZONTE NAS CENAS DE USO**

Por
Priscilla Victória Rodrigues Fraga

Belo Horizonte
2022

DISSERTAÇÃO	MSC – IRR	P. V. R. FRAGA	2022
--------------------	------------------	-----------------------	-------------

Priscilla Victória Rodrigues Fraga

**“TÁ NORMAL! TÁ NORMAL! A SAÚDE CHEGOU”: ETNOGRAFIA DA ATUAÇÃO
DO CONSULTÓRIO NA RUA DE BELO HORIZONTE NAS CENAS DE USO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de mestra em Saúde Coletiva - Políticas Públicas, Programas e Serviços de Saúde.

Orientação: Prof.^a Dr.^a Celina Maria Modena
Coorientação: Prof.^a Dr.^a Paloma Ferreira
Coelho Silva

Belo Horizonte

2022

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB 6 3740/00

F842t
2022

Fraga, Priscilla Victória Rodrigues.

“Tá normal! tá normal! a saúde chegou”: etnografia da atuação do consultório na rua de Belo Horizonte nas cenas de uso / Priscilla Victória Rodrigues Fraga. – Belo Horizonte, 2022

XIV, 141, . il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 137-141

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de mestra em Saúde Coletiva - Políticas Públicas, Programas e Serviços de Saúde

1. Etnografia 2. População em Situação de Rua. 3. Uso de Drogas. 4. Saúde pública. I. Título. II. Modena, Celina Maria (Orientação). II. Silva, Paloma Ferreira Coelho (Coorientação)

CDD – 22. ed. – 362.12

PRISCILLA VICTÓRIA RODRIGUES FRAGA

“TÁ NORMAL! TÁ NORMAL! A SAÚDE CHEGOU”: ETNOGRAFIA DA ATUAÇÃO
DO CONSULTÓRIO NA RUA DE BELO HORIZONTE NAS CENAS DE USO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, como requisito parcial para obtenção do título de mestra em Saúde Coletiva - Políticas Públicas, Programas e Serviços de Saúde.

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Celina Maria Modena - Instituto René Rachou/ Fiocruz Minas - Orientadora

Prof. Dra. Paloma Ferreira Coelho Silva - Instituto René Rachou/ Fiocruz Minas -
Coorientadora

Prof. Dr. Marcos Aurélio da Silva - Universidade Federal de Mato Grosso/UFMT - Titular

Prof. Dra. Paula Dias Bevilacqua - Instituto René Rachou/ Fiocruz Minas - Titular

Prof. Dra. Anelise Andrade de Souza - Universidade Federal de Ouro Preto/UFOP - Suplente

Dissertação defendida em Belo Horizonte, 07/07/2022

Dedico este trabalho a Maria da Penha, Gleiciene in memoriam, Gleice in memoriam, Eurrane in memoriam e Francisca (Chica) in memoriam, mulheres com quem tanto aprendi sobre as durezas de ser mulher em situação de rua. Conviver com vocês e ver as mazelas de uma sociedade injusta e desigual, que nega a possibilidade de vida a determinados corpos, me instigou à utopia de lutar pela construção de uma sociedade mais justa.

Janela sobre a utopia

“Ela está no horizonte - diz Fernando Birri. - Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para caminhar.”

Eduardo Galeano in: As palavras andantes de Eduardo Galeano, 2007, p. 310.

AGRADECIMENTOS

Pai (*in memoriam*), como senti sua falta nesse percurso. Por inúmeras vezes lembrei de você e imaginei como seríamos confidentes nessa jornada etnográfica, trocando figurinhas e impressões, esboçando análises juntos. A cada dia que passa vejo mais de você em mim, e me alegro com isso. Obrigado por me apresentar sebos desde a infância, por pedir doações de livros para os filhos, por me estimular a usar as bibliotecas das escolas, por não me dar respostas prontas, por me colocar para investigar palavras no dicionário, por responder grande parte das minhas inúmeras perguntas e algumas delas me mandar pesquisar antes. Você instigou uma menina, e agora me atrevi a ser pesquisadora.

Mãe, obrigado por ser essa mulher enorme com 1,58cm, a primeira feminista com quem convivi, a que me ensinou a não me limitar, e mesmo sem acesso à universidade sempre insistiu que estudar mudaria minha vida. Você é atrevida, e me tornei atrevida como você. Me atrevi a percorrer caminhos que nunca foram cedidos a nós. Me apaixonei pelo SUS porque vi nos seus olhos uma auxiliar de enfermagem que brigava no serviço para defender os usuários, que chorava quando perdia pacientes, que além da profissional se mostrou humana. Sou grata porque sempre me acolheu e em seguida vinha o mesmo conselho: “a vida é dura minha filha, mas não desanima, a gente consegue”.

Ninoca, obrigado por tantos beijinhos “de força” quando percebia a mamãe cansada de tanto estudar. Obrigado por me aconselhar a levantar, respirar e beber uma água quando o cansaço da escrita batia. Sua doçura e afeto são revigorantes e ajudaram a mamãe a dar conta de terminar. Filhota, eu adorava quando você se sentava para desenhar na mesa enquanto eu estudava. Nina, seu solzinho me iluminava e me deixava mais confortável para escrever.

Levi, meu filho, não tenho palavras para agradecer sua presença na minha vida. Obrigado por sempre estar ao meu lado, por ouvir com atenção e se emocionar com os dados da pesquisa que eu te contava. Obrigado pelo apoio e incentivo no inglês, obrigado por tantos cafés passados para me ajudar a estudar, obrigado por cuidar da sua irmã quando precisei. Filhão, te amo mais que o mundo meu amor! Seu olhar para vida me ensina a ser uma pessoa melhor.

Matheus, meu amor, meu amante, meu grande amigo e meu maior parceiro. Obrigado por acreditar em mim, por não me limitar, por segurar os B.O. das minhas escolhas comigo e por me estimular a seguir meus sonhos. Que sorte tive de nos encontrarmos nesse mundão!

Gabi Reis e Helena Mara, agradeço vocês duas por todo apoio e estímulo acadêmico. Vocês são dessas que caminham um degrau e estendem o braço para a próxima. Obrigado pelo apoio!

Agradeço aos amigos por fazerem minha vida mais leve. Tive muita sorte nas amizades e, ter vocês, me ajuda a ser mais feliz!

Paloma, obrigado por ser essa figura TÃO orientadora (em caixa alta mesmo). Te ter na rotina da pesquisa me fez acreditar na minha escrita. Você é maravilhosa!

Celina querida, obrigado pela acolhida, pelo café gostoso, pelas longas ligações e conversas da pesquisa, e principalmente por ser tão acolhedora no momento de maior sofrimento na pesquisa. Tive muita sorte de ter vocês e estar com vocês duas ao lado neste percurso!

Agradeço aos trabalhadores do Consultório na Rua que me concederam entrevistas e me permitiram estar com vocês em campo. Obrigado pelas pausas de lanche, pelas trocas durante os campos, por me contarem depois as repercussões das situações que vivenciamos em campo, e por me “emprestarem o vínculo” de vocês com as pessoas atendidas para que eu pudesse ter acesso a elas. Foi muito bom estar com vocês e me possibilitou captar aspectos importantes para a pesquisa.

Aqui parafraseio Caetano Veloso em agradecimento a tantas pessoas que tive o privilégio de conviver na rua como assistente social, onde vi “gente pobre arrancando a vida com a mão” e me ensinaram que “gente quer prosseguir, quer durar, quer crescer, gente quer luzir”. Alexandre, Marcos Sírio, Lucimar, Ronaldo, Ana Paula, João, Maria, Edjames (*in memoriam*) “Gente é pra brilhar! Não pra morrer de fome”.

RESUMO

A presente pesquisa buscou compreender a atuação do Consultório na Rua (CR) de Belo Horizonte com a população em situação de rua no espaço da rua e das cenas públicas de uso de drogas, analisando como se dá a produção do cuidado em saúde nesses lugares - cenas de uso, malocas, viadutos e demais espaços da rua. Trata-se de um estudo qualitativo, de abordagem etnográfica, que buscou compreender a dinâmica do CR e dos usuários no território. O campo etnográfico ocorreu de setembro/2021 a abril/2022, acompanhando 2 equipes, prioritariamente, nas cenas de uso. Também foram realizadas entrevistas com 10 trabalhadoras do serviço. A pesquisa evidenciou que há grande diversidade de pessoas nas cenas de uso, em sua maioria pessoas em situação de rua (PSR), sendo que as drogas não possuíam necessariamente papel central no processo de vulnerabilização. A presença do Estado nas cenas de uso geralmente se faz pela via da repressão, e os usuários que sofrem esse tipo de violência recorrem ao CR para acompanhamentos em saúde advindos dessas situações, o que traz uma dualidade da atuação estatal nesses locais. O tráfico de drogas se mantém presente nos territórios das Cenas de Uso e, também, age com violência para com a PSR. Essa população está submetida a condições de trabalho informais, precarizadas, sendo que a própria comunidade explora a força de trabalho desses sujeitos (mão-de-obra a preço irrisório ou em troca de drogas). Além disso, a PSR possui barreiras simbólicas de acesso que impedem que elas efetivem o acesso ao direito à saúde. Nesses casos, o CR por vezes cria arranjos não institucionalizados na tentativa de garantia de acesso. O serviço é reconhecido nos territórios, principalmente através da imagem da van e das camisetas brancas, e a entrada em campo é interpretada como a chegada do cuidado. Conclui-se que a PSR vive um processo de sobreposição de violências e vulnerabilidades, sendo que a pobreza e a exclusão social são eixos centrais para se pensar a saúde desse grupo populacional. Como resposta, é fundamental que o poder público construa políticas públicas estruturantes (habitação, segurança alimentar, saúde, educação, assistência social, trabalho, cultura e lazer), que garantam dignidade e cidadania a esses sujeitos para que, a partir daí, seja possível um processo concreto de garantia de direitos e superação das mazelas que atravessam violentamente esses corpos. É equivocado pensar no uso prejudicial de drogas pelas PSR descolado da sua realidade de vida, por isso, é necessário contextualizar temas fundamentais, como classe, gênero e saúde mental. O acesso da PSR aos serviços de saúde ainda é muito restrito, se tomarmos por base o acesso pela população domiciliada. A rede SUS BH precisa estar pronta para o atendimento desses sujeitos, diminuindo as barreiras simbólicas e, por vezes, burocráticas que dificultam o acesso aos serviços. Considerando a capilaridade que o CR possui nesses territórios, o serviço é estratégico para acessar os lugares e sujeitos mais vulnerabilizados como a PSR, onde a rede não consegue chegar.

Palavras-chave: Etnografia, População em Situação de Rua, Uso de Drogas, Saúde Pública.

ABSTRACT

The present study sought to understand the action of the *Consultório na Rua* (CR) from Belo Horizonte towards the homeless population in their local place and in public scenes of drug use, analyzing how the care with health works in these places - scenes of use, *malocas*, under the bridges and other spaces on the street. This is a qualitative study, with an ethnographic approach, which sought to understand the dynamics of CR and drug users in the territory. The ethnographic field took place from September/2021 to April/2022, following 2 teams, primarily in the scenes of use. Interviews were also conducted with 10 service workers. The data showed that there is a great diversity of people in the scenes of use, mostly people living on the streets, and drugs did not necessarily have a central role in the vulnerability process. The presence of the State in the scenes of use is usually done through repression, and users who suffer this type of violence turn to the CR for health follow-ups arising from these situations, which brings a duality of state action in these places. Drug trafficking remains present in the territories of scenes of use and also acts with violence towards the homeless population. This population is subjected to informal, precarious working conditions, and the community itself exploits the workforce of these people (labor at a paltry price or in exchange for drugs). In addition, the homeless person has symbolic barriers that prevent them from having access to the right to health system. In these cases, the CR sometimes creates non-institutionalized arrangements in an attempt to guarantee access. The service is mainly recognized in their territories through the image of the van and white-t-shirts people, and entering the field is interpreted as the arrival of care. It is concluded that homeless people live a process of overlapping violence and vulnerabilities, and poverty and social exclusion are central axes to think about the health of this population group. As a response, it is essential that the public power build structuring public policies (housing, food security, health, education, social assistance, work, culture and leisure), which guarantee dignity and citizenship to these people so that, from there, it may be possible a concrete process of guaranteeing rights and overcoming the ills that violently cross these bodies. It is wrong to think about the harmful use of drugs by homeless people detached from their reality of life, so it is necessary to contextualize fundamental themes, such as class, gender and mental health. The access of homeless people to healthcare services is still very restricted, if we consider the access by the domiciled population. The healthcare system in Belo Horizonte (SUS/BH) needs to be ready to provide services to these people, reducing symbolic and sometimes bureaucratic barriers that make access to services difficult. Considering the social capillarity that the CR has in these territories, the service is strategic to access the most vulnerable places and subjects, such as the person on the street, where the network cannot reach.

Keywords: Ethnography, Homeless Persons, use of drugs, Public Health.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Proposta de campo inicial: Rua Araribá	P.47
FIGURA 2 - Proposta de campo atualizada: Ruas Araribá e José Bonifácio	P.47
FIGURA 3 - Proposta de campo inicial: Cena de Uso no Parque Guilherme Lage	P.47
FIGURA 4 - Proposta de campo atualizada: Parque Guilherme Lage, arredores e Terrão do Andiroba	P.47
FIGURA 5 - Barracão de alvenaria debaixo do viaduto com grafite e lixos	P.53
FIGURA 6 - Terrão do Andiroba com carroça e barracão de alvenaria ao fundo	P.53
FIGURA 7 - Casa de uso parte interna	P. 54
FIGURA 8 - Casa de uso parte externa	P. 54
FIGURA 9 - Cerca de tela caída dentro do Parque Professor Guilherme Lage	P.64
FIGURA 10 - Rua interna do Parque Professor Guilherme Lage com cerca caída	P.64
FIGURA 11 - Entrada dos fundos do Parque Professor Guilherme Lage	P. 67
FIGURA 12 - Porta dos fundos do parque tampada por alvenaria	P.67
FIGURA 13 - Buraco na tela de alambrado nos fundos do parque	P.67
FIGURA 14 - Mapa com distribuição dos Centros Pop no município de Belo Horizonte ..	P.72
FIGURA 15 - Cachimbos artesanais e pá para uso de crack	P.75
FIGURA 16 - Cachimbo artesanal fino com bombрил na ponta confeccionado por um usuário acompanhado pelo Consultório na Rua de Joinville/SC	P.76
FIGURA 17 - Ação de vacinação	P.81
FIGURA 18 - Dinâmica da Araribá entre a Cena de Uso e o Comércio	P.89
FIGURA 19 - Fluxo Araribá em sentido à rua José Bonifácio	P.89
FIGURA 20 - Redutora de Danos com camisa do CR de mãos dadas com usuário	P.119
FIGURA 21: Interseção partilhada	P. 128

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Insumos de Redução de Danos das equipes Consultório na Rua P.120

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CadÚnico - Cadastro Único do Governo Federal

CdeR - Consultório de Rua

CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental

CERSAM AD - Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas

CERSAMI - Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil

CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CnaR - Consultório na Rua

CIAM - Centro Integrado de Atendimento à Mulher

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CR - Consultório de Rua ou Consultório na Rua

CRLGBT - Centro de Referência LGBT

eCR - Equipes Consultório na/de Rua

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GRSAM - Gerência da Rede de Saúde Mental

HOB - Hospital Municipal Odilon Behrens

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS - Ministério da Saúde

PBH - Prefeitura de Belo Horizonte

PM - Polícia Militar de Minas Gerais

PSR - Pessoa(s) em Situação de Rua

RD - Redução de Danos

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMSA - Secretaria Municipal de Saúde

SPA - Substâncias Psicoativas

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	15
2. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo Geral	19
2.2 Objetivos Específicos	19
3. REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1 Exclusão social	20
3.2 Uso de drogas	22
3.3 Fenômeno da população em situação de rua em Belo Horizonte	28
3.4 Consultório de/na rua	29
3.5 Cenas de uso	31
4. METODOLOGIA	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO: ETNOGRAFIA DAS CENAS DE USO	41
5.1 A pesquisa	42
5.2 Parque e Terrão: “É saber chegar, respeitar aquele espaço que o usuário elegeu”	49
5.2.1 Barreiras simbólicas de acesso: “A gente estava te esperando”	56
5.2.2 Lado A e Lado B: Processo de exclusão social e punição de corpos marginalizados	61
5.2.3 A entrada principal: um olhar guiado pelo sujeito	66
5.2.4 A presença do CR é pausa: “Deixa eu dizer de outras coisas da minha vida”	70
5.2.5 A capilaridade do CR: “A gente consegue perceber no pedacinho da beirada da calça”	79
5.2.6 A diversidade de histórias que cabem no parque: “É bom conversar com vocês, eu sinto um certo viver”	83
5.3 Araribá e José Bonifácio: “Tá rolando”	87
5.3.1 Safira e a produção do cuidado possível: “só ela tem maloca na Araribá”	92
5.3.2 Ser mulher em situação de rua: “ela não sofre a violência de todos os homens, e o preço que ela paga é de sofrer a violência desse homem”	101
5.3.3 Organização da casa e organização da vida: “E quantos segredos não foram guardados nessa maloca?”	104
5.3.4 O vínculo conduziu o itinerário da van	106
5.3.5 Violência policial: “vem cá pra você ver que eu não estou mentindo”	108
5.3.6 Relação com o tráfico: “Tá normal! Então a gente já sabe que pode chegar”	112
5.3.7 O lugar da arte-educação no CR: “Saudosa maloca, maloca querida”	113
5.4. O Consultório na Rua	116
5.4.1 A camisa branca anunciando: “A saúde chegou”	116

5.4.2 A atuação do CR sob a lógica da Redução de Danos: a produção do intervalo	119
5.4.3 O Redutor de Danos: “É isso que eu aprendi quando eu cheguei, é ter um Redutor de Danos perto”	123
5.4.4 O fazer do Consultório na Rua como Tecnologia Leve	126
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
REFERÊNCIAS	137

APRESENTAÇÃO

Em minha trajetória acadêmica sempre me interessei pela temática das drogas, talvez buscando respostas para situações familiares que naquele momento tanto me afetaram. Eu sou filha de um homem que conviveu com o sofrimento mental e com uso prejudicial de álcool e outras drogas. No meu trabalho de conclusão de curso na graduação, escolhi falar do uso de drogas e, apesar de ter contribuído para grandes avanços reflexivos, a Redução de Danos surgiu de forma muito superficial. Na época, mesmo procurando serviços de saúde pública que atuavam no campo de álcool e drogas para entender um pouco mais sobre o que seria, não fui bem recebida, e acabei não conseguindo acessar essa fonte. Durante a atuação profissional no SUS (Sistema Único de Saúde) conheci a Redução de Danos (RD), e a minha atuação profissional foi transformada por essa ética de cuidado, me ajudando a identificar um cuidado muito mais possível, acessível e compatível com a realidade dos sujeitos que fazem uso de drogas.

A motivação que me levou a desenvolver esta pesquisa se relaciona com minha atuação profissional como assistente social em uma equipe do Consultório na Rua (CR), onde pude experienciar essas cenas cotidianamente, ouvindo as histórias das pessoas em situação de rua (PSR), ofertando cuidados em saúde e acompanhando-os nessas cenas de uso. A intenção da pesquisa é entender a complexidade desses espaços, a vivência desses sujeitos e, sob a essa perspectiva, a atuação do CR enquanto serviço de saúde que adentra esses lugares.

Atualmente, estou na coordenação do CR, o que me trouxe preocupações sobre o meu lugar na pesquisa e no trabalho, refletindo sobre as possíveis interferências devido a essa aproximação com o campo, isto é, pesquisando o que é familiar. Nesse sentido, posso estar familiarizada com esse cenário, mas isso não significa que eu compreenda a lógica de suas relações, pois a análise do que é familiar pode envolver dificuldades diferentes do que em relação ao que percebemos como exótico e, apesar dos “repertórios humanos serem limitados, suas combinações são suficientemente variadas para criar surpresas e abrir abismos, por mais familiares que indivíduos e situações possam parecer” (VELHO, 1980). Dessa forma, foi preciso um exercício diário de reflexão sobre o meu lugar de pesquisadora, buscando aprofundar meus questionamentos sobre as complexas relações estabelecidas entre o serviço, os usuários do serviço, o território e as cenas de uso da cidade de Belo Horizonte.

Este estudo analisou a atuação do CR nos espaços da rua e das cenas de uso da cidade, buscando compreender as possíveis contribuições e modificações que a atuação do Consultório na Rua possa desencadear nesses territórios, bem como o maior entendimento de como se dá a

produção do cuidado em saúde voltado para esses sujeitos, por meio da observação e análise da atuação do CR nessas cenas e dos demais espaços com concentração de pessoas em situação de rua.

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A população em situação de rua é um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a extrema pobreza, a fragilização ou ruptura dos vínculos familiares, a inexistência de moradia convencional, bem como a utilização de logradouros públicos como espaço de moradia e sustento. A permanência desses sujeitos pode se dar de forma temporária ou contínua e, por vezes, alguns sujeitos podem utilizar abrigos ou albergues como forma de acolhimento para pernoite (BRASIL, 2009a).

Os Censos Demográficos brasileiros, por se tratar de pesquisas domiciliares, não incluem a população em situação de rua. Entretanto, é possível identificar por consulta ao tabulador do Cadastro Único do Governo Federal¹ (CadÚnico) o quantitativo de 22.311 pessoas que declaram estar em situação de rua no estado de Minas Gerais com cadastro ativo no CadÚnico em julho de 2022. Desse quantitativo, 10.596 pessoas vivem no município de Belo Horizonte, cerca de 47,5% da população em situação de rua cadastrada no CadÚnico em Minas Gerais (BRASIL, 2022).

O grande número de PSR no Brasil é fruto do agravamento de questões sociais, com destaque à rápida urbanização ocorrida no século 20, à migração para grandes cidades, à formação de grandes centros urbanos, à desigualdade social, à pobreza, entre outros (BRASIL, 2014). A população em situação de rua vive em permanente estado de vulnerabilidade, seja por não ter documentos (o que é indispensável à cidadania), seja por não possuir moradia, dinheiro, emprego fixo, por não ter acesso à educação ou por encontrarem dificuldades até mesmo para receber cuidados em saúde (SOTERO, 2011).

Nesse sentido, o Consultório de Rua (CdeR) surge no Brasil como experiência na cidade de Salvador/BA, no ano de 1999, realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA), e idealizado pelo Prof. Antônio Nery Filho. Os CdeR se caracterizam como uma modalidade de atendimento extramuros dirigida às PSR, com destaque aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial, ofertando cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida,

¹ O Cadastro Único é um registro para Programas Sociais criado pelo Governo Federal, operacionalizado com gestão compartilhada e descentralizada entre a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. Esse registro permite ao governo saber quem são e como vivem as famílias de baixa renda no Brasil, permitindo que o governo conheça melhor a realidade socioeconômica dessa população, como: características da residência, identificação de cada pessoa, escolaridade, situação de trabalho e renda, entre outras (BRASIL, 2022).

adaptados para as especificidades de uma população complexa (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

O dispositivo foi implantado no município de Belo Horizonte, em 2011, com a proposta de oferta de cuidado em saúde no espaço da rua (CRUZ *et al.*, 2018). No ano de 2011, o Ministério da Saúde definiu as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua (CnaR) por meio da portaria nº 122/2011 (BRASIL, 2011). Em Belo Horizonte, considerando o perfil epidemiológico dessa população, fortemente marcado pelo fator saúde mental, optou-se por manter a nomenclatura original de Consultório de Rua, compondo a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e sob gestão da antiga coordenação de Saúde Mental (atual Gerência da Rede de Saúde Mental - GRSAM). No entanto, esse serviço se vincula à atenção primária, com ofertas de cuidado em saúde nos moldes de uma atenção integral, atendendo às determinações do Ministério da Saúde (GARCIA, 2017).

Durante a realização da pesquisa, em janeiro de 2022, houve uma mudança de nomenclatura do serviço para Consultório na Rua (CnaR), de acordo com a portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011, mantendo a vinculação da gestão do serviço à GRSAM. Em vários momentos desta pesquisa, os participantes se referiram às equipes como Consultório de Rua, em outros momentos, como Consultório na Rua. Desta forma, optei por utilizar a sigla CR para menção ao serviço, na tentativa de contemplar todas as falas referentes ao serviço, considerando que não houve uma mudança assistencial, mas uma adequação à nomenclatura utilizada pelo Ministério da Saúde (MS).

O CR de Belo Horizonte se propõe a ser um serviço volante que busca construir o cuidado de forma integral, oferecendo assistência em saúde *in loco* para a garantia do cuidado às PSR. O serviço se propõe a ofertar cuidado no espaço da rua, circulando nos territórios com uma van, juntamente com a equipe multiprofissional, buscando estabelecer uma ponte entre os usuários e os demais serviços da saúde e da rede intersetorial, na tentativa de garantir o direito à saúde e minimizar as consequências do processo de exclusão que apresenta efeitos perversos na vida desses sujeitos.

O CR BH possui equipes multiprofissionais compostas por dois (duas) assistentes sociais, um(a) psicólogo(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) arte-educador(a), um(a) redutor(a) de danos e um(a) médico(a), que atuam na oferta de cuidado em saúde de forma itinerante na cidade. Atualmente, há oito equipes na capital mineira que atuam em pontos distintos em todas as suas regionais. O serviço precisa lidar com os diferentes problemas e necessidades de saúde específicas da população e de cada usuário em situação de rua, desenvolvendo ações conjuntas

com as equipes dos outros pontos de atenção da rede de saúde e intersetorial em busca de um cuidado integral em saúde (BRASIL, 2011).

Sua atuação se dá em territórios vulnerabilizados e, também, nas cenas de uso de drogas de Belo Horizonte, sendo acolhido e acionado pela comunidade local como o equipamento estatal que oferta cuidado. Em um contexto de grande vulnerabilidade, como o de atuação do CR, a temática da violência perpassa o cotidiano do serviço, considerando que é algo presente na vida dos usuários atendidos, seja movida pelo tráfico local, por outras pessoas em situação de rua ou por agentes públicos, o que requer diferentes estratégias para lidar com essas adversidades. Na tentativa de garantir acesso à saúde pública, o serviço possui uma flexibilidade na atuação que permite adequar as ofertas de cuidado às necessidades dos usuários, revelando-se como um atendimento de baixa exigência². Essa flexibilidade é importante ao considerar que a PSR enfrenta barreiras simbólicas que dificultam o acesso aos serviços públicos da cidade, deduzindo de antemão que não serão bem atendidas. Os usuários acompanhados pelo CR vivenciam no cotidiano um processo de humilhação social resultante do impacto traumático da desigualdade de classes, fazendo-os crer que não possuem direitos quando a sua cidadania é negada.

Esta pesquisa tem como tema, portanto, a atuação do CR no espaço da rua e das cenas públicas de uso de drogas em Belo Horizonte, visando compreender as particularidades das cenas de uso, bem como a atuação do CR enquanto um serviço público de saúde com características tão ímpares nesse contexto adverso. Interessava-me conhecer em maior profundidade esses espaços e a atuação do CR em tais espaços, buscando analisar, por meio de um olhar etnográfico, a presença e a relação do CR com os usuários desse serviço. Nesse sentido, esta pesquisa é norteadada pela seguinte questão: No que se refere ao cuidado em saúde, quais as interferências que o CR de Belo Horizonte gera a partir de sua entrada nos espaços das cenas de uso.

A proposta surge a partir da trajetória da pesquisadora como trabalhadora do CR, onde foi possível constatar o processo de vulnerabilização que essa população vivencia e que, ao longo de sua existência, experimenta seguidas violações de direitos que as colocam em uma

² Na Portaria nº130 de 26 de janeiro de 2012, a perspectiva de baixa exigência surge como orientação no SUS ao funcionamento dos dispositivos de saúde mental (CAPS) para adequação das ofertas de serviços às necessidades dos usuários. Essa perspectiva dialoga com a Redução de Danos e deve ser aplicada também à realidade da população em situação de rua considerando seus modos de vida, como por exemplo a necessidade de adequação dos horários de atendimento, acolhimento mesmo sob o efeito de SPA, dispensação de insumos de Redução de Danos e proteção à saúde e à vida (BRASIL, 2012).

situação de marginalização extrema e de exclusão social.

Durante a busca de referencial teórico para a elaboração do projeto de pesquisa, foi verificado o escasso material bibliográfico que trata da atuação do CR do Município de Belo Horizonte, bem como do cuidado à população em situação de rua na capital mineira. Considerando o tempo de atuação profissional no serviço, percebo o quanto o CR possui experiências potentes e singulares no cuidado à saúde da população em situação de rua da cidade. Nesse sentido, a escassez de material científico que analise a atuação da política pública de saúde no que se refere ao cuidado das pessoas em situação de rua da cidade é um dos aspectos que atribuem relevância científica à pesquisa proposta. Durante o levantamento bibliográfico, localizei estudos similares no Rio de Janeiro/RJ, Salvador/BA, Cuiabá/MT e São Paulo/SP, entretanto, não foi identificado estudo etnográfico nas cenas de uso em Belo Horizonte, com destaque a uma menor produção de artigos sobre cenas de uso com abordagem da saúde. Por esse motivo, esta pesquisa pode se revelar para o SUS como mais um instrumento de reflexão sobre o processo de trabalho, seus métodos e alcance dos objetivos propostos, possibilitando uma maior qualidade da assistência prestada, bem como servir de referência para elaboração e aprimoramento de políticas públicas de saúde voltadas para a PSR.

A dissertação está dividida em quatro partes: O capítulo 1 consiste na introdução e justificativa da pesquisa; no capítulo 2, são apresentados os objetivos. Os capítulos 3 e 4 consistem na revisão bibliográfica sobre os temas e conceitos relacionados ao fenômeno da população em situação de rua e na metodologia, respectivamente. O capítulo 5 corresponde aos resultados e à discussão, onde é abordado o percurso etnográfico, com a descrição do campo e a análise da atuação do CR; o sexto e último capítulo corresponde às considerações finais, que suscitam algumas reflexões sobre a atuação do CR e sobre o acesso da PSR às políticas públicas de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a atuação do CR no atendimento da população em situação de rua no espaço da rua e das cenas públicas de uso de drogas em Belo Horizonte.

2.2 Objetivos Específicos

1. Compreender como o CR produz sua entrada nos espaços da rua e das cenas públicas de uso de drogas de Belo Horizonte no atendimento à população em situação de rua;
2. Identificar as possíveis alterações produzidas nesses espaços a partir da atuação do CR e da produção de cuidado;
3. Compreender como se dá a produção do cuidado em saúde nesses lugares (cenas de uso, malocas, viadutos e demais espaços da rua).

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Exclusão social

No contexto de acumulação capitalista, o modo de produção, as condições de trabalho e o modo de vida se revelam como a base para a compreensão do processo saúde-doença e morte. Apesar da impossibilidade de se reduzir esse processo histórico a um modelo polarizado entre pobreza e riqueza ou exploradores e explorados, esses elementos nos dão subsídios para uma análise crítica dos condicionantes sociais de saúde, uma vez que é especialmente nas oposições entre pobreza e riqueza que se situam as desigualdades, revelando as distâncias que existem entre os estratos populacionais. Essas distâncias não se referem apenas às dimensões econômicas, mas dizem sobre o acesso a bens, serviços e direitos sociais, políticos e culturais:

Na América Latina as configurações da desigualdade são estruturais, persistiram ao longo de seu desenvolvimento histórico e social, crescendo e se expandindo hoje como resultado das políticas econômicas de integração do capital global, que radicalizou uma nova categoria social, a de “os excluídos”, e fomentou o desenvolvimento de uma nova categoria sociológica: a “exclusão social” (SCOREL *apud* MINAYO, 2000, p. 56).

A exclusão social pode ser entendida como a impossibilidade da realização da condição humana de forma plena, onde o indivíduo não tem a possibilidade de ser um cidadão na sua *polis*. Escorel (1993) distingue tal exclusão da abolição dos direitos políticos ou da supressão dos espaços públicos por regimes autoritários, pois essa exclusão não apenas impossibilita o exercício das potencialidades máximas da condição humana, mas ainda reduz os indivíduos à condição de *animal laborans*, onde tem como única ação a sua preservação biológica: “Não se trata de um fato agudo, episódico, nem isolado: é um processo de constituição e eliminação de massas supérfluas” (SCOREL, 1993, p. 54).

Nesse sentido, as pessoas em situação de rua vivenciam o que Escorel e Minayo indicam como exclusão social caracterizado como um processo múltiplo de separação de grupos, presentes e combinados nas relações econômicas, sociais, culturais e políticas, resultando em pobreza, discriminação, inacessibilidade ao mundo do trabalho e do consumo. A produção da exclusão social vem ocorrendo no mundo e destaca um crescimento no Brasil em proporções e magnitudes nunca antes vistas, revelando-se como característica do modelo tradicional de acumulação de capital, atingindo as populações consideradas supérfluas, nos termos da autora, para a produção e para o consumo (MINAYO, 2000).

A Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua, realizada no ano de 2008³, pelo extinto Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), evidencia o perfil sociodemográfico e econômico da PSR no Brasil, no qual o processo de exclusão social se revela como um grande atravessamento comum na vida desses indivíduos. Nesse contexto, evidenciando o processo de exclusão, a pesquisa revelou, nessa população, em nível nacional, a proporção de 67% de negros (incluindo pretos e pardos, de acordo com a classificação do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Desses, 63,5% não concluíram o ensino fundamental, e 88,5% afirmaram não receber benefícios de programas governamentais (BRASIL, 2009b).

Tais dados evidenciam as históricas desvantagens sociais vivenciadas pelas pessoas negras no Brasil, sendo que, ao longo da sucessão das gerações e do ciclo de vida individual, os negros são confinados aos escalões inferiores da estrutura social, por intermédio de discriminações de ordens distintas, sejam elas explícitas, veladas ou institucionais (OSORIO, 2004). Em relação à noção de raça, é importante demarcar que não há sustentação científica para tal definição do ponto de vista biológico, pois a noção de raça/etnia é um construto sociopolítico. Mas destaca-se que tal noção pode ser um importante marcador de iniquidades e injustiças sociais, impactando sobre as condições de saúde e sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde (BARATA, 2009).

Ainda no sentido da caracterização da referida população, 54,5% informaram ter vivenciado situações discriminatórias ao serem impedidas de acessar determinados locais: serviços de saúde, transporte público, *shoppings centers*, órgãos públicos, estabelecimentos comerciais, bancos, instituições públicas para requerimento de documentação civil etc. Muitas dessas pessoas afirmam nem tentar entrar em certos locais para evitar o constrangimento decorrente da provável expulsão (BRASIL, 2009b). Apesar de um não distanciamento físico e espacial dos serviços públicos do território, as pessoas em situação de rua, que permanecem nessas cenas, possuem diversas barreiras de acesso (barreiras simbólicas impregnadas de estigmas, preconceitos e por vezes burocracias), o que impede a efetivação de seus direitos sociais.

³ É importante demarcar que a Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua foi realizada há 14 anos atrás (2008), sendo o último grande esforço do Governo Federal para caracterizar e identificar as especificidades da população em situação de rua no Brasil. Neste sentido, é urgente que novos estudos sejam desenvolvidos para proporcionar uma leitura do contexto atual, com destaque aos possíveis agravos das condições de vida da pessoa em situação de rua durante e após pandemia por Covid-19, de forma a subsidiar o Estado na elaboração de políticas públicas mais assertivas.

No que tange à saúde, as condições de saúde podem indicar a causa ou a consequência da vida nas ruas, sendo o uso prejudicial de álcool e de outras drogas⁴, para muitos, o elemento desencadeador do processo de fragilização e de rompimento dos vínculos familiares. Por outro lado, para alguns, esse uso corresponde a um processo necessário de “anestesia” para suportar a difícil permanência nas ruas (ESCOREL, 2009). Além disso, as condições de saúde mental e o uso de álcool e de outras drogas foram apontados por quase 36% dos entrevistados como as principais motivações da ida para as ruas. Por conseguinte, 17% dos entrevistados possuem histórico de internação em hospitais psiquiátricos, 28% mencionaram ter vivenciado permanência em casas ou em clínicas de recuperação para dependentes químicos e 14% apresentavam problemas mentais aparentes (BRASIL, 2009b).

Assim como a pobreza, a discriminação, o racismo, a baixa escolaridade e a falta de acesso a direitos sociais básicos, a loucura e o uso prejudicial de álcool e outras drogas compõem a realidade na vida de grande parte dessa população, cuja condição de excluído permanece como elemento estrutural.

3.2 Uso de drogas

O uso do crack atraiu as atenções no panorama político-midiático brasileiro no ano de 2010, quando foi atribuída à substância psicoativa (SPA) a responsabilidade por crimes violentos e por uma suposta degradação moral por parte da juventude, corroborando diversos mitos (SOUZA, 2016).

Em busca de entender o perfil dos usuários de crack na mídia brasileira, Zanotto e Assis (2017) realizaram uma análise de um jornal e duas revistas de edição nacional, no período entre janeiro de 2009 e julho de 2015. Nela, os autores apontam que:

Mesmo após debates e avanços no campo da saúde mental, a mídia permeada por suas relações políticas e comerciais vem retomando discursos higienistas ante estes indivíduos. Isso é visto pelo modo amedrontador como aborda o assunto em suas reportagens e noticiário, destacando a limpeza social, a internação compulsória e conteúdos regados por denominações pejorativas. Essa prática legítima repulsa da sociedade perante os usuários (ZANOTTO; ASSIS, 2017, p.772).

⁴ Utiliza-se aqui o conceito de Lobosque (2001), que trabalha a definição de drogas como “as diferentes substâncias que alteram a atividade cerebral, gerando uma sensação experimentada como agradável pelo usuário, de tal forma que este pode vir a usar de forma compulsiva a substância em questão (p.72).” A autora destaca que nem sempre essa experiência resulta no seu uso compulsivo, ou vício, onde o uso compulsivo ou vício (aqui utilizo o termo uso prejudicial) não parece inerente às drogas em si mesmas. Nesse sentido, aponto que o termo prejudicial está mais relacionado à relação que o sujeito estabelece com a substância, do que à substância em si.

Nesse sentido, é possível entender que a imagem do usuário de crack não resulta necessariamente de si só, mas se revela como um produto dos que o enxergam (ou o ignoram), muitas vezes movidos por uma histeria social e pela construção de estigmas (ZANOTTO; ASSIS, 2017). Tais colocações revelam um pouco do imaginário social em relação às SPAs que, mesmo se tratando de algo inerte, é interpretado como algo “vivo, forte, potente”. Como consequência, vê-se o surgimento de uma suposta “guerra às drogas” que desumaniza os sujeitos usuários – o que se exemplifica pela nomenclatura de “zumbis” a eles socialmente atribuída –, negando o processo de exclusão social ao qual estão submetidos. Faz-se necessário destacar que “assim como a loucura, o crime e a sexualidade, a problemática do uso de drogas sempre foi e é objeto de grande polêmica para a sociedade porque, acima de tudo, toca no insuportável que é o medo do que é conflitante e por isso ‘anticonsensual’” (WORCMAN; MORGANTI, 2019, p. 701).

Com as atenções midiáticas voltadas para o uso do crack, o primeiro passo dado pelo Estado brasileiro para conhecer os usuários com maior profundidade foi a realização de uma grande pesquisa nacional, conduzida pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) no ano de 2014. A pesquisa revelou que a prevalência de uso regular de crack nas capitais brasileiras era de 0,8% da população adulta, demonstrando um dado muito distante da prevalência estimada de dependência do álcool, por exemplo, que é de oito a quinze vezes maior. A pesquisa ainda aponta que, apesar de o tema “classes sociais” não aparecer no debate midiático, ele é o eixo central pelo qual se articulam as formas discursivas, gerando mitos, como a já mencionada guerra às drogas que, na verdade, trata-se de uma guerra velada às classes mais pobres, afirma Souza:

Foram os marcadores de exclusão social que mais chamaram a atenção do governo federal na interpretação dessa pesquisa. Oito em cada dez usuários regulares de crack são negros. Oito em cada dez não chegaram ao ensino médio. Essas proporções são bem maiores do que as encontradas no conjunto da população brasileira. Além disso, elas referem-se a características temporalmente anteriores ao uso de crack. Somavam-se a esses, outros indicadores de vulnerabilidade social, como viver em situação de rua (40%) e ter passagem pelo sistema prisional (49%). As mulheres usuárias regulares de crack têm o mesmo padrão de vulnerabilidade social, com o agravante que 47% relataram histórico de violência sexual (comparado a 7,5% entre os homens). Outra pesquisa já havia indicado que a mortalidade de usuários de crack é 7 vezes superior à população geral, sendo os homicídios a causa de morte em 60% dos casos (SOUZA, 2016, p. 13).

Por outro lado, a intervenção estatal na problemática do uso de drogas é regida pelo proibicionismo, com exceção dos dispositivos de saúde mental (WORCMAN; MORGANTI, 2019). Buscando a promoção de rupturas com modos de atenção que reduzem as experiências

de uso de drogas a crimes ou a doenças e que se orientam pela abstinência como condição ou meta exclusiva das ações de saúde, as políticas do SUS voltadas às pessoas que fazem uso de drogas propostas entre os anos 2002 e 2015 apresentaram inovações associadas à inclusão da atenção psicossocial e da Redução de Danos na formulação de seus princípios e diretrizes (MACHADO; MODENA; LUZ, 2020a).

A experiência do uso de drogas é diversa e pode contemplar uma infinidade de SPA e de formas de uso, como, por exemplo: loló, thinner, cocaína, maconha, MDMA, ecstasy, crack, entre diversos outros. Em relação ao uso prejudicial, os impactos do uso se dão de forma diferenciada, de acordo com a singularidade do usuário e em quais condições se dá o uso. Vários fatores podem interferir nas consequências desse consumo, como, por exemplo, a estrutura psíquica do sujeito, a classe social, pureza da substância ingerida, a rede de proteção acessada, os vínculos familiares, os recursos simbólicos para lidar com o uso etc. Na presente pesquisa não há um enfoque em um tipo de uso ou em um tipo de substância específica, mas são abordadas as experiências do uso de múltiplas SPA presenciadas no cotidiano de trabalho do Consultório na Rua.

O uso de drogas não resulta necessariamente de uma relação prejudicial ou problemática, posto que tem diferentes significados para cada sujeito, pode ser uma experiência prazerosa e recreativa, ou prejudicial e danosa, ou até mesmo recreativa em alguns momentos e prejudicial em outras, considerando a singularidade dos sujeitos e a heterogeneidade de experiências possíveis. Entretanto, as consequências mais danosas do uso repercutirão de formas diferentes entre as populações mais ou menos vulnerabilizadas.

Ao pesquisar sobre o uso habitual e controlado da maconha entre indivíduos pertencentes às camadas médias urbanas no Brasil contemporâneo, MacRae e Simões (2000) relatam em sua etnografia a experiência de sujeitos que há anos vêm fazendo uso regular da *cannabis* (maconha) concomitantemente ao desenvolvimento de atividades profissionais relativamente bem-sucedidas (a se julgar pelos títulos acadêmicos conquistados, aprovações em concursos e cargos ocupados). Nesse caso, o uso da substância não acarreta prejuízos para as atividades laborais ou sociais, e eles levam uma vida relativamente pacata e distante de maiores ameaças físicas, diferentemente da situação de violência e de marginalidade social a que jovens usuários de *cannabis* das periferias estão submetidos.

Desta forma, não se pode refletir sobre os prejuízos do uso de drogas sem considerar o contexto social em que os usuários de SPAs estão inseridos, bem como o contexto de saúde mental, os processos de vulnerabilização, as condições de acesso à cidadania, a relação singular

que cada indivíduo estabelece com o seu uso, dentre outros aspectos.

A noção sobre o uso de drogas na atualidade é orientada por um modelo biomédico hegemônico voltado para o estabelecimento de diagnósticos, que prioriza os fatores biológicos em detrimento de categorias psicossociais - em perspectiva contrária à Reforma Psiquiátrica brasileira (COSTA; PAIVA, 2016). A utilização do modelo biomédico contribui para a definição do destino dos sujeitos que fazem uso de álcool e outras drogas (muitas vezes influenciada por definições morais e preconceituosas sobre o tema), favorecendo a atribuição de estigma social:

Uma sugestão, para repensar a questão das drogas, é abordá-la a partir de outros ângulos. A tendência comum no discurso oficial em torno do consumo de substâncias psicotrópicas é enfatizar o termo genérico "droga", sem que se faça uma distinção cuidadosa entre substâncias diversas, seus efeitos variados sobre a psique humana e os contextos específicos nos quais ocorre seu uso (MACRAE; SIMÕES, 2000, p.29).

As drogas apresentam uma alteração da atividade cerebral experimentada como agradável, mas essa experiência não resulta necessariamente em um uso abusivo ou em um quadro de dependência química (LOBOSQUE, 2001). A partir da concepção de que não há uma “medida padrão de uso de drogas” que o defina como bom ou ruim (pois a experiência de uso em cada sujeito é subjetiva), adoto uma breve conceituação para diferenciar os termos “uso prejudicial” e “uso recreativo”. Ressalto que não pretendo definir de forma simplista a diversidade de sentidos que podem estar relacionados a cada termo, mas proponho essa breve conceituação na tentativa de demarcar as perspectivas que adoto ao longo do texto.

Como uso recreativo, entende-se a experiência prazerosa em que o sujeito escolhe fazer o uso de alguma substância do seu interesse, podendo ser um fator de agrupamento, de socialização, de comemoração, para um ato reflexivo, inspirativo⁵ ou até mesmo por motivações religiosas, sem implicações de prejuízos sociais na vida do sujeito.

Já o termo uso prejudicial⁶ é entendido como o uso compulsivo de algumas drogas, quando trazem prejuízos ao usuário (LOBOSQUE, 2001), o que pode lhe acarretar danos sociais ou de saúde, como, por exemplo, a dificuldade de manter as rotinas de trabalho, bem como prejuízos nas relações sociais, adoecimentos agudos devido ao uso, comprometimento

⁵Em seu livro *Rodas de fumo: o uso da maconha em camadas médias urbanas* (2000), MacRae e Simões trazem exemplos colhidos em seu trabalho etnográfico em que usuários de maconha descrevem o uso como inspirador, fazendo uso da substância, por exemplo, para desenhar, tocar, escrever, atribuindo a ele até mesmo um fator criativo.

⁶Faz-se a opção de utilizar o termo uso prejudicial ao invés de uso abusivo por entender que a palavra “abusivo” dá uma ideia de uma quantidade específica a partir da qual a relação estabelecida traz prejuízos.

acentuado da renda, entre outros aspectos. Ressaltando que o termo prejudicial está mais relacionado à relação que o sujeito estabelece com a substância, do que à substância em si (LOBOSQUE, 2001).

As pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas que se dirigem aos serviços de saúde apresentam diferentes necessidades, demandas e expectativas que não se restringem à produção de abstinência. Nesse sentido, é importante que os serviços de saúde se tornem mais próximos do que esses sujeitos esperam, evitando que se torne um serviço técnico-centrado ou que se orientem por pressupostos morais ou de controle (MACHADO; MODENA; LUZ, 2020a). A ampliação das compreensões sobre tais necessidades possibilita o “reconhecimento da importância da plasticidade dos trabalhadores de saúde não só para acolhê-las, interrogá-las e interpretá-las, mas também para ofertar uma atenção que seja com elas coerente”(MACHADO; MODENA; LUZ, 2020b, p.12).

O Estado brasileiro se baseia no proibicionismo como modelo de intervenção na problemática do uso de drogas, com exceção dos dispositivos do SUS (com destaque aos equipamentos de saúde mental). A escolha por um viés proibicionista contribui para a perpetuação do preconceito com a população mais pobre, tomada pelo senso comum como agente dessa violência associada ao consumo de SPA's, com a demonização do usuário de drogas, que passa a encarnar a fonte de todos esses conflitos e a representar o mal da sociedade (WORCMAN; MORGANTI, 2019). Desta forma, os usuários que fazem um consumo prejudicial de drogas, vivenciam as consequências cotidianas atravessadas pelas violências geradas pelo proibicionismo nas suas mais diversas faces.

O proibicionismo impacta de forma diferenciada as distintas camadas sociais. No caso dos sujeitos que vivem em situação de rua, sabe-se que a precarização da vida que lhes é imposta os expõe a uma relação mais danosa, diferentemente da realidade apontada por Macrae e Simões (2000) sobre uso nas camadas médias urbanas. Isso pode se dar pela exposição a diversas formas de violência relacionadas ao universo de seu uso, como também pela qualidade da droga consumida, ou até mesmo pelo espaço que a droga ocupa na vida (às vezes, ela se apresenta como suporte para que o sujeito dê conta de viver em um ambiente tão hostil e insalubre como as ruas).

Apontando para uma importante distinção entre o “paradigma da abstinência” e a “abstinência”, Passos e Souza (2011) afirmam que a abstinência pode se revelar enquanto uma direção clínica possível – muitas vezes necessária –, mas atuando numa meta pactuada com o usuário de drogas, e não como regra imposta. Em contraponto, por paradigma da abstinência

entende-se como sendo o seu exercício coercitivo – por uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas –, apresentando a abstinência como única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso (PASSOS; SOUZA, 2011).

As políticas de saúde para usuários de drogas centradas no hospital psiquiátrico demarcam uma aproximação entre as práticas jurídicas e as práticas médicas, que resultam, conseqüentemente, nas diversas retaliações judiciais que as ações de Redução de Danos (RD) vêm sofrendo no Brasil. Tais retaliações contribuem com a produção histórica do estigma do usuário de drogas, identificando esses sujeitos como figura perigosa ou doente. Possibilitam, ainda, a compreensão de parte dos problemas que a Redução de Danos enfrenta ao se tornar uma estratégia de cuidado em saúde que acolhe as pessoas que usam drogas como cidadãos de direitos e sujeitos políticos (PASSOS; SOUZA, 2011).

Importante ressaltar que:

O uso abusivo de drogas é um sintoma e não a causa do sofrimento do usuário, por isso a importância do protagonismo do sujeito no seu tratamento, a fim de dar o suporte para ele ressignificar o seu desejo. A lógica da Redução de Danos é voltada para aqueles que não podem ou não conseguem parar de usar drogas. Por isso, é diametralmente oposta à lógica da abstinência, que trabalha na expectativa em que o sujeito queira e possa parar de usar radicalmente as drogas. Isso se dá, muitas vezes, mediante práticas biologicistas que defendem o protagonismo da substância em detrimento do contexto sociossimbólico do usuário (GARCIA, 2017, p. 15, 16).

A Redução de Danos gerou forte tensionamento com setores posicionados a favor de uma política antidrogas, mas se fortaleceu com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei Nº 10.216 de 6 de abril de 2001). Mais tarde, torna-se uma política de governo por meio da Portaria nº 1.028 de 1 de julho de 2005, que permitiu aos usuários de drogas serem efetivamente recebidos como responsabilidade da saúde pública brasileira, mais especificamente da saúde mental, reconhecendo a lacuna assistencial histórica perante essa população (MACHADO; BOARINI, 2013; PASSOS; SOUZA, 2011).

Em contraponto à lógica proibicionista e ao paradigma de abstinência, a Redução de Danos surge como resposta da saúde pública aos problemas causados pelo consumo de drogas, como um conjunto de diretrizes e práticas que colocam em questão a criminalização e a patologização do usuário de drogas. A RD se apresenta com uma lógica de coprodução de saúde, pois as estratégias e regras estabelecidas são criadas na situação de um encontro e a partir dos vínculos que esse encontro é capaz de instaurar, sempre caminhando para um processo de protagonismo dos usuários (PASSOS; SOUZA, 2011).

3.3 Fenômeno da população em situação de rua em Belo Horizonte

A presença da população em situação de rua no espaço urbano não é um fenômeno recente. Em relação ao planejamento urbano, historicamente, Belo Horizonte foi planejada para ser a capital de Minas, com base em uma corrente política vigente que se encaixava no lema de cunho positivista: “a ordem por base, o progresso por fim” (GROSSI, 1997). Para Carneiro (2016), durante o período de 1897 até o final dos anos 1940, a cidade emerge com uma vocação higienista e cientificista, onde a renda foi estabelecida como critério de acesso à terra urbana e as classes pobres não tinham lugar nela: “deste modo, a exclusão e a segregação socioespacial estavam já presentes na organização de um lugar no qual a quadrícula era dos que a planejavam e, aos que construíam, restava a ocupação de alguns lugares em suas margens” (CARNEIRO, 2016, p. 316).

Assim, o centro e a zona urbana da cidade eram o lugar das elites, demarcados pelo interior da Avenida do Contorno, e aos arredores se instalava a zona suburbana com suas cafuas e barracões, formando os bairros Lagoinha, Calafate e Barro Preto, caracterizados pela falta de água, de esgoto, de transporte coletivo e pavimentação das ruas, com destaque para o bairro da Lagoinha, que recebeu parte dos trabalhadores que construíram a cidade de Belo Horizonte (CARNEIRO, 2016).

Em relação à sua vocação higienista, no ano de 1900, foi aprovado pelo presidente do Estado de Minas Gerais, Benjamin Franklin Silviano Brandão, o “Regulamento dos mendigos”, onde era previsto que nenhum indivíduo poderia pedir esmolas no distrito da cidade sem estar inscrito como mendigo no respectivo livro da prefeitura. Ao receber a placa de identificação “Mendigo”, ficava a cargo da ação policial e dos guardas municipais a função de coerção e disciplinarização (SIMÃO, 2012).

Ainda nesse sentido, no ano de 1911, foi proibida a mendicância na cidade, onde caiu o Regulamento dos Mendigos e foi criado o Asilo Afonso Pena, local destinado à internação das pessoas em situação de rua que porventura estivessem mendigando na cidade, sendo conduzidos primeiramente à delegacia por meio da força policial, impedindo que indigentes não matriculados esmolassem na cidade (CARNEIRO, 2016; SIMÃO, 2012):

A cidade-desenho que, do saber-forma, nasceu pretensamente higienizada, asséptica e sadia precisou, então, de outras formas-poder no empenho de sustentar suas intenções. À disciplina somou-se, assim, o biopoder expresso por regulamentos, códigos e normas. Ao controle e vigilância dos corpos somaram-se os mecanismos, as táticas e estratégias que desenhariam as curvas populacionais desejadas, permitidas e meticulosamente cuidadas (CARNEIRO, 2016, p. 331)

Nesse projeto urbanístico de caráter reformador do final do século XIX, a Belo Horizonte planejada teve a intenção de mantê-la como “cidade de uma gente só, gente de bem que circularia por sua malha meticulosamente desenhada e enrijecida”, na busca por evitar disparidades espaciais e também morais (CARNEIRO, 2016, p. 460).

Nota-se como a construção da cidade de Belo Horizonte aconteceu de forma excludente, buscando atender exclusivamente às expectativas da elite belo-horizontina. Por meio de práticas higienistas, a cidade foi construída e se consolidou de forma a atender um grupo restrito, com cada grupo em seu lugar, onde o pobre só seria bem aceito se estivesse enquadrado no estereótipo do “bom pobre”, “trabalhador” e “obediente”. Atualmente, é possível relacionar alguns pontos dessas regiões suburbanas com as atuais cenas de uso e locais com maior concentração de população em situação de rua da cidade, com destaque para as regiões da Lagoinha, Barro Preto e adjacências da rodoviária.

3.4 Consultório de/na rua

O Consultório de Rua no Brasil surge como projeto idealizado por Antônio Nery Filho, em 1999, como uma resposta ao problema das crianças em situação de rua e ao uso de álcool e drogas. Realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD, na cidade de Salvador (BA), a instituição foi criada como extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia/UFBA (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010):

Em 2009, o Ministério da Saúde propõe o Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde- PEAD, sendo incluída também, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas através de ações de rua (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.9).

Nesse sentido, os Consultórios de Rua são dispositivos clínico-comunitários que realizam oferta de cuidados em saúde para os usuários em seus próprios contextos de vida (no espaço da rua), promovendo o acesso a serviços da rede institucionalizada para uma assistência integral e uma promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social. O serviço possibilita um espaço concreto do exercício de direitos e de cidadania. Trata-se de uma modalidade de atendimento extramuros, um serviço volante, com atuação *in loco*, direcionada aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados

da rede de serviços de saúde e intersetorial.

Considerando os princípios e diretrizes do SUS – Universalidade⁷, Equidade⁸ e Integralidade⁹ -, o Consultório na Rua de Belo Horizonte surge como um serviço público de referência para a população em situação de rua, com atuação sobre a lógica da Redução de Danos, regulado por meio da Portaria nº122, de 25 de janeiro de 2011 do Ministério da Saúde, que institui as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, com abertura do serviço em Belo Horizonte (BRASIL, 2011).

No ano de 2012, os Consultórios de Rua migraram para a Política Nacional de Atenção Básica e passaram a integrar o Programa Estratégia Saúde da Família, com a alteração da nomenclatura de Consultório de Rua para Consultório na Rua. A mudança em questão teve o intuito de ampliar o acesso das ações de saúde nos moldes de uma atenção integral e com foco intersetorial, com proposta de uma responsabilização do serviço para além da saúde mental (foco que não pode ser desconsiderado), mas responsabilizando-se, também, por várias outras situações que ficam a cargo da estratégia saúde da família na atual política de atenção básica (SANTANA, 2014).

No município de Belo Horizonte, até dezembro de 2021, manteve-se a nomenclatura original como Consultório de Rua, com ofertas de cuidado em saúde nos moldes de uma atenção integral, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, e mantendo a vinculação da gestão do serviço à GRSAM, com uma expertise no campo da saúde mental e uso prejudicial de álcool e drogas. Em janeiro de 2022 (durante a pesquisa), o serviço alterou a nomenclatura para Consultório na Rua, em conformidade com o que prevê a portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Além da mudança no nome, durante a pesquisa o serviço estava em processo de inserção de um profissional médico por equipe, sem mudanças estruturais no funcionamento do serviço.

No que tange à saúde mental, não se deve desconsiderar que o transtorno mental pode contribuir para a permanência do sujeito em situação de rua e, se as condições de vida nas ruas

⁷ No artigo 196 da Constituição Federal, a saúde é definida como direito de todos e dever do Estado, onde deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

⁸ O princípio da equidade não se trata de promover a igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentando para as necessidades coletivas e individuais de saúde, procurando investir onde a iniquidade é maior (MATTA, 2007).

⁹ Não se pretende aqui esgotar o amplo conceito de integralidade, entretanto, neste estudo, ela é adotada como uma perspectiva de crítica ao reducionismo biomédico, incorporando o conceito ampliado de saúde, em busca de uma compreensão das diversas dimensões que determinam a produção da saúde e da doença, reconhecendo a necessidade de envolver o sujeito como um todo e suas relações com a sociedade e o meio ambiente, e não apenas sua descrição biológica. Nesse sentido, as ações e serviços de saúde devem se organizar para atender à diversidade de necessidades das pessoas e dos grupos sociais (MATTA, 2007).

colaboram para o aparecimento da doença mental, é importante entender também que pode contribuir para o aparecimento de outros agravos de saúde, em que a dificuldade de acesso a serviços de saúde piora todas essas condições (SANTANA, 2014).

O Consultório na Rua atua sob uma lógica multiprofissional: suas equipes são compostas por dois (duas) assistentes sociais, um(a) psicólogo(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) arte-educador(a), um(a) redutor(a) de danos e um(a) médico(a). O dispositivo atua sob a lógica da equidade, orientado pela perspectiva da Redução de Danos e da luta antimanicomial. O CR atua nos locais com maior concentração de pessoas em situação de rua, com destaque para as cenas públicas de uso de drogas, entendendo que a escolha da atuação nesses espaços se dá a partir da lógica da equidade. A atuação multiprofissional busca a articulação da rede intersetorial na tentativa de lidar com os diferentes problemas e necessidades das pessoas em situação de rua, com um esforço de proporcionar um cuidado em saúde ampliado.

3.5 Cenas de uso

Considerando a relevância das cenas de uso para esta pesquisa, faz-se necessário fundamentá-las como uma categoria conceitual que norteará nosso estudo. Garcia (2017) apresenta o termo “cena de uso” a partir da percepção de um sentido cênico, onde o uso social desse espaço necessita da presença do outro que percebe o acontecimento dos fatos e, assim, se constrói uma situação cênica. Em sua análise sobre a rede pública de saúde mental de Belo Horizonte, a autora relata uma preferência pelo uso do termo “cenas de uso”, indicando uma provável tentativa de evitar a utilização de termos pejorativos, como “cracolândia”.

Rui (2012), em seu trabalho etnográfico, utiliza o termo “cenários de uso” ao descrever a sua percepção sobre esses espaços nas cidades de Campinas e São Paulo. Para a autora, alguns usuários utilizam esse “cenário de uso” para compra ou consumo rápido de drogas, mas o cenário também permite o uso contínuo da substância por muitas horas seguidas do dia, sem se configurar, necessariamente, como um lugar de moradia. Mas, em contraponto, não há um impedimento para que muitas pessoas fiquem ali a maior parte do seu tempo em determinado momento de sua trajetória de uso:

Pelo seu afastamento e, em alguma medida, isolamento, tornam-se tipos de espaço que garantem a possibilidade de privacidade no uso de crack – o que faz com que muitos usuários da droga sigam para eles apenas para consumir a substância, voltando depois para os seus afazeres ou para os lugares que consideram mais significativos (RUI, 2012, p. 113).

No decorrer da minha trajetória como assistente social de uma equipe do CR, observo que as cenas de uso acompanhadas pelo referido serviço são locais de moradia para muitos dos usuários assistidos, onde várias malocas¹⁰ se juntam nesse circuito, configurando uma cena de uso prioritariamente de pessoas em situação de rua. Mas há também, nesses espaços, um público flutuante que os frequenta para uso e, em seguida, retorna para o seu domicílio (seja casa ou maloca que está estabelecida em outro ponto do território). Observa-se, também, por vezes, a chegada de pessoas com crachá ou uniforme de trabalho, além de pessoas que chegam a essas cenas em carros novos, aparentemente com maior poder aquisitivo, que compram sua substância, utilizam-na ali e saem da cena em seguida.

Rui (2012) ressalta a ambiguidade desses locais pois, podem fornecer abrigo e proteção durante o uso, mas, ao mesmo tempo, revelam-se perigosos, onde os usuários se tornam ora alvos, ora causadores da violência contra quem por ali passa. Isto se dá devido a um fator conhecido como "segregação fina", um conceito da territorialidade dos usuários de SPA desenvolvido por Fernandes e Pinto (2006), ao quais analisam que a territorialidade das atividades pode criar a "segregação fina", ou seja, divisões tão nítidas que se diferenciam as áreas de consumo.

Em minha trajetória nas regionais Norte e Nordeste de Belo Horizonte como assistente social do Consultório na Rua, observei a existência de uma delimitação geográfica desses espaços (um quarteirão específico de uma rua, uma praça, uma área de um parque público), mas há subdivisões em alguns deles (perto da lagoa no parque fica quem faz uso de maconha, nos fundos quem faz uso de crack e as malocas). Já no que se refere às delimitações simbólicas, há evidentes definições instituídas, definições essas que não são ditas como, por exemplo, a delimitação das drogas eleitas ou permitidas em cada cena. Há cenas para uso prioritário de álcool – com uso menos comum e mais discreto de cocaína inalada; cenas com uso de crack (onde há uma presença mais demarcada do tráfico circulando por esses espaços por meio “dos atividades¹¹”), em que, em alguns casos, adolescentes têm restrição de compra ou permanência

¹⁰ Nome dado pelas pessoas em situação de rua às moradias não convencionais construídas em vias públicas com materiais diversos como madeirites, lonas, cobertores, plástico, ou outros materiais que venham a ser encontrados nas vias públicas. As malocas são casas improvisadas que podem abrigar indivíduos sozinhos ou grupos para dormir, cozinhar, guardar seus pertences, em busca de fornecer um pouco de privacidade. Em alguns casos, a maloca pode servir como forma de uma relativa proteção às violências vivenciadas no espaço da rua (nota da autora).

¹¹ É conhecido como atividade a pessoa (geralmente jovem) que desenvolve atividades laborais junto ao tráfico, mas não possui relevância na hierarquia do tráfico organizado. Em algumas situações, pode ser identificado como o “olheiro”. Às vezes, o “atividade” desenvolve atividades pontuais a troco de uma fração de alguma droga para consumo e, por vezes, algumas pessoas em situação de rua são convocadas para esse tipo de trabalho.

para uso no espaço (os adolescentes não podem comprar na biqueira¹² ou usar crack na região); cena de uso de inalantes – em sua maioria composta por jovens e adolescentes. Dessa forma, tais “cenas” ou “cenários” possuem fronteiras e delimitações simbólicas para além de suas delimitações espaciais. A lógica da delimitação simbólica é facilmente perceptível para os trabalhadores do CR, bem como aos olhos da comunidade ao redor, o que dialoga com a definição de cena de uso, onde a “presença do outro é essencial tanto para a existência do espaço, em suas atribuições sociais, quanto para a existência da cena, em suas atribuições simbólicas” (GARCIA, 2017, p. 89).

Malheiro (2019), ao falar do Pelourinho, em Salvador – BA, identifica como “a face do Centro Histórico que o turista não vê”, referindo-se às cenas de uso de crack o que, nas palavras da autora, são um “cenário de completo abandono, pobreza e miséria”. A autora identifica as flutuações e mudanças que ocorrem na dinâmica das cenas a partir dos conflitos com a polícia ou com membros de outros pontos de tráfico.

As cenas atendidas pelo CR possuem similaridade com as perspectivas apresentadas pelas autoras, com ressalva à especificidade do CR, que atua restritamente junto às cenas com pessoas em situação de rua. Tais cenas possuem variação de público, contando com alguns pontos em que se localizam grupos numerosos, com dezenas de pessoas ocupando o mesmo espaço, e outros, com grupos mais reduzidos. Essas cenas se configuram como territorialidades itinerantes, situadas numa área urbana “sujeita a deslocamentos mais próximos ou mais distantes a depender do tipo de repressão ou intervenções exercidas, além das dinâmicas de suas próprias relações internas” (FRÚGOLI; SPAGGIARI, 2010, p. 3). As cenas são flutuantes e sua dinâmica depende de vários fatores externos, como a possibilidade de arrecadação financeira ou de algo para consumo, “mangueando¹³”, a qualidade da droga comercializada, a dinâmica do tráfico, a frequência de abordagens do serviço de fiscalização, abordagens policiais, dentre outros aspectos.

¹² Biqueira é o nome utilizado para o local onde o consumidor compra a substância psicoativa, local de venda. Em alguns territórios não é possível fazer o uso no local onde se busca a droga, permitindo apenas a compra e o deslocamento para consumo em outro local.

¹³ Manguear é a forma como as pessoas em situação de rua nomeiam o ato de pedir contribuições em dinheiro, alimentos ou outros itens, podendo ser uma estratégia de subsistência para suprir alguma necessidade ou desejo daquele momento. Ex: “Preciso manguear uma roupa limpa”; “Vou manguear uma comida, pois estou com fome”.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, considerando que esse formato de pesquisa possibilita uma compreensão mais aprofundada de certos fenômenos sociais, apoiada no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social face à configuração das estruturas da sociedade. Dessa forma, os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser (HAGUETTE, 2003).

O presente estudo utiliza o método da pesquisa etnográfica, que:

No exercício do olhar (ver) e do escutar (ouvir) impõe [...] à pesquisadora um deslocamento de sua própria cultura para se situar no interior do fenômeno por ele ou por ela observado através da sua participação efetiva nas formas de sociabilidade por meio das quais a realidade investigada se lhe apresenta (ECKERT; ROCHA, 2008. P.2).

No que tange ao *andar*, o percurso do etnógrafo acontece por meio da conjunção por vezes exitosa ou atirada que se dá na sua circulação no campo, onde seu percurso é embaralhado entre a orientação que ele deseja imprimir no seu itinerário e os itinerários permitidos pelos interlocutores. Em relação ao *ver*, o etnógrafo precisa ser incluído na paisagem desenhada, mas com uma autopercepção, com um ajuste de perspectiva entre a silhueta traçada de si próprio e a paisagem em volta, ajustando as proporções entre o observador e o cenário observado, que inclui coisas e seres e, entre esses, o próprio etnógrafo (SILVA, 2009).

Refletindo sobre a importância de o pesquisador estar atento ao seu lugar na pesquisa e suas possíveis interferências, Oliveira (1996) discorre sobre o *olhar*, *ouvir* e *escrever* no trabalho do antropólogo, apontando que a primeira experiência do pesquisador no campo é a domesticação teórica de seu *olhar*, pois esse objeto não escapa de ser apreendido pela nossa maneira de ver a realidade. O *ouvir* se apresenta como outro recurso de obtenção dos dados – o autor utiliza-se de uma metáfora para lembrar que a caminhada do pesquisador é sempre difícil e sujeita a quedas, pois o *ouvir* e o *olhar* não podem ser tomados como faculdades totalmente independentes no exercício da investigação. Para ele, ambos se complementam e servem ao pesquisador como duas muletas. O “*olhar* e o *ouvir* são, a rigor, funções de um gênero de observação muito peculiar (...) por meio do qual o pesquisador busca interpretar (...) a sociedade e a cultura do Outro ‘de dentro’, em sua verdadeira interioridade” (OLIVEIRA, 1996. P.31):

Os dados contidos no diário e nas cadernetas de campo ganham em inteligibilidade sempre que rememorados pelo pesquisador; o que equivale dizer que a memória constitui provavelmente o elemento mais rico na redação de um texto, contendo ela mesma uma massa de dados cuja significação é mais bem alcançável quando o pesquisador a traz de volta do passado, tornando-a presente no ato de escrever. Seria uma espécie de presentificação do passado (OLIVEIRA, 1996. P.31).

Anotar e registrar no diário de campo os fatos, cenários, falas, palavras ouvidas, suas percepções, as recorrências, as impressões vagas, os desconfortos, suas observações, seus questionamentos pessoais, torna-se fundamental para que o pesquisador tenha arquivado suas impressões. A escrita no diário de campo engaja o pesquisador de uma maneira que não pode deixá-lo indiferente, expressa-se como uma forma de tentar compreender o que os próprios sentimentos do pesquisador dizem do ambiente estudado (CHAUVIN; JOUNIN, 2015).

Se o *olhar* e o *ouvir* estabelecem a percepção da realidade observada na pesquisa empírica, o *escrever* se torna parte indissociável do pensamento, uma vez que o ato de escrever é simultâneo ao ato de pensar, e é no processo de redação que o pensamento caminha, encontrando soluções que dificilmente irão aparecer antes da textualização dos dados provenientes da observação sistemática. Para o autor, sua experiência indica que o ato de escrever e o de pensar são solidários entre si, e, juntos, formam praticamente um mesmo ato cognitivo. Sob posse dos registros de campo, a etapa da escrita na etnografia se revela como o momento que necessita de um esforço contínuo, no qual a escrita é refeita repetidamente. Esse esforço vai para além de buscar um aprimoramento do texto, mas também de melhorar a veracidade das descrições da narrativa, aprofundar a análise e consolidar os argumentos (OLIVEIRA, 1996). No trabalho etnográfico, a preparação para o trabalho de campo implica na construção de um tema, de um objeto de pesquisa e da determinação dos recortes teórico-conceituais. Porém, não é usual contemplar hipóteses iniciais de pesquisa, uma vez que estas surgem no decorrer do processo, avançando com a aproximação ao universo a ser pesquisado (ECKERT; ROCHA, 2008).

A escolha pelo método etnográfico se justifica por entender que ele permite “captar determinados aspectos da dinâmica urbana que passariam despercebidos se enquadrados exclusivamente pelo enfoque das visões macro e dos grandes números” (MAGNANI, 2002). A etnografia permite a apreensão das interações, das práticas sociais e de seus sentidos no desenrolar, no acontecer da vida social, coloca o pesquisador em contato com a cena no presente, isto é, quando ela se produz. Assim, realizar uma etnografia do Consultório na Rua de Belo Horizonte em atuação nas cenas de uso da cidade possibilitou captar particularidades

desses locais, compreender a sua dinâmica e a dos sujeitos (usuários do serviço e trabalhadores) para além dos estereótipos, pesquisando a atuação da política pública de saúde nesses locais. O método etnográfico foi fundamental para o contexto desta pesquisa, considerando que não seria possível captar muito do que ocorre nessas cenas por outros métodos, como entrevistas, por exemplo, dada a situação de marginalização (e criminalização) desses sujeitos, dos espaços que ocupam e de suas condutas.

Nesse sentido, acredito que minha experiência atuando cotidianamente como assistente social pelo CR nesses territórios me permitiu entender um pouco suas dinâmicas, saber como entrar no campo, estar atenta ao trajeto a ser percorrido sem atrapalhar “os atividades”; além de ter uma noção prévia de como me comportar nesses espaços, saber como e a quem pedir autorização para ter alguns acessos e, evidentemente, sem deixar de estar atenta às dinâmicas e a suas possibilidades de mudanças bruscas, não perdendo de vista que minha presença também pudesse afetar os espaços.

A pesquisa foi realizada nas cenas de uso atendidas pelas equipes do CR, buscando entender o que são e como são os territórios denominados *cenas*, observando as interações que ocorrem nesses locais, sejam entre os sujeitos que o elegem para uso, sejam entre esses e os trabalhadores que prestam serviço no CR. O estudo teve como participantes os frequentadores das cenas de uso selecionadas (Araribá com José Bonifácio, na regional Noroeste, e Parque Professor Guilherme Lage e Terrão do Andiroba¹⁴, na regional Nordeste), cujas interações entre eles e com a equipe do CR foram observadas e analisadas, além da realização de entrevistas semiestruturadas com 10 trabalhadoras¹⁵ das duas equipes do Consultório na Rua de BH que atuam nas cenas de uso estudadas. Considerando o universo de técnicos que compunham as duas equipes durante a pesquisa – doze trabalhadoras –, duas não participaram por incompatibilidade de agendas devido aos períodos de férias e, posteriormente, intervalo de contrato. Além disso, devido ao contexto epidemiológico da pandemia de Covid-19, as entrevistas foram realizadas por videochamada, evitando contato direto com as entrevistadas.

Inicialmente, foi estabelecido que seriam definidos, após o diálogo e a indicação das equipes do CR, dois usuários como “informantes-chave”. Por receio de que o nome “informante” pudesse ser interpretado de forma pejorativa no contexto das cenas de uso, nesta

¹⁴ O Terrão do Andiroba é a entrada da comunidade do Andiroba, local com chão de terra onde permanecem algumas malocas e casas de uso com PSR. No decorrer da pesquisa haverá um maior detalhamento do local.

¹⁵ Optou-se por utilizar pronomes femininos, referindo-me ao conjunto de técnicos do CR como “trabalhadoras”, considerando que o universo do serviço é majoritariamente feminino.

pesquisa chamei-os de interlocutores. Na dinâmica do território, entretanto, essa definição não aconteceu verbal ou formalmente. Ao final do campo, houve duas usuárias acompanhadas – Safira¹⁶ e Ametista – com quem tive maior vinculação, que permitiram maior interlocução, e percebo que, em vários momentos do campo etnográfico, tive meu olhar conduzido por elas, proporcionando maior familiarização e leitura do cenário, das informações sobre a dinâmica das cenas e sobre a vivência em situação de rua.

A etnografia das cenas de uso foi realizada no período de setembro/2021 a abril/2022. Em janeiro de 2022, houve uma reestruturação do serviço na cidade, e sua nomenclatura foi alterada para Consultório na Rua, com a criação de quatro novas equipes na cidade e a inclusão de um profissional médico nas equipes. Houve alterações na composição das equipes que resultaram na inclusão de seis novas trabalhadoras como sujeitos de pesquisa no campo etnográfico, e uma trabalhadora foi incluída como pessoa citada, sem estar no campo etnográfico ou ter participação nas entrevistas.

A escolha pela técnica de entrevista semiestruturada com os trabalhadores se deu por considerar a possibilidade de interação entre pesquisador e pesquisado, tornando-se um instrumento privilegiado de coleta de dados ao obter informações diretamente construídas no diálogo com os entrevistados, sendo possível discorrer aprofundando no tema, sem a necessidade de se prender às perguntas estabelecidas inicialmente, com a reflexão do próprio sujeito sobre a realidade em que vive (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2016).

Foi elaborado um roteiro prévio, que teve a função de coletar as informações básicas e, também, de se tornar um meio para que o pesquisador pudesse se organizar para o processo de interação com o informante (MANZINI, 2004). Nele, foram formuladas perguntas iniciais norteadoras, relacionadas aos objetivos da pesquisa, as quais serviram para preparar e organizar a pesquisadora para a coleta de informações. No momento da entrevista, conforme o diálogo foi se desenvolvendo, foi-se aprofundando nos questionamentos, deixando os entrevistados livres para discorrer e refletir sobre as questões norteadoras inicialmente apresentadas.

Em relação aos territórios selecionados para o desenvolvimento da pesquisa, optou-se, inicialmente¹⁷, por uma cena da regional Nordeste e uma cena da regional Noroeste, conforme detalhamento a seguir:

¹⁶ Os nomes dos usuários acompanhados em campo foram substituídos por nomes fictícios de rochas e minerais.

¹⁷ Houve alterações nos territórios estudados após as primeiras imersões no campo, o que será explicado no Capítulo “A pesquisa”.

- A cena de uso da regional Noroeste escolhida foi a rua Araribá, no bairro São Cristóvão. Essa cena de uso é uma das mais conhecidas da cidade e possui grande circulação de pessoas. Durante o levantamento bibliográfico, foram identificadas características importantes do planejamento urbano da cidade de Belo Horizonte que se relacionam com a região do bairro Lagoinha, o que foi critério definidor para seleção da cena.
- A outra cena de uso selecionada foi o Parque Municipal Professor Guilherme Lage, no bairro São Paulo, uma cena atendida pelo CR que chega a comportar dezenas de usuários ao mesmo tempo. A escolha dessa cena se deve às características do parque, que é muito conhecido por ser um equipamento público que comporta uma cena de uso e, também, pela familiaridade da pesquisadora, tendo atuado como Assistente Social da equipe do CR Norte¹⁸. Dessa forma, o conhecimento prévio dessa cena foi um facilitador, considerando o vínculo com alguns usuários que ainda permanecem nos locais, e por conhecer um pouco do território.

Inicialmente, a escolha por etnografar as duas cenas, teve como intenção uma maior familiarização com esses locais, com a pretensão de chegar junto à equipe, observando os deslocamentos que ocorrem a partir da chegada do serviço no território. Em outros momentos, pretendia estar nesses locais antes da equipe chegar para observar possíveis diferenças e alterações nas interações e dinâmicas presentes nas cenas. Entretanto, no cotidiano, considerei insensato estar sozinha durante o período curto de campo (setembro/2021 a abril/2022), o que não permitiria tempo suficiente para a articulação da entrada e permanência no local. Dessa forma, durante todo o campo etnográfico, estive sempre acompanhada das equipes CR nos territórios.

Durante o percurso etnográfico eu me encontrava com as equipes em equipamentos públicos da respectiva regional, previamente combinados, com início às 14h (início do expediente de trabalho do CR). Em todos os dias de atividade de campo utilizei a camisa de uniforme do CR como forma de identificação no território, me deslocando pelos territórios de van ou a pé, sempre acompanhada pelos trabalhadores do CR. Busquei ter uma postura de maior observação e menor interferência, aprofundando o diálogo com os sujeitos que me permitiam maior abertura. Nos trajetos entre um ponto e outro eu conversava com as trabalhadoras, perguntava sobre as percepções delas, opinava sobre minha percepção das situações e, por

¹⁸ Anteriormente à ampliação das equipes CR com a implantação da equipe CR Nordeste, o bairro São Paulo era atendido pela equipe CR Norte devido a sua proximidade.

vezes, algumas delas me chamavam para acompanhar o atendimento de algum sujeito que pudesse trazer contribuições com a pesquisa.

Em campo, observei as interações entre os usuários e destes com as equipes, momento em que foram coletadas informações oriundas das conversas informais que acontecem nas cenas de uso e registradas, quando possível, em rascunhos, considerando-se que avaliei não ser interessante utilizar caderno de campo e gravador nas cenas. Apesar da facilidade e riqueza de detalhes obtidos por meio de gravação, nem esse recurso, nem o caderno de campo foi utilizado durante o campo, por se tratar de locais que rotineiramente são alvo de abordagem policial, o que de alguma forma poderia gerar desconfiança sobre um possível repasse de informações e/ou acionamento da Polícia Militar ou Guarda Municipal.

Inclusive, as trabalhadoras das equipes evitam a utilização de aparelhos celulares em campo, utilizando-os para fotografias em momentos muito específicos, com autorização dos sujeitos do território, e sempre mostrando o que está sendo feito quase de forma teatral, para tentar garantir uma transparência do que estão fazendo sem gerar desconfianças. Dessa forma, os registros foram feitos, quando possível, durante a permanência nas cenas de uso para evitar esquecer os detalhes. E, imediatamente, cada vez que deixava a cena de uso, gravava notas de áudio no aparelho celular sobre todo o dia de campo, com a maior riqueza de detalhes possível, registrando, também, minhas observações e percepções. Nesse sentido, tentei não me expor tanto ao realizar os registros, anotando principalmente frases muito importantes pelo receio de me esquecer do que foi falado na íntegra.

As entrevistas tiveram uma duração média de trinta e nove minutos e foram realizadas por videochamada, através de ligação de WhatsApp. O áudio dessas entrevistas foi gravado e posteriormente transcrito. Os dados obtidos foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática, conforme proposto por Bardin (1977). A análise de conteúdo pode ser compreendida como uma ferramenta de análise das comunicações que faz uso de procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens. Dessa forma, o conteúdo transcrito das entrevistas é organizado por eixos temáticos, em seguida, é realizada a análise de acordo com a frequência com que esses temas foram citados e, em um terceiro momento, é realizada a análise transversal, em que o conteúdo transcrito é recortado e agrupado nos eixos temáticos inicialmente organizados.

Para além de uma técnica e procedimento de análise de dados, a análise de conteúdo é reconhecida como um método, cujo objetivo é demonstrar os propósitos das mensagens, por meio da descoberta de conteúdos e de estruturas que confirmem ou infirmem as

perguntas/hipóteses da pesquisa, proporcionando o entendimento de significações de mecanismos os quais, a princípio, não se compreendia.

O estudo teve como norteadora a atual Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as diretrizes e normas acerca de pesquisas que envolvem seres humanos. Os procedimentos metodológicos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou – Fiocruz Minas e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte (doravante, PBH). Antes da entrevista, os participantes trabalhadores do CR receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando com a participação voluntária na pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO: ETNOGRAFIA DAS CENAS DE USO

Casa de Papelão - Criolo

*Olhos nos olhos
Sem dar sermão
Nada na boca
E no coração
Seus amigos são
Um cachimbo e um cão
Casa de papelão*

*Olhos nos olhos
Preste atenção
Olha a ocupação
Só ficou você
Só restou você
Uivo louco, sangue em choro
Pra agradar opressão*

*Não de foice ou faca
Esquartejada alma amarga, amassa lata
Estoura pulmão
Toda pedra acaba, toda brisa passa
Toda morte chega e laça
São pra mais de um milhão
Prédios vão se erguer e o glamour vai colher
Corpos na multidão...*

*Na minha mente várias portas
E em cada porta uma comporta
Que se retrai e às vezes se desloca
E quantos segredos não foram guardados nessa maloca?
Flutuar no céu poluído da cidade e beber toda sua mentira
Esperança mingua, torneira sem água
Moeda? É religião que alicia
Vamos cantar pra nossos mortos
Vamos chorar pelos que ficam
Orar por melhores dias
E se humilhar por um novo abrir*

*Não de foice ou faca
Esquartejada alma amarga, amassa lata
Estoura pulmão
Toda pedra acaba, toda brisa passa
Toda morte chega e laça
São pra mais de um milhão
Prédios vão se erguer e o glamour vai colher
Corpos na multidão*

5.1 A pesquisa

Nesta pesquisa etnográfica, tive como campo de estudo as cenas de uso da rua Araribá e do Parque Professor Guilherme Lage, buscando compreender a atuação do CR no atendimento à população em situação de rua no espaço da rua e das cenas públicas de uso de drogas em Belo Horizonte. Nesse sentido, a pesquisa previa a entrada em campo simultânea no Parque Professor Guilherme Lage e na rua Araribá, acompanhando as equipes do CR nesses locais.

Como pesquisadora, eu precisava de apoio de pessoas que possuíam boa entrada nesses locais para me inserir, pois trata-se de locais onde há pessoas em prática de atividades ilícitas, e minha chegada poderia gerar desconfiança e insegurança durante a permanência nos territórios. Dessa forma, as trabalhadoras¹⁹ do CR seriam as facilitadoras para uma inserção mais segura nessas cenas.

Os locais por onde circulei soavam-me como familiares por já terem sido meus territórios de atuação no trabalho. Entretanto, por mais que me considerasse como uma “de dentro”²⁰ (considerando que é meu ambiente de trabalho e que os técnicos das equipes são meus colegas), quando refletia sobre os demais sujeitos da pesquisa (pessoas em situação de rua acompanhadas pelo serviço), havia uma percepção muito demarcada dos meus privilégios e acessos (pessoa cisgênero, com acesso à educação formal, branca, com vínculo de trabalho formal, acesso à moradia, renda fixa etc.) em comparação com a realidade vivenciada por esses sujeitos. Sendo assim, quando estava junto aos sujeitos que frequentam as cenas de uso, percebia-me como uma “de fora”, com realidade de vida muito distante. Por outro lado, percebia-me também como uma “de fora que cabia nessa paisagem”, a partir do trabalho que presto no SUS e na PBH, serviço familiar a essas pessoas, o que me faz sentir-me acolhida nesses locais. Já na relação com as trabalhadoras (que também são sujeitos da pesquisa) no campo²¹, por mais que elas soubessem do meu lugar duplo (pesquisadora e coordenadora), minha percepção foi a de que, nesse espaço eu era uma “de dentro”. Ali havia uma familiaridade maior, temos vidas com realidades mais próximas e uma construção de trabalho em comum.

¹⁹ Considerando que o universo da pesquisa é majoritariamente feminino, onde apenas 16% dos trabalhadores das equipes acompanhadas são homens, optei por tratar todos os trabalhadores do serviço no feminino.

²⁰ Ver Magnani: *De perto e de dentro: Notas para uma etnografia urbana* (2002).

²¹ É relevante demarcar que as ações das equipes CR nos territórios também são nomeadas por eles como “campo”, como por exemplo: “Hoje faremos campo de testagem de sífilis”; “vamos fazer campo na trincheira”. Dessa forma, por vezes a palavra “campo” será aqui utilizada com sentidos diferentes, a de campo etnográfico da pesquisa e campo enquanto atuação das equipes CR no território.

Na minha rotina de campo etnográfico, eu buscava memorizar a maior riqueza de detalhes possível, tentava enxergar o cenário me concentrando para reproduzir no texto essa realidade da forma mais vívida possível, que possibilitasse ao leitor uma maior dimensão daquele universo. E, ao finalizar o dia no campo, imediatamente eu registrava, por áudio, no meu celular pessoal, detalhadamente os nomes, por onde circulamos, minhas impressões, as frases que eu ouvi (algumas delas rascunhadas em algum pedaço de papel ao longo do dia para não perder a informação). Ao chegar em casa, assim que possível, eu transcrevia de forma livre esses áudios, elaborando meu diário de campo, registrando comentários e observações.

Por vezes me questioneei se meus registros estavam sendo muito detalhistas, se minhas observações eram apenas uma descrição ou narrativa detalhada, sem desenvolvimento analítico e científico. Senti-me mais confortável ao compreender que os textos trazidos pelos “etnógrafos precisam convencer-nos não apenas de que eles mesmos realmente 'estiveram lá', mas ainda de que, se houvéssimos estado lá, teríamos visto o que viram, sentido o que sentiram e concluído o que concluíram.” (GEERTZ, 2009. P.29). Assim, percebi que o detalhamento dessa narrativa possibilitaria (e esta é a intencionalidade que coloquei na escrita) que os leitores se percebessem naquele local, que a leitura provocasse reflexões e emoções, que transmitisse um pouco do que eu senti em campo, que possibilitasse certa compreensão do universo estudado.

Para Geertz (2009), o fazer etnográfico se traduz na dicotomia do “estar lá” (referindo-se ao trabalho de campo), e do “estar aqui” (momento da escrita etnográfica). Na fase do “estar aqui”, a “função autoral” sempre irá se apresentar na escrita, pois, por mais que haja um esforço individual de reflexão sobre o lugar do etnógrafo na pesquisa e a busca por alguma “neutralidade”²², é indiscutível que parte da subjetividade do autor é transposta para o texto. Nesse sentido, é fundamental ter a consciência de que até mesmo a escolha de para onde olhar contém um pouco do autor e, conseqüentemente, da sua influência no cenário pesquisado. Por isso, no que tange à escrita etnográfica, por mais detalhista que seja, por mais que busque construir uma reprodução objetiva desse universo, essa escrita não está livre das suas impressões e da sua forma de ver o mundo, assim, é fundamental ao pesquisador o desenvolvimento de um olhar treinado e consciente (GEERTZ, 2009).

Há um paradigma no instante da escrita, momento de elaborar o vivenciado no campo, onde se apresenta uma dualidade na pesquisa etnográfica. De um lado, há uma tendência ao

²² Coloco aspas partindo da perspectiva de que não existe neutralidade na pesquisa, pois a atividade do cientista não é neutra ou imparcial, e suas decisões são feitas "quando o cientista escolhe certa definição de seu objeto, decide usar um determinado método e espera obter resultados" (CHAUÍ, 1988, p.5).

cientificismo, um rigor detalhista para transparecer o real observado, que acaba impossibilitando o pesquisador de captar elementos importantes do campo. Com isso, ele perde a percepção de parte do que aquela cultura tem, incorrendo, portanto, no etnocentrismo. Os sujeitos, nesse caso, são tratados com tanta objetividade e distanciamento a ponto de, nas palavras de Geertz (2009), “[se] ouvir as palavras e não a música”; de outro lado, coloca-se outra armadilha: a tendência a tratar o sujeito pesquisado como “boneco”, a partir de um olhar tão afetado, que acaba resultando em uma narrativa do imaginado pelo etnógrafo. Essa percepção romantizada se traduz no ato “de ouvir a música que não existe”, o que também recai no etnocentrismo. Nesse contexto, considerando a complexidade da pesquisa etnográfica, o desafio colocado para o pesquisador está na busca de equilíbrio, construindo uma perspectiva que não recaia na objetificação, nem, no outro extremo, na idealização apaixonada desses sujeitos.

Ao considerar que não é possível me esquivar do “fardo da autoria” (nas palavras de GEERTZ, 2009), pois reconheço que parte da pesquisadora está impressa na presente pesquisa, o exercício da escrita me levou à busca de construir um registro feito por uma pessoa familiarizada com esses locais (cenas de uso atendidas pelo CR), em um determinado recorte de tempo (setembro/2021 a abril/2022).

A partir da minha entrada em campo e, principalmente, ao analisar por diversas vezes as entrevistas, desenvolvi um novo exercício de compreensão dessa realidade. Por meio da pesquisa, percebi que o meu olhar sobre o CR perpassava três perspectivas: a da trabalhadora de ponta, a da coordenadora na gestão do serviço e a da pesquisadora.

A perspectiva da trabalhadora da ponta²³ advém de uma leitura sobre o território e os sujeitos acompanhados, da boa circulação no território, da construção cotidiana do cuidado em saúde junto aos usuários, à rede socioassistencial e à minha equipe. Acredito que esse lugar me ensinou muito do manejo, me amadureceu na compreensão dos condicionantes sociais em saúde, aprimorou minha escuta como assistente social e me trouxe a necessidade de me tornar uma profissional mais inventiva, de pensar “fora das caixas”. A partir desse lugar eu me sentia com maior facilidade para circular nos territórios, era reconhecida pelos sujeitos, tinha inclusive uma troca afetiva com alguns usuários.

²³O termo “trabalhadores da ponta” será utilizado para indicar os trabalhadores que se ocupam da implementação das políticas públicas, os trabalhadores que executam a política “na ponta”, ou seja, mais próximo da população atendida, dos territórios e conseqüentemente da realidade da vida desses sujeitos.

Já a perspectiva da coordenadora na gestão do serviço me possibilitava um olhar de totalidade sobre sua realização na cidade, uma leitura ampliada dos territórios, das equipes e do serviço junto à rede de saúde do SUS em todas as regionais de Belo Horizonte. Esse olhar trazia uma complexidade maior na percepção sobre o serviço e sobre como gerir as equipes, que, apesar de ser o mesmo em várias regionais, trazia o desafio da gestão de pessoas e da relação com a rede, que é diferente em cada regional. Na gestão, tive a impressão de ter que lidar no processo de trabalho com oito “pequenos mundos” (representados por cada equipe), onde a forma de lidar e construir com cada equipe trazia suas potencialidades e desafios particulares. Às vezes, uma construção que era muito possível para uma equipe, na outra era um desafio ou até mesmo inviável.

Ainda na perspectiva da coordenadora, até mesmo meu olhar sobre os sujeitos era diferente. Com um olhar de fora da realidade cotidiana, percebia nuances e possibilidades de construção de cuidado que, por vezes, dentro da equipe eu não perceberia. Acredito que essa percepção vem tanto do lugar da gestão, que é um olhar um pouco mais amplo, como da construção de um repertório de trabalho que me amadureceu ao longo dos anos. Esse olhar de fora da equipe, mas de dentro do serviço, me possibilitou uma habilidade maior de lidar com as situações e com a construção de cuidado.

A nova perspectiva, dessa vez como pesquisadora, me mostrou que, apesar de ser alguém “familiar” e “de dentro”, foi possível exercitar um olhar analítico “de fora”, refletindo sobre diversos aspectos relacionados à atuação do Consultório na Rua que nunca havia percebido. O campo, os relatos dos usuários, as situações vivenciadas me eram familiares, entretanto, quando eu estava “no gabinete”, na análise dos dados colhidos, das entrevistas, refletindo sobre cada situação vivenciada em campo, percebia aspectos sobre a atuação até então desconhecidos.

Durante a pesquisa, em alguns momentos esses lugares se esbarravam. Em campo, mesmo buscando ficar num lugar de observação, houve algumas situações em que entrei, atendi e a assistente social se fez presente. Houve um momento que um usuário atendido me reconheceu como a coordenadora e brincou com a companheira: “Olha quem está ali! Você sabe quem é? É a chefe deles todos”. Rimos da situação e eu perguntei como ele sabia (na tentativa de identificar algo que eu pudesse mudar no meu comportamento para ser menos percebida como “a chefe”). Ele me disse que me viu no Colóquio do Consultório na Rua, do qual ele participou de uma das mesas, e rimos da situação. Apesar de terem informações sobre a minha pesquisa e me perguntarem cotidianamente na van sobre o que eu estava vendo, como

andava a pesquisa, eu percebia também que, para as trabalhadoras, não se desligava a ideia de que a coordenadora estava lá com elas, e talvez a organização para me receber estava atrelada a esse lugar da chefia.

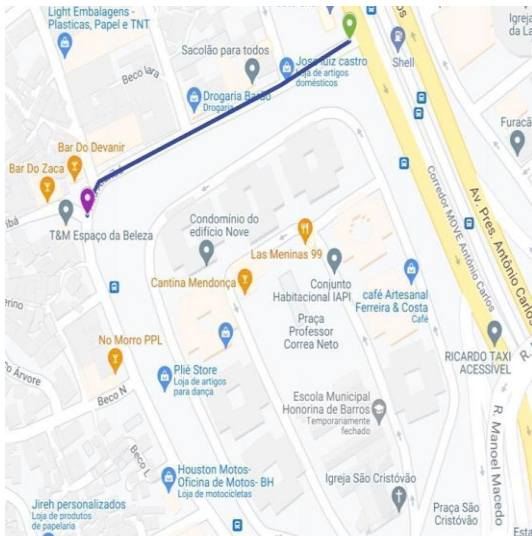
Mesmo sendo familiarizada com territórios similares (ou no próprio território, no caso do Parque Professor Guilherme Lage), quando cheguei ao campo como pesquisadora, percebi que o contexto era diferente do que eu havia imaginado e planejado. Notei que a logística de ir a campo com a equipe apenas nesses pontos específicos (Cena de Uso da Araribá e Cena de Uso do Parque Professor Guilherme Lage) traria limitações que me fariam perder outras informações relevantes desses territórios de forma mais fluida. Como, por exemplo, a riqueza de informações obtidas no deslocamento junto aos usuários e à equipe na van, onde conversavam sobre a dinâmica territorial, sobre acontecimentos recentes e sobre situações que diziam respeito a outros pontos do território.

Foi perceptível que a definição do campo não é absoluta, sendo que a fixação do meu olhar no Parque Professor Guilherme Lage e na rua Araribá trouxe um enrijecimento para a pesquisa. Percebi que a dinâmica da rua José Bonifácio e arredores estava diretamente relacionada com a rua Araribá, e o Terrão do Andiroba e arredores tinham relação importante com o Parque Professor Guilherme Lage; esses lugares possuem um sentido de complementaridade, não sendo possível construir meu olhar a partir de uma delimitação restrita (física ou burocrática) desses locais.

Neste sentido, foi preciso redefinir meu campo de estudo, acompanhando a equipe durante parte do dia de trabalho, circulando pelas áreas de atuação no território, na tentativa de captar um pouco mais desses espaços e da vivência das pessoas que os habitam. Abandonei, portanto, o rigor de só estar em pontos específicos, e mantive a opção de ir a campo preferencialmente nos dias em que a equipe tivesse planejamento de atividade nos lugares que são meu campo de pesquisa, com um olhar ampliado desses territórios.

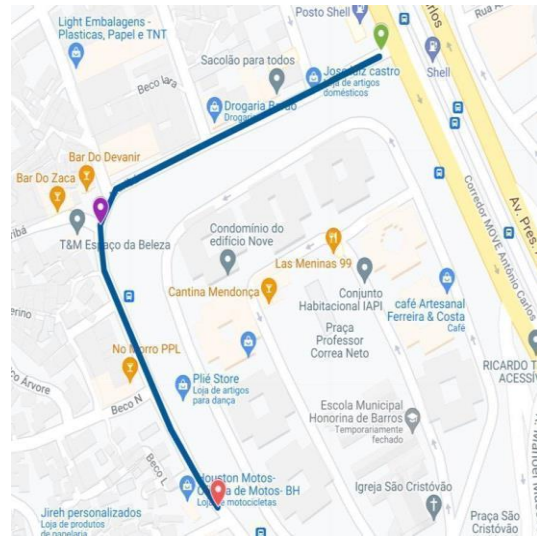
Em campo, ampliei meu olhar – que inicialmente se restringia à rua Araribá –, contemplando também a rua José Bonifácio e seus arredores, pois entendi que ela funcionava como uma extensão da cena de uso da Araribá: havia uma conexão entre a dinâmica desses lugares que, na prática, funcionavam como uma grande cena de uso. A ligação entre essas duas ruas pode ser vista nas figuras 1 e 2.

FIGURA 1 - Proposta de campo inicial:
Rua Araribá



FONTE: Google Maps com edição da autora

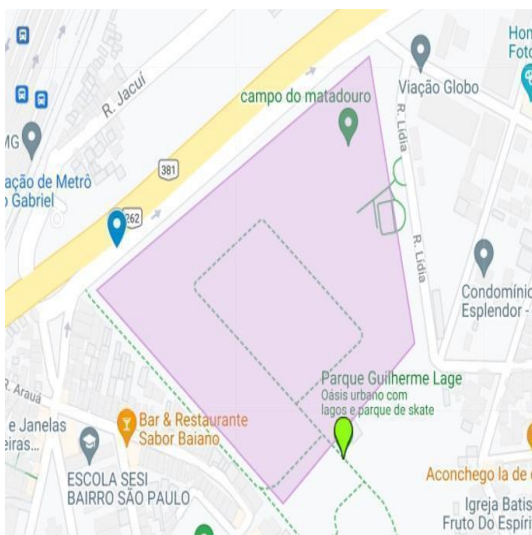
FIGURA 2 - Proposta de campo atualizada:
Ruas Araribá e José Bonifácio



FONTE: Google Maps com edição da autora

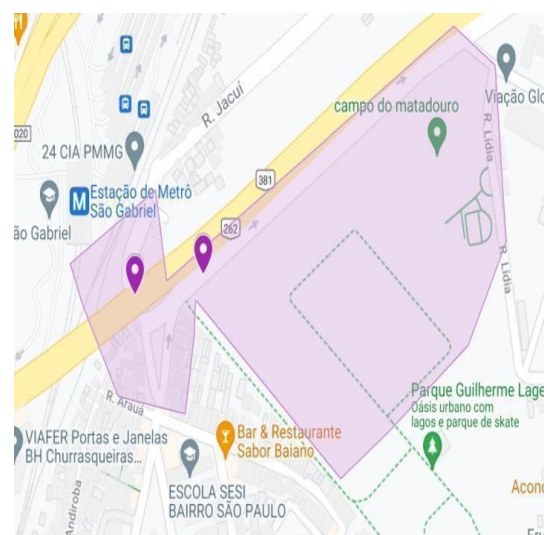
Na regional Nordeste entendi que parte considerável dos usuários circulavam em ambos os locais, pois a droga utilizada no parque era comercializada na comunidade Andiroba, existia uma ligação entre esses locais. Dessa forma, foi importante ampliar minha proposta de campo inicial, que se restringia à cena de uso no Parque Professor Guilherme Lage, para os arredores do parque e para o Terrão do Andiroba, conforme as figuras 3 e 4.

FIGURA 3 - Proposta de campo inicial:
Cena de Uso no Parque Professor Guilherme Lage



FONTE: Google Maps com edição da autora

FIGURA 4 - Proposta de campo atualizada:
Parque Professor Guilherme Lage, arredores e Terrão do Andiroba



FONTE: Google Maps com edição da autora

Para além da ampliação da demarcação desses locais, que são centrais para a presente etnografia, considerei, também, como campo etnográfico, a circulação junto às equipes pelos

demais locais nas regionais, averiguando outras possibilidades de observação que pudessem surgir a partir do acompanhamento dos usuários atendidos no território.

Quando iniciei o campo na rua Araribá, me lembrei desse local como familiar, porque o reconheci como o lugar próximo do trabalho da minha mãe e lugar de passagem para mim ao longo da vida. Entretanto, apesar de conhecer a rua e entender que se “eu entrar aqui eu saio em tal lugar”, essa minha suposta familiaridade era superficial e tinha relação apenas com a localização geográfica ou se tratava de um breve reconhecimento do local. Essa suposta familiaridade me remeteu à ideia de Velho (1980), sobre o esforço na pesquisa antropológica de transformar o exótico em familiar e o familiar em exótico, pois o que “sempre vemos e encontramos pode ser familiar mas não é necessariamente conhecido e o que não vemos e encontramos pode ser exótico mas, até certo ponto, conhecido” (P. 126). Percebi que desconhecia a dinâmica desse espaço, as pessoas que ali habitavam e suas histórias; desconhecia a vida desse local, apesar de uma aparente familiaridade (ressaltando que eu também não tinha uma expectativa diferente, mas foi uma percepção que me veio durante o campo).

Acredito que, aos poucos, fui me deslocando do lugar de coordenadora nesse espaço, tentando compreender a atuação do CR na perspectiva da pesquisadora, exigindo uma mudança de posição para visualizar com certo distanciamento, com um olhar ampliado, entendendo essa narrativa por outra lógica. Uma lógica que não é a do processo de trabalho na perspectiva da gestão, mas de entender como esses sujeitos (as trabalhadoras) realizavam esse trabalho na ponta, no território. São elas que fazem esse serviço acontecer para o usuário, elas se revelam como a imagem do serviço, “os de camisa branca”, o “pessoal da saúde que chegou”. Eu sou a desconhecida desse lugar, mas sou acolhida pelos usuários porque também estou com a camisa branca, e as trabalhadoras “me emprestaram” temporariamente o vínculo delas para que eu pudesse observar a partir desse lugar.

Dentre as dez trabalhadoras entrevistadas, participaram da entrevista duas profissionais de cada categoria profissional, divididas igualmente entre as duas equipes entrevistadas (Noroeste e Norte). Seis delas se autodeclararam negras (incluindo pretos e pardos de acordo com a classificação do IBGE), três se autodeclararam brancas e uma amarela. Sobre o gênero das entrevistadas, sete delas são mulheres cisgênero, dois homens cisgênero e 1 homem transgênero. Em relação ao tempo de atuação no CR, sete delas possuíam de um a dois anos de atuação, duas, de três a quatro anos, e uma possuía mais de sete anos. Sobre a renda, quatro das entrevistadas declararam ter uma faixa salarial entre 1 e 2 salários-mínimos, quatro delas, entre 2 e 3 salários-mínimos, e quatro delas de 3 a 4 salários mínimos. Sobre a escolaridade, uma

entrevistada declarou possuir ensino fundamental completo, duas declararam ter o ensino médio completo, duas, ensino superior incompleto, uma, ensino superior completo, e quatro declararam ter pós-graduação completa.

5.2 Parque e Terrão: “É saber chegar, respeitar aquele espaço que o usuário elegeu”

O Parque Professor Guilherme Lage é um parque ecológico municipal que fica no Bairro São Paulo, na região Nordeste de Belo Horizonte. Há uma portaria principal, onde acontece a entrada das pessoas que o visitam, sendo que os usuários de SPAs fizeram, no muro, uma “abertura alternativa” por onde entram e permanecem no local. Em entrevista²⁴, Dália²⁵ contou que o parque possuía três entradas diferentes: “Uma que é muito próxima do Andiroba, (...) os usuários fizeram um buraco na cerca e eles pulam para dentro do parque muito próximo da cena de uso, que fica num corredor reto, assim no meio das árvores”. A outra entrada seria nos fundos, perto de um campo de futebol, e a entrada principal, com uma divisão simbólica importante:

Alguns usuários ficam ali próximo desse buraco da cerca, usuários de álcool ficam na parte de baixo, e a população parece que se afasta disso. Então, fica entrando e tentando entender. (...) É um parque lindo, muito arborizado, no meio da cidade, mas realmente é pouco utilizado pela população, parece que tem receio, e esse estigma dos usuários que ficam ali, em uso de crack e outras drogas também. (Dália).

Usualmente, o CR atende os usuários nessa “entrada alternativa”, onde está a entrada da cena de uso. Margarida cita que utilizam como “estratégia específica, (...) o ‘respeito’. É saber chegar, respeitar aquele espaço que o usuário elegeu. Porque, por mais que seja público, é um espaço que ele reservou para este uso”. Margarida conta que os técnicos da equipe nunca chegam sozinhos, e entram pedindo uma certa permissão para o usuário, cumprimentando de longe: “Oi, está tudo bem? Quer uma água? É o Consultório de Rua”. Então, sempre com esse respeito ao se aproximar do usuário” E quando chegam pela parte externa, pelo buraco da cerca, de dentro da van já ficam atentos para ver como que está a movimentação, “por onde que é melhor, ah tá muito agitado ali, tem muito usuário, se a gente parar vai vir muita gente, não vai ser legal como na outra entrada” e, assim, a equipe segue entrando, abordando, conversando:

²⁴ Durante a transcrição das entrevistas mantive o registro o mais próximo possível da oralidade.

²⁵ Os nomes das trabalhadoras do CR foram substituídos por nomes fictícios de espécies de flores.

A gente é sempre recebido, e sempre vai ter um usuário que a gente já conhece, que está ali, que sabe do serviço. Mas no geral a gente vai se apresentando mesmo, não existe, nunca existiu uma negação. Mas existe momento que a gente vai, não tem ninguém, existe momento que a gente vai e sente um clima muito esquisito, uma tensão geral de todos eles, e aí gente não fica muito. Tem vezes da gente tentar entrar e já ser sinalizado que não era um dia bom pra entrar pelos próprios usuários que conhecem a gente, então eu sinto que o parque é um campo que precisa fazer uma leitura antes de poder realmente entrar (Margarida).

Percebi em campo que, geralmente, a equipe conhecia a maioria das pessoas que ali estavam, e era reconhecida por grande parte das pessoas que estavam no parque, entretanto, sempre que se localizavam pessoas novas, precisava se apresentar, e os próprios usuários sinalizavam aos novos usuários que poderiam ficar tranquilos com a presença do CR.

Sobre a dinâmica da cena de uso:

Tem momentos no parque que tem muita gente, e tem momentos que não tem ninguém, você vai ali e vê dois, três, são os que estão ali resistindo mesmo. Mas agora mesmo, teve um campo lá que estava lotado de gente, e tinha um monte de gente nova. O parque tem um movimento que não é contínuo (...) tem também uma separação de quem está ali. Tem uma parte do parque que fica mais as pessoas em situação de rua, mais os usuários, que são as pessoas que a gente atende, ficam ali mais no fundo do parque (...). E tem mais outro canto do parque, a galera que não está em situação de rua, que já tem uma grana, mas que ainda assim faz uso do parque, inclusive para fazer uso de drogas (Margarida).

Os atendimentos do CR também aconteciam dentro do parque, com estratégia de Redução de Danos na medida em que os sujeitos a aceitavam. Lírio contou que já foram feitas ações de vacinação lá dentro de forma estratégica, considerando a circulação de usuários nesse local. Segundo ele, também tem uma cena de profissionais do sexo atendida pelo CR na lateral do parque, que a equipe nomeia como “a pista”, embora, às vezes, o parque também seja utilizado para o trabalho sexual.

Atuei como assistente social em uma das equipes do CR de 2018 a 2020, e o Parque Professor Guilherme Lage foi um dos meus campos de atuação. Trata-se de uma cena de uso onde havia momentos em que encontrávamos 10 ou 15 malocas lá dentro, enquanto em outros não tinha ninguém. Já houve dias de abordar cerca de 60 pessoas no local, em outros dias, o parque estava vazio, com no máximo umas cinco pessoas. Em alguns momentos, foi possível o serviço fazer campo com testagem de ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis), atividades de arte educação e até uma festa junina com os usuários, com comidas e forró, mas nos dias em que havia planejado iniciar o campo isso não foi possível. A atuação do tráfico nas duas comunidades próximas (Andiroba e 12) interfere na dinâmica do parque, que é conhecido também como local utilizado para tortura, homicídio ou desova de corpos.

Durante o campo, fiz um esforço de observação maior para descrever essa entrada dos fundos do parque. Essa lateral tinha umas três malocas (uma delas, a do Xisto e da Ametista, que cito mais adiante) e, um pouco mais a frente, bem no buraco da tela, havia muito acúmulo de lixo, cascas de legumes, comida velha, um sofá, muito entulho, por vezes havia animal morto com um odor fétido, copos descartáveis jogados e garrafas. O que me fez refletir que grande parte daquele lixo não é descartado pelos usuários, mas que os moradores do bairro usam essa lateral como uma espécie de bota-fora clandestino. Eventualmente, vemos pessoas em situação de rua coletando material nesse amontoado.

Há ainda uma dinâmica comum de funcionamento entre parque e a rampa de acesso à estação Primeiro de Maio do metrô, que a equipe CR nomeia como o “Caracol do metrô”, e a entrada da Comunidade do Andiroba, que a equipe nomeia como “Terrão”. Camélia destaca que é preciso ter uma expertise muito grande nesse território, porque ele é muito próximo da comunidade e muito próximo do tráfico de drogas.

O teto do Terrão é, na verdade, a base do Anel Rodoviário, que passa por cima de uma parte da comunidade e, bem alto, nos fundos, passa o metrô. Nesse espaço, há algumas malocas com um pouco mais de estrutura, algumas casas de uso²⁶ no espaço de terra (terrão) e outras um pouco mais adiante, dentro da comunidade. É possível visualizar, também, um amontoado grande de lixo e, por detrás do lixo, “os atividades” (parte considerável deles são pessoas em situação de rua), vigiando se há alguma viatura policial se aproximando. Caso surja alguma viatura, logo começam a gritar “Azul, Azul, Azul”, e a equipe CR se retira porque “deu azul”, ou seja, a polícia está entrando no território²⁷.

A atuação nas cenas de uso requer uma leitura apurada da dinâmica territorial, o que traz desafios para o serviço. “O desafio é a dinâmica mesmo, da observação, do dia a dia, (...) cada dia é um dia diferente. Tudo pode mudar, tudo pode virar, entendeu?” (Camélia). Considerando as particularidades desses territórios, a equipe Nordeste precisa utilizar algumas técnicas para se manter presente nesses locais, e em segurança. Nesse sentido, Camélia orienta que:

²⁶ São locais privados, comumente utilizados por diversas pessoas, não necessariamente ao mesmo tempo, para realizar o uso de drogas de maneira mais protegida ou para o trabalho sexual. Usualmente, o proprietário da casa recebe algo em troca pela cessão do uso do espaço, podendo ser dinheiro ou, grande parte das vezes, em troca de uma porção da droga.

²⁷ Diferentemente do Andiroba, na região da Pedreira Prado Lopes, onde estão as cenas de uso da rua Araribá e José Bonifácio, a aproximação da PM é anunciada com a frase “Galo doido”, e a aproximação da Polícia Civil como “Black Friday”.

Tem que ficar muito atento sobre essa leitura do território, você tem que ter manejo de corpo mesmo, não fazer muitos movimentos bruscos, chegar mais tranquilo, até a posição mesmo, de não estar na frente de um atividade que é o olheiro, você não pode atrapalhar aquela visão. Você não pode, por exemplo, tem o usuário que é o pista, o cara que está vendendo a droga, você não pode estar ali em um atendimento muito prolongado tirando a atenção dele naquele movimento de trabalho. As próprias coisas que acontecem, por exemplo, acontecem conflitos com usuário naquele local, e aí não dá para gente atuar muito. Tem que ficar muito atento com a entrada da polícia também (...) para entrar tem que ter algumas técnicas de chegada.

Para manter a segurança dos usuários e dos atividades no Andiroba, geralmente a equipe se atenta a entrar em fila, ou pelo menos mais próximos, de forma que não tampe a visão dos olheiros que estão em constante “atividade”. De fato, há uma delicadeza na entrada, os trabalhadores tentam ser simpáticos, ofertando os insumos como estratégia de chegada e, na medida em que os sujeitos permitem, eles aprofundam os diálogos e a escuta das demandas de saúde. É importante destacar que não há uma reprovação do uso, e interpreto que isso traz grande diferença na abertura que é dada por esses sujeitos aos técnicos do CR.

Quando entrei no Andiroba para o campo etnográfico, percebi que estava com uma organização um pouco diferente da que eu conhecia, havia mais casas de alvenaria na entrada do terraço, bem debaixo do viaduto, um grafite no muro de tijolo escrito "a pobreza é de graça". Mais à frente, havia crianças brincando, o boteco aberto, dava para ver uma criança assistindo desenho animado dentro da sua casa, um morador da comunidade que eu conhecia (irmão de Ágata, uma usuária acompanhada pelo CR que é proprietária de uma casa de uso no terraço) visivelmente embriagado, junto de mais alguns homens fazendo uso de álcool, sentados no chão.

FIGURA 5 - Barracão de alvenaria debaixo do viaduto com grafite e lixos



FONTE: Acervo pessoal: Vit Leão, 2022

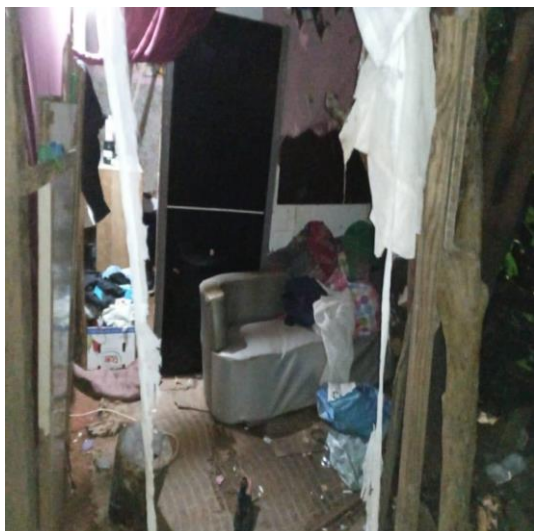
FIGURA 6 - Terrão do Andiroba com carroça e barracão de alvenaria ao fundo



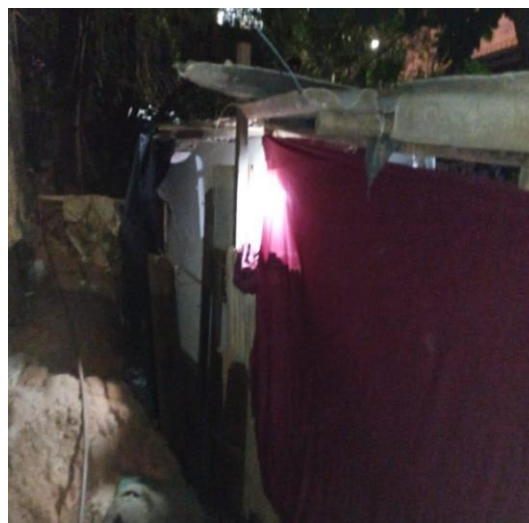
FONTE: Acervo pessoal: Brenda Margarido, 2022

Durante a pesquisa, revendo a fotografia, percebi que havia um nome assinado abaixo do grafite e fiz uma busca na internet. Localizei no Youtube um clipe do MC Romeu, sob o nome “Pobreza é de graça”, e na produção artística ele conta um pouco de sua vivência durante a infância no Andiroba. O vídeo traz uma representação muito real do espaço físico do Terrão e da realidade que vi nesse local: o chão de terra, a entrada da comunidade, o lixo acumulado e as crianças brincando. Na letra da música, MC Romeu fala da sua infância no território: “o viaduto da estação foi teto do meu barracão, mais quatro irmãos, mamãe e papai não era fácil não (...) Hoje passo lá de milhão, por cima é outra visão (...) Não vai recuar, não pode recuar, pobreza já ganhei de graça” (MC ROMEU, 2021). O clipe mostra o relato desse jovem que encontra a arte como instrumento de resistência para contar sua história de vida na periferia de Belo Horizonte.

No campo com o CR, também consideramos pessoas em situação de rua as que vivem nas casas de uso, já que, na maioria das vezes, as pessoas permanecem morando de favor nesses locais por períodos muito curtos. Além disso, a estrutura física das casas de uso, muitas vezes, se assemelha a das malocas, porém, um pouco mais estruturada.

FIGURA 7 - Casa de uso parte interna

FONTE: Acervo pessoal: Brenda Margarido, 2022.

FIGURA 8 – Casa de uso parte externa

FONTE: Acervo pessoal: Brenda Margarido, 2022.

Mais à frente, alguns jovens com roupas características de jovens da periferia (“cabelim na régua”, bermuda, chinelo de dedo), trabalhando na atividade e "bolando" um cigarro de maconha próximo de uma escada que desce para a comunidade. Logo abaixo da escada, onde antes era a casa de uso de Ágata, agora era um espaço com bastante material de reciclagem e havia um “pixo”²⁸ no muro escrito "Ferro Velho do Luxo".

O terraço é quase uma extensão do Parque Professor Guilherme Lage e tem uma dinâmica que dialoga com esse espaço, entretanto, o parque é um local mais velado. A dinâmica do tráfico da comunidade interfere muito na dinâmica do parque: se “dá azul” na comunidade, logo o parque enche, por exemplo.

Sobre o uso de drogas no Terraço:

O território é muito dinâmico, com o uso de drogas muito intenso, não é permitido fazer o uso de drogas de forma explícita, por isso que existem estas casas. Mudou também, já teve essa dinâmica antigamente, mas isso, avaliado pelo tráfico de drogas não era interessante, e eles começam a realizar essas pequenas malocas, casas. Tem casas de alvenaria, tem outras de madeirite, e aí os usuários se alojam nesses locais. São barracos muito precários mesmo, é um local que ainda hoje em dia tem esgoto a céu aberto, não tem chegada de água potável, em alguns tem luz ou alguma água que eles puxam "de gato". (Camélia)

Para Íris, a entrada do CR em uma casa de uso requer mais tempo, essa entrada demora a ser criada e fortalecida. A equipe “não sabe quem está dentro, e tem sempre usuário que você

²⁸ Estilo de caligrafia artística utilização em grafites e pichações, historicamente relacionado como arte de contestação.

não conhece”, e a casa está ali, mas, segundo ela, não está preocupada com a casa, está preocupada com quem está dentro dela (Íris). Afirma:

A gente vai se organizar também, para conseguir encontrar essas pessoas fora desses lugares, se não está dando, e as pessoas só tão enfiadas lá dentro, aí beleza, então vou precisar do vínculo forte para conseguir entrar então, que aí eu vou precisar conversar com ela lá dentro. Mas, no geral, assim, eles também se organizam, o que também é uma coisa bacana, eles se organizam para ir conversar com a gente. Então você tem cinco pessoas lá dentro, cada hora vai saindo um para dizer alguma coisa para gente que está precisando resolver, às vezes vai dar uma fugida também, tipo assim, "eu falei que ia fazer isso e não fiz", ou "evadi da UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e não estou querendo te ver". E aí a gente precisa também da confiança deles para entrar e falar: "Não, a gente vai conversar sim. Eu vou entrar aí sim." Mas esse cuidado na comunidade do Andiroba é mais precioso, o acesso ao usuário é mais restrito, então você não chega e vê todo mundo de uma vez (Íris).

Assim como a fala da Margarida, – “é saber chegar, respeitar aquele espaço que o usuário elegeu”, e relacionando com a fala da Íris acima, o “saber chegar” revela um pouco das técnicas desenvolvidas pelo serviço para chegar até essas pessoas e construir vínculo para, a partir daí, conseguir efetivar os cuidados em saúde desses sujeitos. O fazer do CR ultrapassa, em muito, os procedimentos técnicos de saúde (medicar, diagnosticar, prescrever, examinar), mas revela uma construção de cuidado que é singular em cada território e para cada sujeito.

Ao abordar a dinâmica das casas de uso, Lírio relata que a pessoa que tem a propriedade da casa geralmente é usuária de SPA e a casa dela é cedida para várias pessoas realizarem o uso de drogas de forma mais privada, além de levarem a droga para o/a proprietário/a também.

Na descrição do terrão e da sua dinâmica, Lírio completa que:

E aí acontece essa rotatividade de pessoas nessas casas de uso, que também se misturam com as pessoas da comunidade que não fazem uso de substâncias, que estão ali com a sua moradia mesmo, é uma realidade visivelmente bem carente, pode-se dizer assim, são pessoas com o esgoto a céu aberto ali, um chão que o nome mesmo já remete, na realidade é um Terrão mesmo, com chão e um terrão, quando chove faz bastante lama. (...) Você se depara com algumas crianças da comunidade brincando ali no meio dessa terra e ao mesmo tempo passando usuário para comprar e voltando, os atividades que são os olheiros do tráfico, ali também tem o local que eles ficam e aí eles realizam o uso naquele local. Às vezes são pagos com dinheiro, ou às vezes até mesmo são pagos com a substância. E ali você se depara com essa realidade toda misturada de carência socialmente falando, e também de uso e de venda de drogas (Lírio).

Um dos pontos evidentes, ao se entrar no Terrão, é a precariedade de condições de vida dos sujeitos que lá habitam, com grande ausência do Estado no que diz respeito às políticas públicas. Surge, então, a presença marcante do tráfico, que dita as regras e a ética de funcionamento desse território.

Ainda na descrição das casas de uso e do território, Lírio completa que:

As pessoas vão lá para realizar os trabalhos como profissional do sexo também, então abriga algumas mulheres, mulheres trans também, e tem essa rotatividade também ali dentro do terrão, tudo naquela região. (...) a gente se depara também com um grande amontoado de reciclagem, e que essa é a realidade dos usuários que a gente atende. A maioria deles trabalha com reciclagem para poder sobreviver, não só sustentar o uso, mas também sustentar essa casa que eles moram, alimentação, muitos deles têm família, tem filhos, é igual a gente. (...) Então, é uma grande mistura de comunidade com cena de uso, casas de profissionais do sexo, mães que acabaram de ter seu filho que são usuárias e que moram ali. E a gente faz esse atendimento também para que as crianças tenham uma condição boa e as mães consigam se organizar de maneira que as crianças vão ficar bem (Lírio).

No senso comum, ouve-se muito que as pessoas em situação de rua não trabalham e que são “mendigos”. Entretanto, na realidade, percebemos diversas atividades de trabalho informais exercidas por essas pessoas, em sua maioria em condições precarizadas. Margarida relata sobre o trabalho da PSR que utiliza o parque: “enxergo bem uma cena de uso mesmo, usuários bem reunidos, eles todos se conhecem ali, (...) rola muita reciclagem, porque tem um lugar ali onde as pessoas jogam lixo, então eles ficam reciclando esse lixo, e separando o que eles conseguem trazer até ali”.

Os estigmas carregados pelas pessoas em situação de rua que, por vezes, os colocam numa condição de “vadiagem”, não retratam a realidade de vida desses sujeitos, pelo contrário, divergem do encontrado em campo e relatado na fala das trabalhadoras do CR. Endossando tal realidade, a pesquisa Nacional da População em Situação de Rua identificou que 70,9% da população entrevistada exerciam alguma atividade remunerada, dentre elas, 27,5% como catadores de material reciclável, desmistificando a imagem da PSR como pedinte ou “mendigos” ao identificar que apenas 15,7% dessa população tinham o ato de pedir como principal fonte de sobrevivência (BRASIL, 2009).

5.2.1 Barreiras simbólicas de acesso: “A gente estava te esperando”

Entramos no Terrão para ir à casa de uso de Ágata, usuária acompanhada e conhecida da equipe CR há muitos anos. Ágata é parda, tem cerca de 35 anos, faz um uso intenso de crack há alguns anos, sendo que, em alguns momentos, está mais organizada, já em outros, menos; tem “conceito”²⁹ com o tráfico e é respeitada nesse espaço. Sua casa tem uma estrutura bem precária, feita com materiais diversos, como lona, madeira e outros materiais. Fomos realizar a busca ativa de Turmalina, uma adolescente gestante que começou a ser acompanhada pelo CR.

²⁹ Expressão utilizada para demonstrar que o sujeito é respeitado pela comunidade e neste caso pelo tráfico local.

A equipe estava construindo o cuidado na tentativa de vinculá-la para que aderisse ao pré-natal, pensando em outras possibilidades de cuidado, especialmente por se tratar de uma adolescente, o que traz mais situações de violações de direitos e maior vulnerabilidade.

Fomos recebidas por Albita, mulher trans, magra, alta, branca, que também é acolhida na casa. Albita informa que Turmalina estava dormindo e a equipe optou por não acordar. A equipe informou que ela teria uma consulta de pré-natal no dia seguinte, pedindo para avisá-la que voltariam para buscá-la. Assim que saímos, encontramos Esmeralda, uma jovem negra, que tem por volta de 20 anos, magra, alta, cabelo bem curto e se veste de forma “menos feminina”. Esmeralda informou para a equipe que estava com dor de dente, mostrando a boca, que já havia perdido parte considerável da dentição, apesar da pouca idade. Disse que Albita também estava com dor de dente e pediu que voltássemos à casa de Ágata com ela. Voltamos para ver se Albita e Esmeralda aceitavam ir à UPA para um atendimento odontológico de urgência. Albita falou que estava com muita dor também, mas ambas não aceitaram ir à UPA naquele momento, por isso a equipe combinou de levá-las no dia seguinte, quando fossem buscar Turmalina para consulta de pré-natal. Em situações como essa, temos relatos de que os usuários fazem um maior uso de drogas para medicar a dor.

Um dos pontos centrais que surge a partir das observações em campo são as barreiras simbólicas de acesso que as pessoas em situação de rua possuem. No que se refere aos processos de cuidados em saúde, é visível como as pessoas que frequentam as cenas de uso “constroem fortes resistências e geralmente evitam se aproximar dos serviços de saúde, inclusive em situações de dores e padecimentos agudos” (ABAL, 2018, p.84).

Apesar de não haver um distanciamento físico-espacial, esses sujeitos não conseguem chegar aos serviços públicos, muitas vezes mesmo com demandas agudas porque, de antemão, entendem que não serão bem recebidos e acolhidos, ainda que nunca tenham vivenciado uma recusa de atendimento anteriormente no serviço em questão.

Em referência à atuação do CR no Andiroba, Íris afirma que:

A gente está ali o tempo todo, a gente tem uma entrada muito boa com a comunidade, que foi sendo construído, a nossa chegada sempre vista como a chegada do cuidado. Então quando a gente chega, as pessoas vão nos procurar e falam assim: "o fulano está desse jeito, a gente estava te esperando aqui." A comunidade está muito próxima da UPA, do CERSAM AD³⁰ Nordeste, do Centro de Saúde São Paulo, porque ali eu brinco que é como se fosse a área hospitalar da Nordeste (se referindo à regional Nordeste de Belo Horizonte). E ainda assim, às vezes você vai chegar numa segunda-

³⁰ No município de Belo Horizonte, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da cidade respondem pelos nomes de CERSAM (Centro de Referência em Saúde Mental).

feira e alguém vai falar que ficou te esperando desde sexta-feira. Não vai procurar nenhum desses serviços, só vai procurar quando a gente chegar (Íris).

Historicamente, a PSR possui dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Na Pesquisa Nacional sobre a PSR, mais da metade dos entrevistados declarou sofrer discriminações ao serem impedidos de entrar em estabelecimentos públicos ou comerciais, acrescido da experiência de discriminação e maus tratos nos serviços de saúde, onde, por vezes, são considerados como portadores de "patologia social" e evitam adentrar certos espaços por entenderem que provavelmente serão expulsos. Já do outro lado, os profissionais de saúde se sentem, ao mesmo tempo, impotentes e se desresponsabilizam desse sujeito que se apresenta no equipamento de saúde (ESCOREL, 2009).

Nesse sentido, as barreiras simbólicas de acesso se revelam quando os sujeitos, antes mesmo de terem uma negativa em determinado serviço de saúde, já pressupõem que não serão atendidos, ou que não serão respeitados, a partir de sua experiência de privação de acesso. Essas barreiras simbólicas podem facilmente ser percebidas na fala da Íris, que aponta para um conjunto de equipamentos públicos de saúde no território, com uma proximidade do local de permanência desses sujeitos, mas que eles não conseguem adentrar e ter seu direito à saúde efetivado.

Camélia relata uma situação em que a usuária vivenciou um conflito com a comunidade vizinha do tráfico. Ela estava no parque com os dedos abertos, havia rompimento do tecido, com um ferimento profundo aberto com exposição óssea. Durante a minha atuação no CR como assistente social, estive em atendimento no caso citado, que era o de uma usuária que foi submetida à tortura pelo tráfico após ser acusada de colocar sal na cocaína comercializada. Durante a tortura, o “patrão”³¹ ordenou que decepassem os seus dedos com um facão, mas, segundo a usuária, a pessoa a quem foi delegada a função “ficou do dó” e, por isso, foi batendo o facão dos dois lados da mão sem atribuir força o suficiente para romper os dedos. Quando ela nos encontrou no parque, mostrou a mão enrolada em um tecido sujo e com marcas de sangue, dizendo o que havia acontecido. A equipe tentou mobilizá-la para ir à UPA a fim de ter um atendimento adequado, na tentativa de reduzir o risco de perder os dedos (pois tinha cortes profundos em 4 dedos). Mesmo diante de situação tão grave, a usuária não aceitou ir à UPA.

³¹ Termo utilizado para nomear a chefia do tráfico local, se assemelhando ao nome utilizado em vínculos de trabalho formais. Dificilmente sabemos quem de fato é o patrão, os usuários sabem, mas essa é uma das coisas que todos sabem que não podem contar ou comentar, tratando-se de conteúdo sigiloso para quem não é daquele território.

Entendemos que essa recusa também pode se dar em função do receio de acionamento da polícia, por se tratar de um episódio de violência.

Situações como essa evidenciam também que, além das múltiplas e sobrepostas violências que esses corpos sofrem, as pessoas em situação de rua não conseguem concretizar seu acesso aos serviços de saúde, mesmo com uma proximidade física desses lugares, pois entre a entrada alternativa do parque (onde estávamos em atendimento) e a porta da UPA nordeste a distância é de 350m.

Naquele momento, ficamos muito impressionados com a recusa do atendimento na UPA, que seria acompanhado pelo CR, pois a situação era grave. Recordo-me de que, no primeiro dia de curativo, a enfermeira da equipe do CR passou mal com náuseas e sensação de desmaio após visualizar os dedos no momento do curativo. Segundo ela, a imagem era difícil de ser vista. Diante da situação, na perspectiva da Redução de Danos e do cuidado possível, a enfermeira do CR foi realizando os curativos de forma regular, orientando a usuária sobre os cuidados, acompanhando a cicatrização. Com o tempo, foi possível articular com a equipe do CERSAM AD (Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas) o compartilhamento do cuidado para curativos mais frequentes, tentando também uma adesão da usuária ao serviço para o acompanhamento em saúde mental devido ao uso prejudicial de drogas.

Sobre essas barreiras simbólicas, Margarida relata que: “com relação a eles não acessarem outros serviços, acontece, mas é sempre muito desconfortável. Eles preferem ir com a gente porque a gente chega quebrando algumas barreiras”. Segundo a trabalhadora, um dia a equipe estava com Turmalina (adolescente gestante em situação de rua) e houve dificuldades com a liberação da medicação por ela não possuir documento oficial de identificação. Na PBH, há uma diretriz para a dispensação de medicação para PSR sem documentos, numa lógica de equidade. Entretanto, no cotidiano, as pessoas em situação de rua enfrentam vários desafios, em algumas situações, por desconhecimento do profissional da farmácia para realizar a dispensação da medicação, o que impõe barreiras de acesso. No relato da Margarida, a equipe precisou realizar alguns enfrentamentos e orientar a profissional que realizou a dispensação, não sem descontentamento.

Margarida ainda relata que percebe em alguns serviços certo distanciamento na hora de examinar – às vezes sequer encostam no sujeito. Ela identifica certo descuido de alguns trabalhadores que tratam as pessoas em situação de rua, acompanhadas pelo CR durante o atendimento, como inexistentes: “Começam a perguntar tudo dela (referindo-se à usuária) para

a gente, sendo que a usuária está ali. E a gente precisa ir direcionando para o outro, mostrando que o outro está ali.”

Percebo semelhanças do campo etnográfico das cenas de uso em Belo Horizonte com o retratado no percurso etnográfico de Abal, em Cuiabá, onde “o medo, o preconceito e a desconfiança estão na base das barreiras simbólicas (mas reais) que dificultam a chegada dos sujeitos nos serviços de saúde que funcionam em estabelecimentos fixos” (ABAL, 2018, p.87).

Não ignoro que por vezes esses trabalhadores da rede de saúde pública seguem com um volume de trabalho desproporcional à carga horária, parte dele com contratos de trabalho precarizados; entretanto, o desconhecimento ou a não apropriação por parte dos técnicos e dos serviços da rede pública de saúde dos direitos da PSR, das diretrizes de Redução de Danos do SUS (que é política pública de saúde nacional) e dos princípios e diretrizes do SUS (integralidade, universalidade e equidade) trazem barreiras reais de acesso a esses sujeitos.

Conhecendo de perto a realidade da rua, Íris defende que as pessoas em situação de rua precisam de um cálculo diferenciado nos atendimentos, na perspectiva da equidade. Segundo ela:

Essa rotina que pra gente as vezes funciona tão bem, de acordar tal horário, de comer, de descansar, essa rotina não funciona dessa forma, a forma como as pessoas se organizam na rua é diferente mesmo. E se a gente trouxer os mesmos parâmetros para ele, sempre vai “dar ruim” mesmo, a gente sempre vai achar que a pessoa não está querendo cuidar da saúde. É diferente, porque ele tem vários outros problemas que a gente não consegue nem mensurar, essa lida com serviços que precisam ser diferentes, é muito difícil.

Lírio completa:

E aí você se depara, muitas vezes, com pessoas machucadas e que não acessam esses equipamentos. Por quê? Por causa dessa visão que eles têm de que não são bem-vindos talvez nesses locais. E com o Consultório de Rua³² eles têm essa garantia de direito mais palpável, que são pessoas que vão até eles (...) a gente dá esse acesso para eles (Lírio).

Situações como as descritas acima mostraram a potência da atuação do CR como um serviço de baixa exigência e, por isso, por vezes consegue acessar locais e sujeitos que nenhum outro serviço acessa. A flexibilidade do serviço e dos técnicos, bem como uma oferta ampliada de cuidados que foge da lógica curativa (considerando a perspectiva de integralidade do SUS), possibilita um acesso ao cuidado na medida do que os usuários permitem.

³² As entrevistas aconteceram anteriormente à mudança de nomenclatura para Consultório na Rua.

Na situação mencionada, da violência física de tentativa de decepar os dedos de uma usuária, a equipe do CR tinha a leitura de que a oferta do CR no momento não era a ideal para a usuária, que precisava de um serviço de maior complexidade. Entretanto, sob a lógica da Redução de Danos, foi a oferta possível naquele momento, após a recusa de acessar outro equipamento de saúde. Sobre a adesão gradual da usuária ao CERSAM AD, tal situação mostra como a boa receptividade que o CR possui nesses territórios vulneráveis por vezes funciona como ponte de acesso entre esses sujeitos e os outros equipamentos da rede.

Apesar da potência percebida no vínculo do CR com os usuários, mantém-se um grande desafio para o poder público municipal pensar no acesso da PSR aos demais serviços de saúde na cidade. É necessário e urgente pensar no acolhimento e no acesso da PSR às unidades de pronto atendimento em demandas agudas, em modos de acolher que busquem a superação dessas barreiras simbólicas. Pensar em como os serviços de atenção básica por vezes precisam desenvolver uma atuação extramuros e de cuidado no território, construindo vinculação das populações vulneráveis com os serviços e considerando os modos de organização desses sujeitos.

5.2.2 Lado A e Lado B: Processo de exclusão social e punição de corpos marginalizados

O Parque Professor Guilherme Lage é um parque ecológico municipal, que tem uma portaria principal por onde as pessoas da comunidade adentram formalmente e uma abertura alternativa por onde os visitantes que são usuários de SPA adentram, configurando, de forma mais velada, uma cena de uso no interior do parque. No período em que eu iniciaria o campo, tive notícias de que aconteceu um homicídio no parque, uma situação de muita violência, com relatos de que um homem foi espancado na frente da comunidade e, por isso, as atividades do CR nesse local foram suspensas temporariamente, pela segurança da equipe, o que impossibilitou minha entrada no período inicialmente planejado.

Os relatos de violência no parque são frequentes por parte dos usuários, que declaram sofrer violência da segurança pública, e por relatos de atos de retaliação a algumas pessoas por parte do tráfico. Em uma rápida busca na internet, é possível identificar diversas matérias jornalísticas abordando o assunto: “Homem é encontrado morto dentro de parque da Região Nordeste de BH” (ESTADO DE MINAS, 2017); “Corpo é encontrado em parque do bairro São Paulo, na Região Nordeste de BH” (G1 MINAS, 2020); “Corpo é encontrado queimado em

parque de Belo Horizonte” (NOTÍCIAS R7, 2020). “Corpo é encontrado com oito perfurações em parque no bairro São Paulo, em BH” (O TEMPO, 2020); “Corpo de homem é encontrado em vala no bairro São Gabriel, em BH” (ITATIAIA, 2021).

A presença do CR no parque oscila entre momentos com maior e menor frequência, uma vez que a violência estatal e a violência do tráfico são constantes no local. Na fala das trabalhadoras entrevistadas, há relatos de agressões físicas, torturas, homicídios e até amputação de membros do corpo como “cobrança” por parte do tráfico, em alguma situação de conflito ou descumprimento das normas locais ou cobrança de dívidas, por exemplo. Em outros momentos, há relatos de violência policial e da guarda municipal contra os usuários.

Nas entrevistas com os trabalhadores do CR, que atuavam no Parque Professor Guilherme Lage, apareceram menções a um episódio em que usuários relataram uma abordagem violenta da guarda municipal no parque. Emocionada, Camélia relata que, para ela, um dos maiores desafios da atuação do CR no Parque Professor Guilherme Lage é a ação da segurança pública, que ela exemplifica com uma cena que a marcou:

Quando a gente chega no campo para fazer um convite, inclusive de ir ao cinema, de uma parceria, e a gente chega para convidá-los, somos surpreendidos por vários usuários em massa machucados. Eu acho que isso impacta, que assim (pausa e chora), esse impacto é mais a impotência. (...) A gente vê as feridas, a gente vê algumas coisas, mas eu acho que esse foi o mais impactante, foi em massa, esse foram todos. Tinha gestante, muitos relatos bem pesados, da crueldade, eles (se referindo aos usuários) apresentando as maneiras que tinham batido neles (...). Isso também marca o corpo de cada um (muito emocionada) (Camélia).

Quando eu atuava como assistente social de uma equipe do CR, estive presente no momento relatado. Lembro-me de que ao entrar no parque vimos que as coisas estavam diferentes, pessoas dispersas, havia menos gente dentro do parque e as pessoas circulando mais. Um usuário chegou até nós com os olhos muito vermelhos e disse que jogaram spray de pimenta nos olhos dele. Aos poucos, outros usuários foram chegando e nos contando que, na madrugada anterior, a guarda municipal havia entrado no parque, pararam várias viaturas na lateral e agrediram todas as pessoas que estavam naquela cena de uso. Os usuários nos mostraram muitos hematomas, machucados, uma usuária tinha um volume parecendo um caroço grande no braço – aparentemente achávamos que ela tinha quebrado o braço, mas, após fazer raio-x na UPA, constatou-se que se tratava de uma lesão muscular devido à pancada sofrida. Visualizamos várias luvas de procedimento espalhadas no chão do parque (luva cirúrgica de látex, comum) porque, segundo os usuários, os guardas as usaram para não tocar nas pessoas, pois tinham nojo.

Usaram cassetete, pedaços de madeira, spray de pimenta, poupando de maiores castigos físicos apenas uma gestante que morava dentro de uma maloca no parque.

Sobre esse episódio, Camélia diz que os serviços que atendem a PSR no território construíram estratégias, buscando atuação também do SEAS – Serviço Especializado em Abordagem Social (equipamento volante da política de assistência social para atendimento da PSR) dentro do parque, para que os serviços públicos se fizessem mais presentes nesse espaço, na tentativa de inibir esse tipo de atuação truculenta dos trabalhadores da segurança pública.

Segundo os relatos ouvidos na época, essa situação ocorreu após a direção do parque instalar uma cerca de tela, de fora a fora, no meio do parque, dividindo-o em dois lados: de um lado, o acesso pela portaria principal para a comunidade da região e, do outro, uma entrada alternativa para as pessoas que faziam uso de substâncias psicoativas, em sua maioria, em situação de rua. Um dia, a equipe tentou entrar com a van no parque pela portaria principal e viu que não havia mais a possibilidade de passar, pois tinha uma divisão telada, com postes de concreto e tela de alambrado.

Aparentemente, a violência estatal relatada teve como motivadora a “denúncia” de que as pessoas em situação de rua que viviam no parque haviam derrubado a tela. Entretanto, segundo menção dos usuários, um caminhão de serviço da PBH deu ré e atingiu um dos postes de concreto, derrubando a tela. Na época, foram encaminhadas para a corregedoria da Guarda Municipal de Belo Horizonte as fotografias dos hematomas e machucados dos sujeitos atendidos, as luvas no chão espalhadas pelo parque, uma trabalhadora CR chegou a ser ouvida, mas não soubemos o desfecho.

FIGURA 9 - Cerca de tela caída dentro do parque Professor Guilherme Lage



FONTE: Google, 2019

FIGURA 10 - Rua interna do Parque Professor Guilherme Lage com cerca caída



FONTE: Google, 2019

Sobre essa divisão do parque, fica demarcado mais uma vez o processo violento de exclusão social ao qual as pessoas em situação de rua estão submetidas, com destaque às que fazem uso de substâncias psicoativas, definindo até onde esses corpos vulnerabilizados podem adentrar, mesmo em se tratando de um espaço público. A divisão do parque se revela como uma barreira física de acesso implementada pelo próprio Estado, que define limitações físicas para o uso, separando o parque municipal em lado A e Lado B, entre o uso das chamadas de “pessoas de bem” e o dos “usuários de drogas”. Já a punição física por parte dos servidores públicos – no caso, os trabalhadores da segurança pública – revela como, por vezes, a sociedade enxerga esses sujeitos por meio de um estigma, o que não permite que essas pessoas sejam vistas como sujeitos de direitos, “humanizando” as drogas, que são coisas (com adjetivos como vivo, potente, forte, perigoso), em detrimento dos sujeitos que fazem uso, desumanizando-os (comparando-os a zumbis, por exemplo).

Sobre a “punição” com castigos físicos desses sujeitos, trata-se, na verdade, de um episódio de violência estatal, cometida por um processo criminoso de agentes públicos, que têm como premissa de atuação estar a serviço da população da cidade, mas, nesse momento, utilizam do seu cargo de servidor público para violentar mais uma vez esses corpos historicamente vulnerabilizados. Tais violências são consequência do proibicionismo e de uma política de suposta guerra às drogas que, na prática, revelam-se como uma guerra aos mais pobres, cotidianamente atravessados pela violência estatal. No contexto brasileiro, a repressão policial ao tráfico de drogas é exercida de forma mais violenta nas zonas de maior pobreza,

onde a abstinência se torna um eixo articulador entre justiça, psiquiatria e moral religiosa; articulação a partir da qual se define a política do tratamento para os usuários de drogas (PASSOS; SOUZA, 2011).

Apesar da presença do CR e da Guarda Municipal representarem a atuação do Estado nesses locais, o CR precisa construir estratégias para não ser associado aos serviços da segurança pública. É preciso, portanto, uma demarcação, ainda que simbólica, para não comprometer o vínculo do serviço com os usuários, pois tanto a Polícia Militar de Minas Gerais, quanto a Guarda Municipal de Belo Horizonte não são bem-vistas nesses locais:

A gente também não costuma associar muito a nossa imagem com a da Guarda Municipal. Mas a gente sabe que é um equipamento da prefeitura também, e que é parceiro. Mas, nessa realidade, não é interessante mostrar essa imagem de estar com eles, pelo fato dessas ações que acontecem no parque (...) a gente está ali para cuidar (Lírio).

Durante as entrevistas, várias trabalhadoras apontam que, quando os serviços da segurança pública entram, o CR sai dos locais para não quebrar esse vínculo com o usuário:

Por eles estarem em situação de rua é uma confiança que a gente cria, com muita calma, muita delicadeza, através da escuta, através da redução de danos. Então, a gente não associa muito a nossa imagem aos equipamentos de segurança presentes aqui no parque, para que esse vínculo não seja quebrado (...) ontem mesmo uma experiência que aconteceu, a gente foi no parque, estávamos atendendo o pessoal quando se deparou com a ação da guarda (se referindo à guarda municipal). E o que a gente fez? A gente saiu de dentro do parque junto com os usuários, porque normalmente eles saem também de cena quando acontece isso, e a gente sai de cena. (Lírio).

Íris pontua sobre como as ações policiais e o fechamento da “entrada principal” interferem na dinâmica do parque e Terrão, dificultando muito o acesso do CR a esses usuários, reconhecendo as múltiplas e sobrepostas violências a que esses sujeitos estão submetidos:

E quando tem esses episódios de violência, que também acontece pelo movimento do tráfico próximo do local, é um lugar que também esvazia um pouco. Então assim, algumas vezes a gente escuta, sobre agressões de tortura, de ter uma pessoa que foi queimada no parque, ou alguém que foi picotado ali, e ali está muito próximo da comunidade do Andiroba, que é um outro local que a gente atende (Íris).

Apesar do contexto extremamente violento (seja pela atuação da segurança pública, da violência entre os usuários ou do tráfico), Camélia afirma que o serviço é bem recebido nesse local, pois há uma identificação de cuidado em saúde quando a equipe entra:

A nossa chegada é bem sinalizada até dentro do linguajar deles. “Tá normal! Tá normal!”³³ A saúde chegou.” A gente tem uma boa entrada, “tá normal” a gente chegou, e a gente vai entrar e realizar o trabalho que precisa ser realizado, entrando e saindo, com autorização deles – se referindo ao tráfico (Camélia).

A frase que dá nome a esta dissertação revela um pouco sobre como esse serviço é recebido no território, nas palavras de Íris, “a comunidade nos recebe bem, eu acho que o usuário já entende de certa forma que tá tudo bem, que ele pode ficar tranquilo com a nossa presença também”.

Camélia, por sua vez, afirma em seu relato:

Atualmente nossa equipe tem uma boa entrada neste espaço, inclusive somos convocados até mesmo pelo tráfico para estar atendendo, às vezes, em algum momento, que nenhum outro serviço talvez entre. (...) Os pacientes fazem algumas atividades dentro do tráfico de drogas também, (...) e esse sujeito, que é o patrão dele dentro do tráfico, vai nos acionar e nos sinalizar que “esse sujeito está com essa questão”, ou até mesmo a gestante que está em trabalho de parto, ou alguma coisa parecida assim, somos acionados por vários motivos (Camélia).

De certa forma, o CR acaba estabelecendo uma relação de diálogo superficial com o tráfico de drogas para garantir sua entrada e acesso aos usuários atendidos. Ou seja, o serviço precisa ter autorização para permanecer atuando nesse local.

5.2.3 A entrada principal: um olhar guiado pelo sujeito

Um aspecto que me marcou na análise das entrevistas foi o olhar da Íris sobre o Parque Professor Guilherme Lage. Antes da pandemia de Covid-19, a equipe entrava pelos fundos do parque numa entrada alternativa, onde havia um portão quebrado, e por lá se dava também a entrada dos sujeitos para a cena de uso.

³³ “Tá normal” é uma expressão utilizada pelos trabalhadores do tráfico para dizer que não há problemas, que podem deixar que aquelas pessoas entrem no território, que está seguro.

FIGURA 11 - Entrada dos fundos do Parque Professor Guilherme Lage



FONTE: Google Maps (2022).

Após o início da pandemia, essa porta quebrada foi fechada por uma estrutura de alvenaria, impedindo a entrada dos usuários que, logo em seguida, estouraram o alambrado ao lado, permitindo que continuassem utilizando o parque pelos fundos.

FIGURA 12 - Porta dos fundos do parque tampada por alvenaria



FONTE: Google Maps, 2022

FIGURA 13 - Buraco na tela de alambrado nos fundos do parque.



FONTE: Google Maps, 2022

Ao descrever a cena de uso do parque, Íris relata que os usuários atendidos sofrem muito com essas ações policiais e que as abordagens da segurança pública interferem na dinâmica desse local, esvaziando-o em alguns momentos. Referindo-se à “entrada principal”, ela diz que o CR tinha um acesso facilitado àquele local:

Conseguia entrar, ofertar cuidado, fazer os atendimentos, e a partir do momento que fecha aquela **entrada principal** a gente tem uma dificuldade de acesso, porque eles tampam com grades, e os usuários abrem uma fresta nessa grade. Só que é uma fresta que fica muito difícil o acesso, porque caso a gente precise sair um pouco mais rápido, às vezes acontece alguma coisa no campo que a gente precisa se retirar e não é tão fácil assim sair. Então, a **entrada que ficou possível para o Consultório de Rua seria uma entrada numa outra lateral**, que a gente precisa entrar com a van, que fica um pouco distante das cenas onde eles permanecem. Então, em algumas épocas, e desde que fecharam a entrada principal, tem ficado mais difícil de entrar, de conseguir prestar o cuidado (Íris). (grifos meus)

Fiquei me perguntando o porquê de a trabalhadora inverter a lógica, já que a portaria de acesso com a van é a portaria principal do parque, sinalizada por uma placa. Já a entrada por onde o CR e os usuários adentram é a dos fundos do parque, em que a entrada na verdade era um portão quebrado. Concluo, assim, que o olhar da trabalhadora está centrado no sujeito de uma forma tão orgânica e fluida que extrapolou as delimitações institucionalizadas; seu olhar é, portanto, guiado pelo usuário.

A lógica usuário-guia surge como uma concepção de pesquisa que pretende trazer o usuário da política pública para a centralidade da produção do saber, onde a perspectiva do sujeito permite aos pesquisadores “percorrer seus caminhos, seus trajetos, não tomando-o pela mão, mas nos deixando levar por ele, permitindo que aconteça o usuário como guia” (MOEBUS *et al.*, 2016).

Na perspectiva do cuidado em saúde, utilizar-se da a lógica usuário-guia e da Redução de Danos como ética de cuidado se revela como uma estratégia potente, considerando-se que a interação do cuidado só é possível quando o usuário está na centralidade desse processo. O serviço de saúde precisa reconhecer o saber do usuário e legitimar o lugar de autonomia sobre seu corpo, em busca de romper com a lógica biologicista que, por vezes, apresenta-se como um saber de maior valor na relação entre profissional de saúde e usuário do serviço.

Ser guiado pelo usuário traz para o profissional de saúde outras perspectivas na produção de cuidado em saúde, buscando novas e múltiplas possibilidades de construção de cuidado que são singulares para aquele sujeito acompanhado. Isso contribui para assegurar sua autonomia, além de aprimorar a condução técnica do trabalhador que se permite não ser o centro do saber nessa relação.

As adversidades presentes no cotidiano do trabalho trazem desafios de reinvenção para a equipe CR:

Tem dia que eu chego e falo: "essa pessoa precisa ir para UPA". Mas ele não está topando ir para UPA, mas topa fazer um lanche. E aí vai ser a proposta que a gente vai fazer naquele dia, porque é o jeito da gente ir fazendo uma manutenção, de dizer: "olha, a gente está próximo", "pode confiar", que aí no próximo dia, quem sabe ele aceita ir para a UPA com a gente. Então, assim, tem um pouco de que a gente chega, faz uma avaliação precisa de uma HN (Hospitalidade Noturna) no CERSAM AD, que às vezes precisa de fazer um curativo, mas tem o que ele topa. Então a gente faz a oferta, e vai tentando modular de acordo com que ele aceita ou não. A gente sempre faz uma agenda na sexta-feira, por onde a gente vai passar, qual é a proposta, a gente vai discutir os casos, mas tem muito da surpresa do dia a dia. Às vezes a gente acha que vai chegar e o usuário vai estar super mal, porque a gente escutou falar que ele estava "desse e desse jeito", mas chega lá e ele está super tranquilo, já se organizou. Então assim, essas ofertas são múltiplas, vai depender de como a gente chega e como ele está lá. A gente vai se adequando um pouco na hora, não tem muito como se preparar antes (Íris).

De tudo que vivenciei em campo, talvez esse relato da Íris seja um dos que mais retrataram a rotina do CR. Lembrou-me Camélia, que brinca dizendo que "a van é uma caixinha de surpresas", porque você só vai saber o que vai acontecer no território quando a porta abre.

Percebo que a equipe se depara cotidianamente com situações muito adversas, que nem sempre possuem fluxos ou protocolos bem estabelecidos na rede assistencial. Ainda assim, as equipes CR se colocam muito abertas a acolher o que o sujeito demanda. A falta de conhecimento prévio dessas situações imprevistas acaba por potencializar a sua atuação, pois os estimula a desenvolver novos caminhos de cuidado a partir da necessidade assistencial surgida em campo. Além disso, o acolhimento e a construção conjunta das demandas possibilita maior vinculação com os sujeitos

Lembrei-me de um usuário no parque que apareceu com uma demanda de cuidado para seu cachorro, que tinha um buraco na cabeça. A equipe, na época, não fez muitas promessas, mas foi atrás de possibilidades via instituições públicas para o cuidado do animal, que era relevante inclusive para a condução clínica do usuário acompanhado. Foi possível criar um fluxo por meio de arranjos institucionais, mas no dia em que a equipe de zoonoses conseguiu ir buscar o animal ele havia ido a óbito na noite anterior. Apesar do desfecho negativo, "o corre" da equipe CR possibilitou um estreitamento de vínculo com o usuário:

A gente inclusive costuma brincar que essa é a clínica do impossível. Eu acho que o possível é justamente a gente reconhecer o impossível. Porque quando a gente reconhece, a gente está ali para o cuidado, porque a gente não está ali para salvar a vida de ninguém. Eu acho que já possibilita muita coisa, já apazigua um pouco o coração, sabe? Porque aquelas pessoas que estavam ali antes do Consultório de Rua chegar, elas provavelmente continuarão ali depois se o Consultório de Rua for embora. Quem inventa e reinventa a vida são elas, elas é que sabem dizer para a gente como é que isso acontece. Então eu acho que é isso, eu acho que a gente reconhecer o impossível faz com que a gente se perpetue enquanto um serviço possível (Íris).

Percebo que essas situações não esperadas trazem desconfortos no cotidiano, mas ficar diante desse “não saber o que fazer” não paralisa as equipes. Várias vezes, vi os trabalhadores pararem e conversarem entre eles para pensar nas possibilidades, reinventando o cuidado. Principalmente, quando há recusa do usuário a algo que a equipe entende como a condução mais indicada para o momento, conforme alguns relatos já mencionados.

5.2.4 A presença do CR é pausa: “Deixa eu dizer de outras coisas da minha vida”

No meu primeiro dia de campo etnográfico no Parque Professor Guilherme Lage, conheci Ametista, mulher cis, negra, por volta de 30 anos, estatura baixa e muito vaidosa. Sempre que nos encontramos ela foi muito receptiva. Ametista, logo de cara, me disse que não costuma “dar trela” para as pessoas, que tem uma personalidade mais fechada, mas que gostou de mim e topou me contar um pouco da sua história. Ela me acolheu durante todos os dias em que a encontrei em campo. Vinha sempre em minha direção, já sorrindo para me contar um pouco mais da sua vida naquele dia. Nos momentos em que estive com ela, fui guiada pelo seu olhar e pelo que ela estava disposta a me contar ou mostrar naquele dia.

Ela estava em situação de rua, em uma maloca na lateral externa do parque, próximo dessa entrada alternativa, na maloca do Xisto, que é um amigo. Ametista me contou que estava em um relacionamento com um homem casado, que chegou a romper com a esposa para ficar com ela, mas não conseguiu sustentar o relacionamento porque ela era profissional do sexo. Conta que ele ia vê-la no parque todos os dias, que é um bom homem, gentil, parceiro, carinhoso, cuidadoso, e que ela fica muito triste por causa dessa relação; os dois passam um tempo junto todos os dias, mas o fato de o relacionamento não se “firmar” a entristece muito. Durante nossa conversa, esse homem chega e, demonstrando de fato ser muito simpático, é apresentado por Ametista: “É dele que eu estou falando, meu ex-marido”. Os dois riem, ele se mostra contente pelo CR estar cuidando dela, estimula que ela vá conosco ao CERSAM AD, dizendo que poderia ser bom para ela.

Companheiros gentis ou que estimulem o cuidado da parceira em situação de rua não são comuns na rotina de campo do CR, pelo contrário. No campo, eu percebia essas mulheres sempre muito vulneráveis aos companheiros, já presenciei agressões físicas, usuárias acompanhadas que foram vítimas de feminicídio e, por diversas vezes, já ouvi mulheres em situação de rua dizerem que permaneciam com um companheiro para não serem violentadas por vários. O mais comum, quando essas mulheres se aproximam do serviço, é que os parceiros

sejam hostis, dizendo que elas não merecem ser cuidadas por serem “drogadas” e, em alguns casos, percebe-se certo receio da nossa aproximação, por preocupação de que elas tragam algum relato que os comprometa.

Ametista é mais reservada, não se envolve muito com as pessoas ali da cena, pois, segundo ela, “tenta fugir de confusões”. Ela tinha uma ferida grande na mão que aparentemente estava inflamada, a enfermeira da equipe estava acompanhando e contou que tinha uma consulta com neurologista no dia seguinte, no Hospital João XXIII³⁴. A usuária me explicou que foi espancada por uma mulher que fez uma acusação contra ela junto ao tráfico. A equipe relatou que bateram nela violentamente com socos, chutes e pauladas, deixando Ametista desfigurada no território onde foi socorrida, entre o parque e o Terrão. Ametista ficou em coma por vários dias e disse que, desde então, a cabeça não é mais a mesma – relatando esquecimentos cotidianos e dores de cabeça frequentes. Sob ameaça, pós-alta hospitalar, ela conseguiu desmentir a história junto ao tráfico, que passou a protegê-la, ao passo que a responsável pela acusação e agressão começou a ser ameaçada.

Acompanhei a Ametista ao CERSAM AD, pois ela queria tomar um banho para ir mais arrumada para a consulta no hospital, que aconteceria no dia seguinte. Após o banho, enquanto aguardava atendimento do plantão do CERSAM AD, ela cochilou no jardim. Segundo Gardênia, Ametista falou que se sentia segura ali e, por isso, aproveitou para cochilar. Para as pessoas que vivem em situação de rua, dormir é sinônimo de estar vulnerável. Nesse mesmo território, quando atuava na ponta, ouvi de um usuário que só podia dormir ao amanhecer, quando os ônibus voltavam a circular e o comércio começava a abrir, momento em que se sentia seguro.

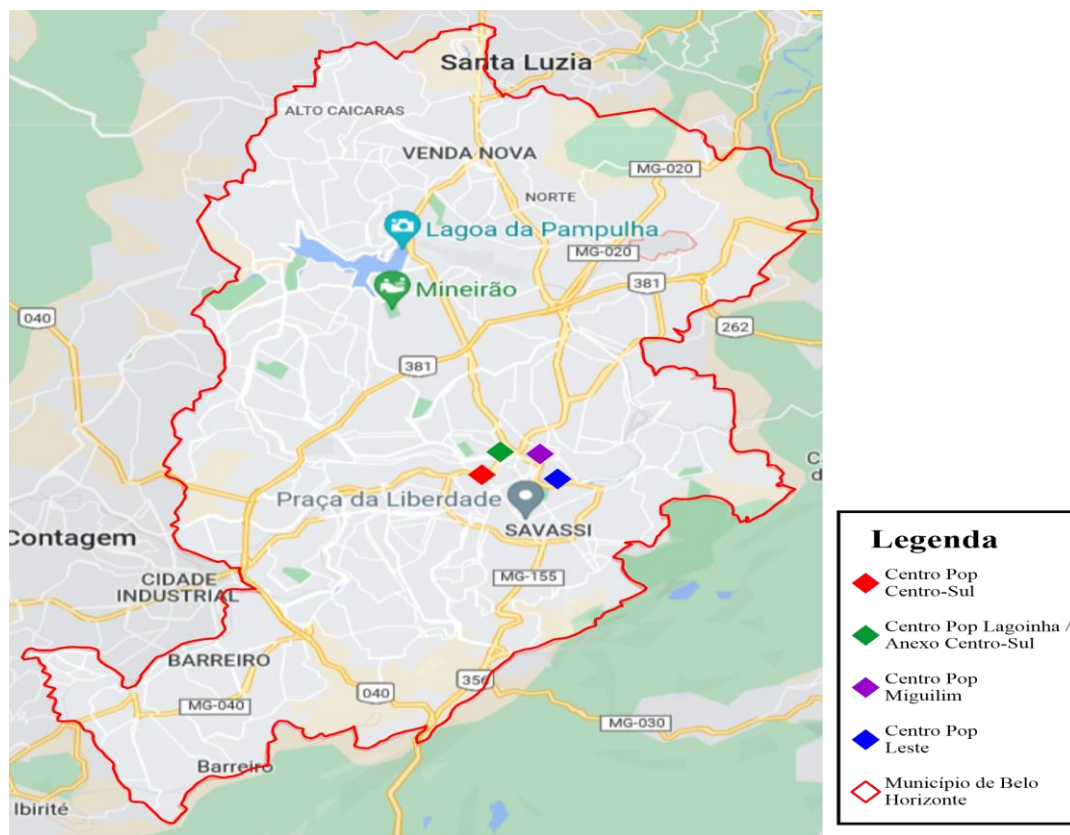
A privação de direitos básicos faz parte do cotidiano da população em situação de rua, que tem dificuldades de acesso a banho, água potável, alimentação, material de higiene, absorventes, locais seguros para dormir, entre outros. No município de Belo Horizonte, não há instalações de banheiros públicos que possibilitem às pessoas em situação de rua um banho adequado. Os Centros de Referência da População de Rua (Centros Pop) são equipamentos de referência da PSR na política de assistência social que, além dos atendimentos, possibilitam aos usuários o acesso a banho, alimentação e local para lavagem de roupas. Hoje, na cidade, há três unidades para adultos (Centro Pop Centro-Sul, Unidade Anexa no Lagoinha e Centro Pop

³⁴ Hospital em Belo Horizonte/MG gerido pela rede estadual para atendimentos de alta complexidade em urgência e emergência, como politraumatizados, vítimas de acidentes em estado grave, cirurgia de urgência a pacientes com risco de morte, atendimento médico-hospitalar a feridos em grandes catástrofes, atendimento a vítimas de grandes queimaduras etc.

Leste) e uma unidade para crianças e adolescentes (Centro Pop Miguilim). Entretanto, todos os quatro equipamentos mencionados estão em localizações mais centralizadas, o que não garante o acesso para a PSR.

Mesmo sabendo que a distribuição da PSR na cidade não se dá de forma uniforme e que há maior concentração na região central, existe PSR em todas as regionais da cidade. No mapa a seguir, é possível observar como a oferta dos Centro Pop pela PBH é insuficiente ao se pensar no município de Belo Horizonte.

FIGURA 14 - Mapa com distribuição dos Centros Pop no município de Belo Horizonte



FONTE: Google Maps com edição da autora

Sobre o acesso da Ametista ao banho no CERSAM AD, entende-se que o equipamento de saúde mental não é o serviço responsável por tal oferta, entretanto, o CR vai criando diversos arranjos junto à rede para o acesso dentro das possibilidades, seja nos CERSAMs, no abrigo São Paulo, ou em outro serviço que o aceite – às vezes, negociando apenas a liberação de um banho, sem a necessidade de um atendimento no serviço. Não identifiquei nenhum caminho institucionalizado na regional Nordeste que possibilitasse acesso das PSR ao banho sem “arranjos”.

Ametista disse que consegue fazer uso controlado de crack, segundo ela, cerca de três pedras por dia, sem grandes prejuízos. O que a preocupava naquele momento era estar mais deprimida, o que para ela não se relacionava com o uso de crack, pois disse que usa pouco e apenas quando quer. Eu perguntei por que ela escolheu fazer uso no parque e ela disse que é por privacidade, o ambiente é agradável, com sombra, muitas árvores, e completa: "Você está doida que as pessoas vão passar e me vendo usando"?

Essa afirmação de Ametista me remeteu ao percurso etnográfico de Taniele Rui nas cenas de uso em Campinas e São Paulo, em que ela discute as alteridades corporais e o simbolismo carregado pela palavra *nóia*, muitas vezes, atribuída aos usuários de crack, denotando a perda de dignidade. Em sua pesquisa, Rui (2014) retrata várias situações vivenciadas em campo, onde os usuários se escondem de familiares ou conhecidos nas ruas da cidade, com receio de serem reconhecidos “nessa situação”. A condição nomeada por eles como “essa situação” estava relacionada à falta de higiene (o que muitas vezes ocorre por falta de recursos para higienização), emagrecimento ou outras consequências físicas resultantes da vida nas ruas e que, de certa forma, correspondem ao estigma associado aos usuários de crack.

No CERSAM AD, ela mostrou a ferida para a médica, que quis encaminhá-la para a UPA, no entanto, Ametista disse: "Eu topei vir até aqui, não vou na UPA hoje!" E, assim, limitou o seu atendimento apenas até ao que estava disposta naquele dia, levando a equipe do CERSAM AD a respeitar a sua decisão. Isso posto, depois do banho, a enfermeira do CR se limitou a fazer um curativo na mão dela dentro da van. A enfermeira orientou sobre a importância de procurar atendimento específico para a mão por acreditar que precisasse de medicação e entregou o vale transporte social para que ela fosse à consulta no dia seguinte. Ametista se despediu e disse que iria me esperar para continuarmos a conversa noutro dia.

Ametista é muito autônoma e, aparentemente, não aceitaria nenhuma oferta dos serviços que ultrapasse a disponibilidade que ela manifestou no dia (aceitou o acolhimento e banho, sem aceitar o atendimento na UPA, que fica exatamente ao lado do CERSAM AD Nordeste). Acredito que a flexibilidade presenciada no atendimento do CERSAM AD Nordeste e do CR Nordeste, bem como o respeito a esse limite que ela estabeleceu, possibilitou que ela fosse cuidada no seu tempo, considerando a sua autonomia. Faz parte de uma ética do CR trazer o sujeito como eixo central da própria construção do cuidado. Desta forma, acolher Ametista, ofertar o cuidado e respeitar os limites prontamente apontados e verbalizados por ela, revelou-se como um instrumento de diálogo entre as equipes e a usuária, aumentando a sua confiança e a possibilidade de vinculação e adesão às ofertas de cuidados posteriores.

Em outro encontro com Ametista no parque, ela foi muito receptiva e carinhosa, inclusive, chamando-me de Pri. Observei e comentei que a mão dela estava bem cicatrizada após os curativos da enfermeira do CR – contudo, ela não procurou atendimento médico para a prescrição de medicação, conforme orientação. Ametista estava fazendo a unha, tirando a cutícula com um alicate, e tinha um limpador de cachimbo na mão³⁵.

Perguntei sobre o limpador de cachimbo e ela falou que não desejava mostrar ou conversar sobre isso, pois ficava sem graça – deduzindo que eu não fazia uso de crack. Expliquei que, por mais que eu não realizasse o uso, interessava-me por esse assunto como profissional de saúde, para aprender a cuidar das pessoas que fazem uso. Disse que era importante que eu entendesse um pouco melhor sobre o funcionamento, mas afirmei que se ela não se sentisse confortável eu não entraria mais no assunto. Ametista deu um sorriso e se abriu um pouco mais, contando que o cachimbo dela era de alumínio, mas estava com Jade (outra usuária acompanhada pelo CR). Nesse momento, Xisto chega, Ametista comenta que ele tem vários cachimbos e pede para ele me mostrar.

Conheço Xisto desde a época em que eu trabalhava nesse território. Ele é agricultor, homem cis, com idade por volta de 50 anos, negro e magro. Xisto gosta muito de mexer com a terra e, há alguns anos, chegou a cultivar cebolinha e algumas ervas aromáticas ao lado de sua maloca, quando estava dentro do parque. Porém, devido à ação da guarda municipal ali, migrou com a sua maloca para a parte externa.

Xisto comentou: "Mas como assim? Você quer saber de cachimbo?" e riu. Expliquei para ele que fazia parte do meu trabalho, falei sobre a importância de entender o funcionamento para propor alternativas de uso mais saudável, por exemplo, evitando o uso de "bombрил³⁶", que tem trazido preocupações para os trabalhadores da saúde do campo de álcool e drogas. Ao me mostrar e me permitir pegar o cachimbo, fiquei impressionada com o fato de os cachimbos dele serem engenhosos e bem construídos, a partir de materiais comuns. Xisto me autorizou a fotografar, conforme imagem a seguir.

³⁵ Era um objeto feito com um pedaço de alumínio retirado de um guarda-chuva com um amassado para fazer uma espécie de pá na ponta. Esse objeto é utilizado para raspar as sobras da pedra de crack, que ficam acumuladas no cachimbo, para outro uso posterior.

³⁶ A esponja de aço sob nome comercial de "Bombрил" tem sido utilizada para auxiliar na combustão rápida da pedra de crack.

FIGURA 15 - Cachimbos artesanais e pá para uso de crack



FONTE: Acervo pessoal, Priscilla Fraga (2022).

Para a confecção do cachimbo, Xisto colocou o papel alumínio no topo da estrutura de metal e prendeu circulando com sacola plástica bem apertada, e esquentou um pouco a sacola com o auxílio de um isqueiro para ficar bem apertado e colado na base de metal. Muitos usuários têm colocado a pedra de crack (que é bem pequena) envolta em um pequeno pedaço de “bombril” para fazer combustão. Ouvi de Ametista que ela também coloca um “bombril” na saída do cachimbo, mais próximo da boca, para utilizar o próprio material sem combustão como filtro para o “bombril” queimado.

Vários trabalhadores que participam do fórum de Consultório na Rua do país, têm buscando estratégias e alternativas com os usuários para minimizar os riscos causados pelo consumo de crack no “bombril”. Tive contato recente com a equipe CR em Campinas e pude presenciar que os usuários de lá também utilizam dessa forma, mas, geralmente, com cachimbos mais finos (pelo menos os que eu vi), conforme a imagem a seguir.

FIGURA 16 - Cachimbo artesanal fino com “bombril” na ponta confeccionado por um usuário acompanhado pelo Consultório na Rua de Joinville/SC



FONTE: Acervo pessoal: Paulo César da Silva (2022)

Seguimos sentados na mesa de uma pracinha que fica dentro do parque, conversando sobre Redução de Danos, pensando em alternativas, tais como tentar usar algodão como filtro ao invés do “bombril”, avaliando com a experiência deles o que acham que funcionaria e o que não funcionaria. Nesse momento, um trabalhador do CR me chamou para ir embora. Imediatamente me despedi e saímos, pois, de acordo com a prática no CR, se alguém chama para ir embora, todos vão sem questionamentos, considerando que algum trabalhador pode ter visto algo que os outros não viram. Quando saímos do local, Girassol me contou que havia um homem jovem muito irritado passando ao nosso redor várias vezes. Parece que ele estava agitado procurando uma pessoa e, aparentemente, poderia ser uma situação de conflito que trouxe alerta para a equipe da necessidade de sair logo dali. Eu estava tão envolvida com a conversa e com os cachimbos que não percebi os movimentos relatados pela equipe posteriormente.

A situação me remeteu à importância da atuação em equipe, na qual uns dão retaguarda para os outros realizarem os atendimentos, sendo esta uma estratégia fundamental para manter a segurança dos trabalhadores.

Sobre esse assunto, Íris afirma:

Às vezes a gente olhou, tem uma briga entre os usuários, não é o lugar que a gente vai entrar agora, por uma questão de segurança da equipe. Às vezes estou conversando aqui com usuário, e aí tem alguém que está olhando as minhas costas, porque tem alguns territórios que as pessoas vão passar atrás de você o tempo inteiro, ou então, você está manejando um usuário e de repente outros dois começaram a brigar, sempre tem uma pessoa que está mais atenta no que está rolando. Às vezes eu estou focada no atendimento, e as outras pessoas estão olhando em volta como é que está

funcionando. E é uma coisa mais dinâmica, você não precisa deixar uma pessoa por conta disso. Com o tempo você vai ficando alerta também, você vai atendendo ali e vai olhando em volta o tempo inteiro, e vai criando confiança no seu colega de trabalho, percebendo que você está tranquilo, você pode fazer o que precisa fazer enquanto isso as outras pessoas estão “desembolando” outras coisas. Da mesma forma, algumas vezes tem alguma coisa que aconteceu e você não viu, e alguém da equipe falou assim “vamos embora”, e nós vamos embora naquele momento. Então dentro da van, essas comunicações vão ficando muito práticas, no dia a dia, e a gente se entende no olhar mesmo (Íris).

Vivenciando esse cotidiano de campo com o CR é inevitável perceber como o trabalho acontece de forma coletiva. Existe uma conexão entre os sujeitos da equipe que vão se arranjando e se complementando no território. Íris conta que o técnico do CR sempre “empresta um vínculo”, citando como exemplo que, às vezes, a demanda inicial do sujeito é aferir a pressão, “Mas aí eu falo: ‘nossa, mas aqui psicóloga, chega aqui, conversa com a gente também.’ Então, eu aproveito essa abertura que ele dá para mim, para criar abertura para todos os outros profissionais também” (Íris).

Ametista, em determinado momento, nos apresentou uma adolescente que estava no território. Durante o atendimento, a adolescente estava mais reativa, por isso um trabalhador, ao perceber que havia muita gente ali, sem pronunciar uma palavra, acenou para o outro e parte da equipe se afastou, permanecendo apenas três pessoas no atendimento. Em outras situações, às vezes percebia um trabalhador avançando em campo para realizar algum atendimento, logo via-se outro da equipe se adiantando para que o colega não fosse sozinho, numa troca de olhar ou em um comentário (que para muitos poderia parecer aleatório). Eles se entendiam e seguiam sempre em duplas.

A presença do CR em campo traz uma pausa, um intervalo nessa cena, que é tão ativa e dinâmica, como relata Íris:

Eu acho que a nossa presença é uma pausa para muita gente. Está ali frenético, ou, às vezes está sentindo dor e vai ficar ali por um tempo, e aí quando a gente chega, a sensação que eu tenho é que um respiro para muita gente. Vai parar pra conversar, vai beber uma água, vai dar para sair um pouco disso aqui: “deixa eu dizer de outras coisas da minha vida”. E a gente é sempre muito bem recebido nesses locais, então a sensação que a gente tem, é de que quando a gente chega, de fato é um “respirinho” mesmo naquela rotina mais pesada (Íris).

Além desse intervalo proporcionado aos usuários nas cenas de uso, a partir da conversa com esses sujeitos a equipe possui um repertório de ofertas que pode ser utilizado pelos usuários em situação de rua, conforme o que cada um aceita ou não, e o serviço vai se reinventando diante das devolutivas que eles trazem. Camélia informou que tudo em relação ao cuidado em saúde é oferecido, sendo que alguns procedimentos são realizados pela equipe, e, outros, a

equipe CR atua como ponte, articulando o cuidado nos demais serviços da rede, por vezes, acompanhando os usuários e, nos casos com maior autonomia do sujeito, encaminhando e ofertando vale transporte social para o transporte público.

Segundo Camélia, o repertório de ofertas do CR consiste em:

Testagem de IST, pré-natal, acompanhamento de diabetes, pressão alta, vacinação, acompanhamento ginecológico, tudo referente à saúde. Orientações, prevenção, e acaba ampliando, a gente orienta jurídico, assistência (se referindo à Política de Assistência Social), encaminhamentos, compartilhamentos de caso, acionando outros serviços dependendo do caso, temos pacientes também com problemas referentes à justiça, que para a gente é uma estratégia importantíssima. Porque se aquele sujeito sai daquele local ali, realizando aquele uso prejudicial, se ele vai com a gente até para resolver a questão jurídica, já é saúde, porque ele está reduzindo esse dano. E ele largou o cachimbo, deu um intervalo para realizar essas questões, e vamos resolvendo outras questões, é o que ele precisa nesse contexto todo, é saúde e muito mais (Camélia).

Outro ponto importante de destacar do ato de Ametista ao convocar a equipe para atender a adolescente é que, da mesma forma que o CR serve de ponte entre os usuários e os demais serviços de saúde, os usuários que possuem vinculação com o CR se colocam como ponte entre eles e os outros usuários, permitindo que o serviço chegue o maior número possível. Em seu relato, Íris contou como os usuários também “emprestam seu vínculo” para que o serviço consiga acessar outros sujeitos, e falou de um encontro com Xisto, que também é amigo de Ametista:

Ele ficou um tempo afastado do território e agora ele volta, e é incrível como nem parece que ele ficou alguns meses fora. Ele volta com o vínculo e diz “olha gente, voltei de novo. Vou precisar de vocês de novo, quero colocar meu dente ainda” (se referindo a demanda de prótese dentária pelo SUS). Então toda vez que a gente chegava, ele fazia muito disso, de emprestar o vínculo dele, então ele vai te mostrando para as pessoas. Ele vai falando “fulano, pode confiar aqui, pode conversar com ela vai te ajudar”. Então tem sempre algumas pessoas no território que fazem esse papel, de recepcionar a gente, de dizer para as pessoas que está tudo bem, e o Xisto sempre foi essa pessoa no parque (Íris).

No meu último encontro com Ametista, a encontrei muito bonita, com um macacão preto. Conteí sobre a minha pesquisa, sobre o porquê de estar mais frequente no parque. Ela me recebeu bem, como o habitual, disse que dei sorte de encontrá-la naquele lugar, pois alugou um barracão na região e, por isso, estava ficando pouco no parque. Agora, segundo ela, “vou apenas quando tenho vontade, e estou usando bem menos”.

A relação que construí com Ametista me trouxe muitas reflexões sobre o uso de drogas pelas pessoas em situação de rua. No senso comum, veiculado pela mídia, no cotidiano, considerando o contexto de uma suposta “guerra às drogas”, ouvimos sempre colocações sobre

o crack e o seu alto poder destrutivo, mas pouco são problematizadas as condições de vida desses sujeitos que fazem o uso.

Por vezes, quando as condições de vida se tornam mais precárias, a droga surge como um recurso de alento, de suporte e anestesia para o insuportável. Evidentemente que Ametista é uma pessoa em situação de rua que possui maior organização da vida, e possui mais recursos simbólicos para construir suas saídas. Mas, percebe-se que quanto maior o acesso a condições mínimas de cidadania, condições dignas de sobrevivência, menor é a relação que o sujeito estabelece com a droga. Na medida em que outras possibilidades são construídas no cotidiano, outras atividades que fazem sentido entram na rotina, menos espaço a droga ocupa na vida.

Outro ponto interessante é perceber que, ao contrário do discurso proibicionista difundido, existem pessoas que usam crack socialmente, inclusive os trabalhadores que vão de uniforme ao parque, os que entram de carro para usar a substância e, em seguida, seguem para outras atividades, sem enquadrar-se no estereótipo socialmente construído do usuário, que seria como um “zumbi” ou “morto-vivo”. Nesse sentido, percebemos de forma nítida como os prejuízos do uso de drogas se colocam de maneiras diferentes na vida das populações mais vulnerabilizadas.

5.2.5 A capilaridade do CR: “A gente consegue perceber no pedacinho da beirada da calça”

Durante as entrevistas, a história de um usuário acompanhado pelo CR na regional Nordeste foi citada por vários trabalhadores. Eu não o conheci, mas, pelos relatos nas entrevistas, foi possível perceber como a construção do cuidado do Opala marcou os trabalhadores. A equipe diz que Opala não é seu nome real³⁷, mas, no território, todos o conhecem por esse nome.

Opala é um homem negro, fazia uso muito intenso de crack, trabalhava como atividade do tráfico, tinha cerca de 40 anos de idade e sempre andava com as roupas escuras, com blusa de frio, sempre todo coberto. As trabalhadoras disseram que “ele se camuflava um pouco ali no território (Íris); “a gente sempre via ele numa posição de uma barricada, que a gente não

³⁷ É comum, na rotina do CR, descobrir, após maior vinculação com os usuários, que o nome com que eles se apresentam no território não é seu nome real. Dessa forma, a equipe registra os dados reais para lançamento de atendimentos no sistema de informação do SUS, e mantém a utilização no cotidiano do nome fictício, considerando o desejo do usuário.

conseguia avistar este corpo” (Camélia). “E apesar de ele estar ali há anos, a gente também estava ali há anos, ele não dava uma brechinha para gente” (Íris).

A relação com a equipe se manteve dessa forma, até que um dia ele caiu em um bueiro e machucou a perna. Em seguida, outros usuários comentaram: “Opala caiu ali e está com a perna machucada, olha lá para ele”:

E um belo dia, ele na cena, no parque sentado, senta, a calça suspende um pouco e eu consigo perceber uma faixa na pontinha, e questiono para ele o que era aquilo. Quando ele levanta, a perna dele já estava sendo comido, (...) tinha anos que a gente atendia, e foi possível avistar somente daquela forma, estava com Mifase a perna dele. Ele não tinha identificado essa questão por si só, por esse uso intenso. (...) Eu pensei na época assim: "Poxa, tanto tempo atendendo e ele nunca trouxe". Mas a gente consegue perceber no pedacinho da beirada da calça, uma faixinha, e ali tinha uma coisa bem grave (Camélia).

Quando Íris foi avaliar, identificou que “estava caótico no primeiro momento, e ele precisava de uma medicação”. Opala foi levado ao Centro de Saúde e, após avaliação, prescreveram Benzetacil³⁸, mas, pelo horário – por volta de 18:30h –, não poderiam fazer o curativo, já que a sala do curativo estava fechada. Afirma Íris:

A primeira vez que a gente foi fazer esse curativo dele, era um breu, nossa! Já tinha escurecido, eram umas sete e tanto da noite. Quando é assim, os curativos são feitos à base de lanterna de celular, e aí eu faço esse curativo. Ele faz uso muito intenso, realmente ele não ficava muito tempo sem fazer uso, então naquele momento que eu estava fazendo curativo, ele estava super na fissura, sentindo muita dor, muito nervoso, muito agitado, e eu falei: “Não, pera aí, vamos resolver isso aqui para você ir embora logo” (Íris).

A equipe voltou com ele mais duas vezes ao Centro de Saúde para tomar as outras doses de Benzetacil e relataram que durante as esperas no Centro de Saúde ele sempre precisava sair, “dava um”³⁹ para aliviar a fissura e retornava, porque era muito difícil para ele ficar o tempo todo na unidade:

E assim, fazer curativo no centro de saúde, para a maioria ali que está “na atividade” não é possível, eles não chegam lá, ficam esperando, e vão voltar. Até porque eles estão trampano (trabalhando) o dia inteiro. E esse é um usuário que eu fiquei fazendo vários curativos nele, vários dias, e a gente foi vendo outra pessoa aparecendo. Dele conseguir conversar, dele conseguir dizer de onde que ele veio, onde ele faz as pausas dele, onde ele pode descansar. E aí uma vez, eu me lembro que eu estava conversando com ele, e eu comeci a perguntar coisas tipo assim: "Mas como é que você está dormindo? Você está bebendo bastante água?" E ele me olhava com uma cara tipo assim, como é que é, ninguém nunca me perguntou isso. E eu falava: "Olha, essa perna vai precisar disso também, tem outras coisas" (Íris).

³⁸ Medicação antibiótica que contém Penicilina.

³⁹ Ele saía, fumava uma pequena quantidade de crack, e retornava.

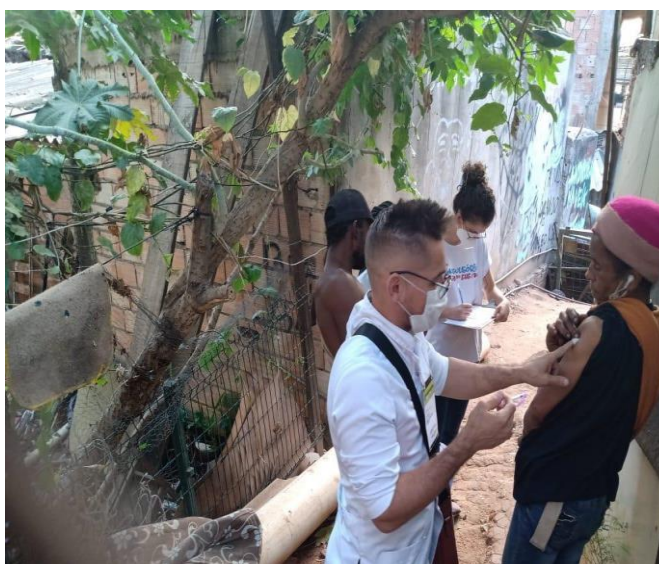
Segundo relatos da equipe, ele começou a dormir melhor e foram percebendo a melhora, as mudanças de hábitos, como o hábito de se cuidar, de conseguir conversar com a equipe quando chegava, de levantar a cabeça e cumprimentar os trabalhadores do CR e, hoje em dia, já conversa sempre com a equipe, afirma Íris:

E a gente fala que é incrível como uma pessoa que passava despercebida por todo mundo, agora ela se mostra, “olha estou aqui, tô me cuidando, fico menos aqui”, e em alguns momentos a gente vê que ele volta a ficar mais. Mas que é um sujeito que não permitia chegar perto, e depois desse tempo, de fazer os curativos, foi uma coisa muito bizarra mesmo, porque foi tocar no corpo ali, e dizer: "olha, estou aqui cuidando de você", que aparece outro sujeito ali (Íris).

A capilaridade desse serviço permite que ele tenha um acesso muito particular a essas pessoas e territórios, é como se o CR fosse uma franja, que está conectada a uma base (rede SUS/BH), mas que consegue chegar mais à frente, fazendo uma conexão entre o território e/ou sujeitos com a rede, atuando como ponte entre os sujeitos e demais serviços públicos.

Na regional Nordeste, a equipe relatou que, em determinado momento, negociou para que “os atividades” do tráfico que são PSR, atendidos pelo CR, pudessem ser vacinados com imunizante para Covid 19 durante o expediente do plantão⁴⁰. Camélia se animou ao contar que conseguiram e realizaram a vacinação pela equipe volante da imunização junto do CR. Tal ação mostra um pouco mais acerca da capilaridade do serviço nos territórios.

FIGURA 17 - Ação de vacinação



Fonte: Acervo pessoal: Brenda Margarido, 2022

⁴⁰ Plantão é a forma com que “os atividades” se referem à jornada de trabalho cumprida no tráfico.

Sobre o acesso dos usuários aos serviços de saúde, como elemento desafiador, Íris cita as articulações com os serviços de saúde:

Porque hoje a gente tem um sistema, que é o SUS que a gente ama, mas que está muito sobrecarregado, os profissionais que estão ali não têm acesso a um projeto de educação permanente, então, principalmente esses assuntos de pessoas em situação de rua, sobre o uso de substância, ainda tem várias ideias moralistas, preconceituosas, e isso vai refletir total no jeito das pessoas recebem nossos usuários. Então às vezes (...) vai até falar: "ah, tá usando mesmo, pode esperar". Às vezes a gente está falando de uma condução clínica, de uma fissura, que a gente precisa ter um olhar diferenciado, de que as vezes o usuário está na atividade e ele não vai conseguir vir esse horário de 16h para fazer o curativo, e o que a gente pode fazer em relação a isso? É muito difícil, que o serviço vai ficando muito engessado em termos de horários, em formas de acolher, em fluxos, e dão menos atenção para escuta e um cálculo do que pode ser feito com aquela situação. (...) Então é isso, as pessoas em situação de rua precisam de um cálculo diferenciado mesmo. Porque essa rotina que pra gente as vezes funciona tão bem, de acordar tal horário, de comer, de descansar, essa rotina não funciona dessa forma, a forma como as pessoas se organizam na rua é diferente mesmo. E se a gente trazer os mesmos parâmetros para ele, sempre vai dar ruim mesmo, a gente sempre vai achar que a pessoa não está querendo cuidar da saúde. É diferente, porque ele tem vários outros problemas que a gente não consegue nem mensurar (Íris).

A trabalhadora traz aspectos importantes de discussão em relação à educação permanente em saúde como estratégia fundamental de formação desses trabalhadores. Tal ação seria estratégica para o reconhecimento das necessidades de saúde da PSR, desmistificando os mitos que circulam em torno do uso de drogas e sobre a realidade de vida dessa população que possui contexto de vida muito distinto, e que requer adaptações do processo de trabalho para atendimento de suas demandas.

Sobre a necessidade de compreensão das diferenças de organização da vida por parte da PSR, um aspecto fundamental a ser efetivado no cotidiano dos serviços de saúde é a perspectiva da equidade que, inclusive, é diretriz para o Sistema Único de Saúde, mas, por vezes, não assimilada na ponta:

Essa lida com serviços de que precisa ser diferente é muito difícil, pensando também que são vários serviços, a gente articula com a saúde, a gente se articula com a assistência, a gente articula judiciário, defensoria pública, então são vários serviços diferentes que ficam conversando o tempo inteiro, sobre como que é, como que a gente pode conversar sobre o cuidado das pessoas (Íris).

Percebo que há uma desconexão de muitos trabalhadores da rede de saúde com a realidade da PSR e, por vezes, o CR fica como o serviço que precisa realizar arranjos ou contar com alguns profissionais estratégicos que encontram na rede para garantir o acesso dos sujeitos e mediar o diálogo com a equipe nos serviços de saúde.

O cuidado do CR nas cenas de uso é muito singular, muito focado na estratégia do caso a caso, nos sujeitos que o serviço alcança. Apesar da potência identificada na construção do cuidado individual desses sujeitos, é fundamental a construção de uma política municipal de cuidado da PSR, a partir do entendimento das barreiras simbólicas que essa população tem. É urgente a formação continuada da rede de saúde para o cuidado da população em situação de rua, construindo portas de acesso à saúde mais facilitadas e coletivas para a população em situação de rua da cidade.

5.2.6 A diversidade de histórias que cabem no parque: “É bom conversar com vocês, eu sinto um certo viver”

Nas cenas de uso há grande diversidade entre as pessoas que utilizam o espaço: PSR, jovens com maior poder aquisitivo, adultos, pessoas em uso de diferentes drogas, trabalhadores formais com uniforme e crachá, trabalhadores do tráfico, trabalhadores do sexo, dentre outros. Em campo, no Parque Professor Guilherme Lage, entramos pela entrada principal até onde a van chega e, de lá, seguimos avançando a pé até o local onde as pessoas fazem uso de SPA. Enquanto avançávamos, fui abordada por Bauxita, jovem de uns 19 anos, que me perguntou se eu sabia de algum grupo de ajuda para “pessoas que usam drogas”. Eu parei para conversar um pouco com ele, na tentativa de entender melhor qual era a sua demanda, e chamei Gerânio para atender comigo⁴¹.

Afastamos um pouco com Bauxita, para ter um pouco mais de privacidade no atendimento, e ele contou que era do Rio de Janeiro, havia terminado um relacionamento recentemente e, desde então, “não estava bem”. O jovem falou que essa frustração do fim do relacionamento o desorganizou psiquicamente. Após esse rompimento, ele veio para Belo Horizonte, e seu irmão o acolheu em casa, sendo o seu apoio. Bauxita disse que por causa dessa frustração está fazendo uso intenso de cocaína, que ficou muito tempo sem fazer uso, mas que naquele momento não estava conseguindo parar, intensificando o uso naqueles dias. Ele tinha uma questão moral bem marcada na fala, dizendo que não conseguia olhar no olho das pessoas, sentia muita culpa e vergonha pelo uso do pó: “Não é isso que Deus tem para a minha vida”.

⁴¹ Coloquei-me como observadora em campo, entretanto, em alguns momentos os sujeitos se direcionavam a mim, sendo possível recuar de um atendimento. Além disso, após a ampliação do serviço, as equipes estavam com diversas trabalhadoras novas, e houve momentos específicos em que precisaram contar comigo para apoiar as ações. Isso aconteceu também quando encontrei pessoas com quem eu tinha vínculo de atendimentos anteriores nos territórios da regional Nordeste, quando atuei como assistente social nessa regional.

Ele havia impresso 50 currículos, parte deles estava na mochila, desejava fazer “tudo certinho”, mas as coisas não estavam acontecendo como o planejado, estava muito mal e usando muita cocaína.

Em situações como essa, identifico a forma como o discurso moral imposto por uma política proibicionista não contribui para o cuidado em saúde das pessoas que fazem uso de drogas. Com o seu discurso de medo, essa política estimula a construção de um estigma dos usuários de drogas que contribui para a marginalização dos sujeitos que fazem seu uso, sem possibilitar uma conversa aberta, baseada em evidências científicas, para tratar da temática:

Existe um consenso entre os pesquisadores, que promovem a estratégia de RD, que os piores danos relacionados ao uso de drogas ilegalizadas não são resultados das propriedades intrínsecas das substâncias, mas sim do proibicionismo e da visão repressiva e reducionista da “droga”. A criminalização, a estigmatização, as dificuldades para o acesso aos serviços de saúde, a morbidade, a deterioração da qualidade de vida e a marginalização são condições construídas pelas mesmas políticas proibicionistas (ABAL, 2018, p.22).

Conversamos com Bauxita sobre RD, sobre as formas de fazer essa transição para essa possível abstinência da qual ele manifestava o desejo, mas que isso fosse construído de forma gradual, para também diminuir a culpa. Inclusive, sem perceber, ele apontava as frustrações como gatilho para um uso mais intenso. Oferecemos acompanhá-lo ao CERSAM AD como possibilidade de local de cuidado no SUS, porém, Bauxita disse que preferia ir em outro momento.

O atendimento do CR foi direcionado para a capacidade de lidar com esses momentos de maior frustração e para a importância de construir outras saídas que não passassem necessariamente pelo uso da cocaína. Ele conseguiu dizer que fuma um “chá” (se referindo ao uso de maconha) com o irmão, e que isso não o envergonha, mas, quanto ao uso de cocaína, afirmou que o irmão “não pode nem sonhar que eu cheiro”. Combinamos então que ele iria ao CERSAM AD em outro momento. Orientamos que não precisava contar para o irmão, que ele poderia ir para atendimentos pontuais. Gerânio fez um encaminhamento para que ele pudesse ter uma referência para acessar quando desejasse.

Observo, nesse atendimento, como tantas vezes o uso prejudicial de drogas não surge como “o problema” do sujeito, surge, entretanto, como uma forma de lidar, no caso de Bauxita, com as frustrações da vida, como o rompimento do relacionamento, o desemprego, a moral que o condena e “Deus”, a quem acredita estar decepcionando.

Por diversas vezes em campo observei várias pessoas que não estavam em situação de rua utilizando o espaço do parque para uso de drogas – pessoas bem-arrumadas, algumas com

uniforme de trabalho, outras em carro importado, entrando e fazendo uso na cena, para depois se retirarem. Como já dito, nem todo uso de drogas é necessariamente prejudicial, entendendo que as pessoas podem fazer um uso recreativo ou com menores danos sociais ou à saúde.

No parque, há divisões não verbalizadas, mas facilmente identificadas pelos perfis de uso e droga eleita. Na parte do corredor, próximo da entrada alternativa, é feito o uso de crack; quem usa maconha, geralmente faz uso mais internamente, entre as árvores, na pista de skate ou na pracinha dentro do parque. E, no final do dia, com destaque para as sextas-feiras, percebe-se grande volume de carros estacionados nas proximidades do Andiroba para buscar drogas. Sobre essa diversidade de pessoas que fazem uso na cena, Margarida diz:

É porque tem nossos usuários que estão espalhados por todo parque, mas é muito fácil de distinguir os que vão aceitar nosso atendimento ou não. A gente já conhece quem faz uso do parque, mas que não está muito a fim da gente, e vai conversar com eles, mas não se identificam com o nosso público, ou então não aceitam muita conversa (Margarida).

Para Margarida, o parque é o lugar mais diverso que ela conhece na regional Nordeste, “onde se encontra de tudo mesmo”, afirma. Há muitas pessoas que fazem o uso de drogas no local constantemente, mas não estão em situação de rua. Ela completa que, diferentemente do Andiroba, que “tem uma certa constância, as crianças que tão ali tão sempre ali, a gente interage com elas”, o parque, “é uma caixinha de surpresa, a gente não sabe muito o que tá acontecendo no parque quando a gente vai”. Ainda sobre as divisões deste espaço, Camélia completa:

É um parque que visivelmente é dividido. Metade do parque é a cena de uso e a outra metade do parque circula a comunidade que não realiza esse uso. Então, se você entrar, claramente está muito nítido que os usuários de drogas não transitam nesse lado, e nem essas pessoas que têm residência circulam nesse parque, transitam do lado de cá. (...) E dentro da cena do lado de cá, que é o lado que os usuários utilizam, tem outras divisões entre eles. Tem a parte do uso da droga, desse uso intenso, normalmente a droga eleita é o crack, tem outras pessoas fazendo utilização de outras substâncias, mas o predominante é o uso do crack mesmo. E tem um outro intervalo na parte de baixo onde ficam as profissionais do sexo, elas realizam os seus programas no espaço do parque. Após o parque (se referindo a parte externa), na rua lateral, tem uma cena que inclusive a gente chama de "pista", onde ficam as profissionais do sexo, que vão se dividir entre mulheres, mulheres trans, na própria pista tem essa divisão entre elas (Camélia).

A imagem do usuário de crack é muito associada a ideia do “nóia”⁴² e, por isso, é comum ouvir esse termo nos atendimentos de pessoas que elegem outras substâncias, quando respondem, assustadas, que não fazem o uso daquela.

A diversidade de pessoas e histórias de vida presentes na cena de uso do parque Professor Guilherme Lage evidencia, novamente, que o uso de drogas está relacionado a fatores sociais, atravessando diferentes classes sociais. Entretanto, é explícito como o uso prejudicial de drogas nas classes mais populares e, principalmente, nas populações vulnerabilizadas⁴³ traz consequências mais severas. No caso de Bauxita, estando desempregado e vivendo numa moradia cedida em outra cidade, não tem a possibilidade ou o privilégio de fazer um uso recreativo das substâncias que ele elege sem a culpa e sem o desespero por não ter renda. As pessoas mais pobres são muito mais expostas às violências do Estado (a exemplo da população espancada no parque e na Araribá) e do tráfico, bem como às diversas consequências do uso prejudicial (danos sociais e de saúde), diferentemente das que chegam de carro, compram a substância e seguem para um uso protegido em suas casas e festas.

A presença dos ditos “loucos” em situação de rua é muito comum, seja por “não caber” nos espaços sociais, como escola, família, igreja, comunidade, e foram repelidos a uma vida marginalizada, ou por desenvolver um sofrimento psíquico decorrente da realidade dura da vivência nas ruas: em campo, é impressionante observar a quantidade de pessoas em situação de rua em sofrimento mental e/ou em uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Outro dia, conheci Basalto, que me marcou muito. É um homem cis, jovem, com cerca pouco mais de 20, negro e magro. Estava deitado na sombra de uma árvore, na parte mais interna do parque, em um local mais isolado e com menor movimento. Quando a equipe se aproximou, ele foi receptivo e, aparentemente, desejava conversar. Eu fiquei mais na lateral, sem intervir, permanecendo no lugar da escuta e da observação. Ele tinha a fala desconexa em alguns momentos, misturando histórias, com alguns elementos um pouco soltos, era, visivelmente, um sujeito com sofrimento mental. Disse o quanto a vida era dura e difícil, que geralmente preferia ficar mais sozinho. Disse ainda não ter um ponto de fixação, mas escolhe

⁴² Em um artigo de Frúgoli e Spaggiari (ANO) há o relato de jovens que usam crack, mas afirmam não serem nóias. Chamar alguém de nóia naquele contexto é uma espécie de ofensa moral, direcionada a pessoas que teriam “perdido a dignidade”, revelando a atribuição de estigmas entre os usuários.

⁴³ Optei por utilizar aqui o termo “vulnerabilizadas”, considerando que o termo “vulnerável” remete a um suposto atributo do sujeito (a pessoa é vulnerável). Já o termo “vulnerabilizada” atenta para o processo social, para a estrutura social de desigualdade que coloca essas pessoas em uma posição de tão enorme desvantagem que as impede (ao menos naquele momento) de sair daquela situação.

o parque, às vezes, para descansar, porque lá é agradável, tem sombra e lugares mais quietos em que se pode ficar sem ser incomodado.

Durante a conversa, a arte educadora propõe planejarem fazer algo juntos, como desenhar, na tentativa de iniciar uma vinculação dele com o serviço. Depois, Basalto falou de coisas bonitas, como a pureza das crianças: "Eu gosto de criança porque elas olham nos nossos olhos com inocência, tem alegria em qualquer coisa, sabe? Às vezes não tem ninguém te notando, mas as crianças não, elas olham". Foi escurecendo, e o parque não é um lugar onde a equipe fica no período noturno, por não se sentir segura. Assim, antes de nos despedirmos, a arte educadora combinou de tentar encontrá-lo na semana seguinte. Ele então disse: "É bom conversar com vocês, eu sinto um certo viver. Vocês têm uma mente saudável".

Percebe-se como a atuação técnica do CR e a relação que o serviço estabelece com esses sujeitos vão muito além do cuidado biológico do corpo, do curativo, do atendimento do psicólogo, por exemplo. O CR tem uma dimensão de atuação de cuidado ampliado, enxergando esses sujeitos em sua integralidade, de forma que os procedimentos, a escuta, a arte, o acesso à cidade, o acesso a direitos sociais básicos, e o que mais o usuário apresentar como caminho, será parte da construção desse projeto terapêutico que contempla uma visão ampliada de saúde. Essa perspectiva é importante para a compreensão de que a PSR possui diversos atravessamentos que impactam em suas condições de vida e saúde.

5.3 Araribá e José Bonifácio: "Tá rolando"

A rua Araribá é uma via larga, perpendicular a uma das avenidas principais para o acesso ao centro de Belo Horizonte, a Avenida Antônio Carlos. Trata-se de uma cena de uso aberta, com no máximo 3 malocas, ao lado do Aglomerado Pedreira Prado Lopes, pessoas dormindo na calçada sem maloca, um fluxo grande de pessoas subindo e descendo, muitas pessoas sentadas na calçada fazendo uso de pedra (crack) em seus cachimbos. Na cidade, várias pessoas se referem a esse local como "Cracolândia": "Araribá é uma rua extensa, larga, (...) de um lado tem um comércio que é onde o pessoal que está fazendo uso do lado de cá, (...) tem um corredor que fica sentado fazendo uso (Amarilis)"; "um lugar de fácil acesso ao centro, é um lugar de passagem, não tem venda de substância, é uma rua aonde as pessoas vão pra poder fazer o uso, predominantemente do crack, mas também do álcool (Violeta)".

É uma cena cheia quantitativamente falando, uma via pública, uma rua, uma calçada, (...) além das pessoas que estão ali fazendo uso de substâncias, tem pessoas do território que circulam para o trabalho, para casa, é uma rua que passa ônibus, que tem

comércio e, além disso, uma rua que é acesso para o comércio de substância (referindo-se a compra de drogas ilícitas). Então, tudo acontece naquela cena, acontece o uso, acontece a venda, acontece o olhar do território através dos usuários que são os olheiros do tráfico que anunciam, é movimentação naquele território o tempo inteiro, então tudo que sobe, tudo que desce, tudo que chega e que vai, os olheiros anunciam, inclusive a gente. É isso, é muito cheio, então, assim, a gente encontra de tudo, usuários em contexto de intoxicação, usuários em crise, pessoas em muitos momentos com alguma questão de saúde mais urgente, então eu acho que é um turbilhão (...) dessa questão do uso de substância em cena pública, eu acho que a Araribá é bem emblemática, principalmente pelo lugar onde ela está (Tulipa).

A Araribá tem como característica ser um tipo rua que reúne tudo, está emaranhada no território, na cidade, muito próxima do centro, afirma Tulipa. Quando a equipe se aproximava em campo, algumas pessoas colocavam o cachimbo entre as pernas, escondendo, aguardando as pessoas passarem e, após a passagem, eles seguiam fazendo o uso. Percebi que esse ato de abaixar o cachimbo é feito em sinal de respeito a quem passava, considerando a leitura social de quais pessoas eram vistas como não usuárias de SPA. Nas entrevistas, Íris discorre sobre esse ato, que é comum na Araribá e, também, no Parque Professor Guilherme Lage:

Quando a gente chega eles tendem a parar ou: “vou sair daqui pra fazer o uso, e depois eu volto”; e, quando vai fazer o uso na nossa frente, sempre vai ter um outro usuário para dizer: “não dá pra fazer assim, a gente tem um limite, eles estão aqui para cuidar da gente”; “você não vai ficar fazendo uso na frente deles” (Íris).

A dinâmica da Araribá e da José Bonifácio é muito marcada pela presença da polícia e, também, é um território utilizado como ponto de apoio para o tráfico. “Os olheiros ficam espalhados pela rua, se comunicam o dia todo, a noite toda, 24 horas por dia”. Eles gritam entre si: “Se tá, se tá rolando, se tá tendo, se não, se a polícia chegou. Uma comunicação que funciona muito bem”; essa comunicação vai além do comércio de substâncias, tem relação com toda a dinâmica da comunidade, se revelando como um espaço de convivência. “Então é muito comum a gente estar lá fazendo campo e chega em um determinado ponto da rua está acontecendo uma partida de truco (...) e as pessoas estão em um momento de uso, que é um momento de cada um, mas estão em um momento de partilha” (Violeta).

FIGURA 18 - Dinâmica da Araribá entre a Cena de Uso e o Comércio



Fonte: Acervo pessoal: Amanda Lais, 2022

FIGURA 19 - Fluxo Araribá em sentido à rua José Bonifácio



Fonte: Acervo pessoal: Amanda Lais, 2022

Para Antúrio, os atividades que atuam na cena de uso como olheiros são os indivíduos em situação mais precarizadas, são linha de frente e permanecem mais expostos a todos os tipos de violência no território, pois eles “correm risco de tomar tapa na cara, porque eles são os primeiros a tomar” (referindo-se às abordagens da polícia militar) e, “se der mole também é arriscado perder a vida para os próprios facção⁴⁴, porque se eles estão na atividade eles estão sendo pagos, não é de graça, então a responsabilidade é maior”.

Sobre a cena de uso da Araribá, Antúrio descreveu que é:

Movimentada no sentido de população em situação de rua. É uma cena muito Rock'n Roll, muito pesada. Por ela ser pesada tem muito movimento de uso constante. Fora que tem as biqueiras que estão perto, uma do lado da outra também. E os usuários ficam em atividade, para olhar, ver se a polícia está vindo, para alertar os facção. Assim, tem pouca maloca, não tem muita maloca lá, no máximo deve ser umas 3 ou 4, porque acho que as malocas mais fixas são dos usuários que têm mais tempo. Porque lá também é um lugar transitório, não é um lugar que eles vêm e ficam. Eles vêm, usam, e voltam para o corre⁴⁵, depois voltam, é um lugar transitório (Antúrio).

⁴⁴ *Facção* é o indivíduo que vende a droga, diferentemente dos atividades, que são os olheiros. Muitos atividades são os próprios usuários, em grande parte pessoas em situação de rua, que vão ficar na atividade para avisar se a polícia está chegando, para avisar os *facção* para que dê tempo de “dar fuga” (Informação coletada em entrevista com a Antúrio).

⁴⁵ *Corre* é a palavra utilizada para designar a atividade informal de trabalho das pessoas em situação de rua, podendo ser “ir para o corre” fazer a reciclagem, ou ir para a função de atividade, ou tentar manguear algum dinheiro para algo, ou ir manguear uma comida, todas essas atividades poderiam ser designadas na gíria “ir fazer o corre”.

A atuação do tráfico traz regras para o funcionamento e a organização da dinâmica deste território, como afirma Violeta em entrevista:

Também existem diversas situações, onde a gente encontra pessoas em um processo tão intenso ali em função da próxima pedra, que isso chega a um nível do adoecimento psíquico, mas até mesmo nesse território, isso é encarado como uma vulnerabilidade. Então as pessoas que estão nesse uso intenso, até nesse lugar, às vezes elas não cabem, porque traz uma desordem naquela dinâmica. Uma pessoa que pode apontar alguma coisa pra Polícia, porque tem regras, tem leis, e são leis muito rígidas inclusive, para que aquele local possa existir, possa funcionar, uma proteção. (...) Por exemplo, lá não é um território onde criança e adolescente é bem-vindo, porque isso chama atenção da Polícia. Não é um local onde pessoas que têm um sofrimento psíquico e que estão assim, num franco surto, não é um local onde ela permanece por muito tempo (Violeta).

Um pouco abaixo, percebi a circulação de pessoas aparentemente voltando do trabalho, subindo a rua de mochila e bolsa, aparentemente, moradores do conjunto IAPI e da Pedreira Prado Lopes. Nesta cena, fiquei impressionada com uma senhora que estava fumando o cachimbo dentro de um grande saco plástico transparente que cobria todo o corpo dela, aparentemente, para ficar menos exposta, mas fazia um calor muito intenso para ela se manter completamente embrulhada naquele saco.

O IAPI é um conjunto habitacional dos anos 1940 (Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários) que atraiu a classe operária para uma moradia mais próxima do centro de Belo Horizonte, e visava solucionar o problema da moradia popular com a implantação da Cidade Industrial e o surgimento da Pedreira Prado Lopes, que é a mais antiga favela de Belo Horizonte, formada a partir da migração dos operários que trabalhavam na construção da cidade. A região está situada aos arredores da Avenida do Contorno, na parte externa dessa cidade inicialmente planejada, onde, em 1940, instalava-se a zona suburbana com suas casinhas⁴⁶ e barracões, formando os bairros Lagoinha, Calafate e Barro Preto, caracterizados pela falta de água, de esgoto, de transporte coletivo e pavimentação das ruas, com destaque ao bairro da Lagoinha, que recebeu parte dos trabalhadores que construíram a cidade de Belo Horizonte (CARNEIRO, 2016).

A chegada do CR em campo acontece numa van, a equipe multiprofissional desce do veículo com sacolas retornáveis com insumos de RD e vai realizando a abordagem das pessoas que estão no território:

A gente chega, vai chegando junto, cria uma permissão pra poder chegar, e depois a gente vai tentando (...) criar uma abertura para uma confiança, pra ver se existe alguma demanda de saúde naquele lugar, e saúde não envolve só saúde física, né? Nem

⁴⁶ Casebres, moradias precárias.

também uma demanda. É uma escuta, uma escuta sensível, é um parar, ouvir, receber, entender, e ali já tentar encaminhar ou direcionar pro cuidado que, que tá sendo demandado naquele momento (Azaleia).

A chegada do CR em campo sempre foi desenhada de forma muito cuidadosa, com as trabalhadoras se apropriando de estratégias para conseguir acessar os sujeitos. Durante a entrevista, Tulipa diz que sempre chega perguntando como estão, desejando bom dia e orientando a pedir licença. Segundo ela: "não é por se tratar de uma cena pública, que a gente vai chegar naquele espaço sem ter algum cuidado com relação à privacidade, ao momento do indivíduo. Eu acho que a gente precisa ter esse cuidado, (...) e ter muita atenção com a segurança deles".

A oferta de cuidado na perspectiva da Redução de Danos quebra a expectativa de reprovação que, inicialmente, alguns usuários esperam dos trabalhadores da saúde. Segundo Amarilis, essa estratégia faz com que eles cheguem

Sem aquela pressão, minha estratégia é chegar, apresentar o serviço, e tentar entender (...) porque eles estão ali, por exemplo, um usuário ali em uso, acendendo cachimbo, eu vou deixar ele (sic) suave, depois eu vou voltar e oferecer água, não vou cortar a onda da galera. (...) Eu acho que uma estratégia é chegar ouvindo o que está rolando mesmo, ofertar cuidado: "Ó, nós somos serviço de saúde, está tudo bem? Está precisando de alguma coisa?" Eu acho que sem julgamento mesmo, sem olhar o outro como uma ferida, de fazer mesmo uma escuta (Amarilis).

Percebo, em campo, uma delicadeza no escutar, uma disponibilidade para o outro a partir do que ele apresenta e, ao mesmo tempo, percebo combinados da equipe para fazer um pouco de "barra⁴⁷" para alguns sujeitos que, por vezes, demandam de forma incessante ou ficam "mangueando" os insumos das equipes. A equipe se comunica anteriormente e combina que todos dirão que o serviço não dispõe do material.

Durante a pesquisa, percebi que a dinâmica da rua José Bonifácio está relacionada com a da rua Araribá, como se uma fosse uma extensão da outra. No território, apesar das alterações da sua dinâmica, em todas as idas, percebia a vida que pulsava no lugar: uma padaria, um boteco com nome "Boteco Copo Sujo", um *Jukebox*, um mercado, de um lado da rua, várias pessoas em situação de rua, pessoas fazendo uso de crack na calçada, atividades dizendo "tá normal", do outro, o comércio funcionando normalmente, pessoas subindo a avenida voltando do trabalho, fluxo de carro, alguns usuários fazendo "bicos" no comércio, e isso tudo compõe uma paisagem/cenário só. Não há um estranhamento (e não digo que em algum momento não

⁴⁷ Termo utilizado pela equipe ao acordarem de não atender a todas as demandas dos usuários em alguma situação específica, a partir da avaliação que não seria positivo para a condução do caso.

haja conflito), mas há uma dinâmica, uma lógica comunitária, tudo ali se mistura e compõe uma grande cena diversa: “O pessoal que está do lado de cá na cena de uso trabalha pra esse comércio. Seja no comércio do tráfico, seja no comércio da padaria, da farmácia, no bar (...). Aí, a gente vê muitos usuários dançando no bar, assim, lugar que eles circulam mesmo.” (Amarilis).

A chegada do CR geralmente se dá de forma muito receptiva no território, as pessoas os reconhecem, chamam pelo nome, alguns usuários ao ver a van ou as camisas brancas do uniforme se aproximam e vêm até a equipe. Minha percepção sobre a chegada do CR é similar à retratada pela Tulipa:

Com muita tranquilidade e delicadeza (...), pelo menos nos meus 3 anos de Consultório de Rua, nunca soube de nenhuma resistência ou hostilidade com relação às abordagens (...), mas essa chegada nas cenas, sempre, sempre foi muito tranquila e muito nesse sentido, dos usuários já reconhecerem que a gente é um serviço de saúde e nos indicarem se naquele momento há de fato a possibilidade de chegada até a cena (Tulipa).

Toda a região do complexo da Lagoinha possui um grande volume de pessoas que fazem uso de crack, bem como um grande contingente de pessoas em situação de rua. No entanto, as cenas de uso das ruas Araribá e José Bonifácio percebi como locais transitórios, pois sempre encontrei gente nova. É um lugar muito dinâmico, porém, com algumas cenas muito frequentes: crianças brincando nos equipamentos da Academia da Cidade⁴⁸, pessoas em uso de SPA, gente passando, mais comércios, tudo numa lógica muito comunitária. Cabe toda essa diversidade de vida e de práticas em mesmo ambiente, tendo várias vezes encontrado as mesmas pessoas, como a exemplo de Rubi, Ônix, Safira e Berilo.

5.3.1 Safira e a produção do cuidado possível: “só ela tem maloca na Araribá”

Antes de ir a campo, fui me preparando para, talvez, não ser bem recebida naquele espaço, imaginando que haveria dias difíceis e, por isso, não queria criar muita expectativa, para não me frustrar. Entretanto, no final do primeiro dia, fiquei feliz com a “estreia” porque me senti acolhida pelas pessoas com quem me relacionei.

No meu primeiro dia de campo na Araribá, fui acompanhada por Amarilis e Azaleia, que foram acolhedoras comigo. Eu já sabia que havia uma gestante no território, que no dia

⁴⁸Instalações de equipamentos fixos de atividade física nos espaços públicos da cidade pela Prefeitura de Belo Horizonte. Esses equipamentos fazem parte da estrutura da Academia da Cidade.

anterior foi avaliada pela enfermeira do CR e estava com uma queda de saturação importante⁴⁹, mas não aceitou ser acompanhada pelo serviço na UPA (Unidade de Pronto Atendimento) do Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB). Na noite anterior, a equipe havia acionado o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e, após o serviço chegar, a gestante se recusou a se deslocar até a UPA.

Nesse dia, eu sabia que a equipe iria a campo para tentar abordar essa gestante, a fim de nova avaliação física, para encaminhá-la para o atendimento clínico em alguma unidade de saúde que ela aceitasse (serviço de urgência ou Centro de Saúde). Quando chegamos, a usuária Safira estava no canto de sua maloca. Safira é uma mulher, negra, cisgênero, magra, gestante, o rosto estava meio fundo nas laterais, bem emagrecida. Faz uso de crack, tem quatro filhos que vivem com sua mãe, perdeu um filho recém-nascido, que faleceu na maternidade. Amarilis ficou de longe, acredito que, por haver insistido muito com a usuária no dia anterior, não quisesse tensionar para que a usuária não desistisse e não tivesse antipatia por ela.

Por isso, Azaleia se aproximou e Safira avisou que ia “dar um”⁵⁰. Azaleia disse que iria respeitar o espaço dela, sugeriu que nós a acompanhássemos até o Centro de Saúde após “dar um”, e informou que, antes, iríamos até a parte mais baixa da rua Araribá atender outros usuários. Safira, então, topou o combinado. Percebi que a flexibilidade das trabalhadoras do CR se revelou como ferramenta fundamental para possibilitar a construção de vínculo e a possibilidade do cuidado em saúde. Por mais que a equipe soubesse que o uso de crack pode trazer prejuízos à saúde, foi importante respeitar Safira, seu espaço e suas escolhas, para que ela aceitasse ser cuidada e se cuidar, sempre na medida do que ela permitisse. Se a equipe lançasse mão de falas moralizantes ou muito prescritivas, afastaria a paciente.

Antúrio também aponta para situações como essa, a de conseguir chegar com o usuário para o atendimento no serviço de saúde como uma das maiores dificuldades de atuação do CR nas cenas de uso:

As dificuldades que têm nas cenas é de levar os usuários para consultar, cuidar do corpo, porque muitas das vezes ele está no corre, na correria do dia a dia. "Eu tô no corre. Tô na atividade". Porque muitas vezes marcamos um exame, um ultrassom, e aí não dá, fica difícil, porque os usuários às vezes, eles usam, eles não conseguem e falam: "Volta depois, estou doído, agora eu não consigo, não vou dar conta" (Antúrio).

⁴⁹ Trata-se de uma situação em que a paciente estava com uma diminuição de oxigenação no sangue, que resultou na dificuldade do oxigênio de chegar aos tecidos/órgãos. Os níveis abaixo do normal foram identificados com o uso de um oxímetro portátil no dedo.

⁵⁰ Referindo-se ao ato de fumar uma pedra.

A maloca de Safira estava colada no muro do conjunto IAPI, aonde retornamos para buscá-la; segundo Azaleia, “só a Safira tem maloca na Araribá, ninguém mais tem maloca na Araribá”. Ela havia terminado de fazer o uso de crack e informou que não iria com a equipe naquele momento porque estava descalça. Observei que havia vários calçados jogados na calçada próxima da sua maloca; vários pertences acumulados com um volume de roupas, restos de comida e de papel, tudo misturado à maloca. Era tanto acúmulo, que eu não consegui visualizar uma estrutura física de maloca ou a entrada por onde Safira pudesse passar, parecia-me apenas um acúmulo de objetos, como se ela se deitasse em cima daquele volume de roupas e calçados. Entretanto, depois de um tempo observando, consegui entender que era uma maloca. Como estratégia de levar Safira para o atendimento, considerando a preocupação que a equipe tinha devido à noite anterior, a equipe se organizou e comprou um chinelo havaianas, cor de rosa e com glitter, na farmácia em frente, de acordo com a escolha da Safira,⁵¹ e fomos ao Centro de Saúde de referência daquele território.

O enfermeiro da unidade foi bem receptivo, realizou o pré-natal de Safira, observamos que a saturação já havia aumentado (o risco do dia anterior parecia ter desaparecido naquele momento). Sentimos um alívio coletivo, Safira se envolveu na consulta e ficou feliz ao ouvir os batimentos cardíacos do bebê, que ela acreditava ser uma menina (informação que foi confirmada um pouco mais à frente). Safira afirma que está na rua, mas tem família; que todos os seus filhos moram com sua mãe e são bem cuidados, relatando que apenas um bebê morreu, por “vontade de Deus”. Safira conta ao pré-natalista que fez uso de seis comprimidos de Levozine para ficar calma – inicialmente, eu entendi “nevorzine”. Conversando com Amarilis, posteriormente, ela me contou que se tratava de Levomepromazina e, provavelmente, esse consumo levou à redução da saturação de Safira na noite anterior, mas, naquele momento, ela já passava bem.

Durante a consulta, Safira foi simpática comigo, aceitou minhas brincadeiras e intervenções. Finalizando o atendimento, o enfermeiro pré-natalista encaminhou Safira para avaliação médica, devido à tosse produtiva desde sábado, mas Safira sinalizou que não iria topar mais consultas naquele dia e que aceitaria voltar no dia seguinte. A equipe insistiu um pouco, mas, a partir de sua recusa, levou-a para lancha na porta da unidade, quando conseguimos

⁵¹ As equipes do Consultório na Rua possuem uma verba mensal para aquisição de insumos de Redução de Danos, aquisição de materiais de arte educação, ingressos para atividades de arte educação, ou outras aquisições que contribuam com a construção do cuidado no território, de acordo com as conduções definidas pela equipe.

perceber uma melhora significativa na lentidão que ela ainda apresentava no início do dia, provavelmente, por uma intoxicação com as medicações.

Por falta de serviços públicos de saúde que atuem de forma oportuna, adequando-se à realidade e às necessidades das pessoas em situação de rua, historicamente, esse grupo populacional tem dificuldades de procurar os serviços, pois conhece as limitações de acesso e se sente discriminado (BRASIL, 2008a *apud* BRASIL, 2009). Por isso, a flexibilidade na atuação do Consultório na Rua é necessária para adequar as ofertas às necessidades dos usuários, revelando-se como um serviço de baixa exigência, com um horário de atuação diferenciado, que considera a realidade e o contexto sociocultural das pessoas em situação de rua (período da tarde e noite), com o acolhimento dos usuários, mesmo que sob o efeito de substâncias, o que favorece o vínculo.

Percebo uma insistência das trabalhadoras na tentativa de cuidado da usuária, considerando o risco em saúde identificado anteriormente, mas, ao mesmo tempo, foi possível perceber uma disponibilidade de escuta da equipe, na qual, o sujeito atendido é colocado como peça central na construção do cuidado (de permitir a intervenção da equipe ou não) e a equipe vai barganhando, tentando criar atrativos para convencer o sujeito a se cuidar.

O diálogo e a escuta são ferramentas importantes para a atuação do serviço, utilizadas como estratégia de cuidado, como estratégia de vinculação, como afirma Lírio:

Então, pra conseguir esse vínculo com o usuário a gente usa da escuta, sabe, a gente mostra a ele que a gente está disposto a ouvi-lo, que a gente não tá ali pra poder só entregar algo, para poder só ofertar algo, mas também para ouvi-lo, entendê-lo. Então, isso normalmente é a estratégia que a gente usa no parque (referindo-se a atuação no Parque Guilherme Lage), ouvir os usuários e explicar o serviço pra eles, sabe, explicar sobre a Redução de Danos também e pra que essa confiança e esse vínculo seja firmado, que nós acreditamos que tudo, tudo vem daí, o vínculo com o usuário da confiança que ele tem na gente (Lírio).

Encontrei Safira logo na chegada na José Bonifácio, fiquei muito animada por ela ter me reconhecido. Me chamou de Patrícia, eu contei que era Priscilla, e ela brinca, dizendo: “Ah, é porque é Priscilla Patrícia”. Safira estava bem mais vitalizada do que no dia em que a conheci, estava animada com a gestação e andava com a mão nas costas empurrando a barriga para frente, acredito que como forma de mostrar que estava grávida. Ela estava acompanhada de uma colega e pediu que reafirmássemos publicamente para a amiga que ela está fazendo pré-natal, fez questão de mostrar que está gestando e brincou: “Mostra meu cartão de pré-natal, Consultório de Rua. Eu faço pré-natal direitinho, minha filha!”.

Essa fala de Safira me fez lembrar de quando ela relatou, no momento anterior, que seus filhos estão protegidos e que seguem aos cuidados da avó. Chegou a comentar em um momento que está na rua, “mas que não é qualquer uma”. Percebo, em sua fala, que ela queria mostrar que tinha um lugar, que estar na rua não significava que ela não estava se cuidando. Acredito que fazer o pré-natal para ela é uma forma de demonstrar que tinha um acompanhamento “adequado”, como se fosse um atestado de que ela estava fazendo parte ou cumprindo esse “rito social” da forma esperada socialmente, como ela mesma disse: “não sou qualquer uma”.

Sua fala remete à concepção de Filho e Moura (1998) sobre a humilhação social como modalidade de angústia, resultante do impacto traumático da desigualdade de classes. A humilhação, para os pobres (aqui situo no contexto das pessoas em situação de rua), é uma realidade sentida no cotidiano como iminente, sempre à espreita, sendo que o sentimento de não possuir direitos, de parecer desprezível e repugnante lhes é imposto, como se fossem seres que ninguém vê. Corpos como o de Safira têm sua cidadania negada e são colocados socialmente num lugar de nenhum valor. Dessa forma, coisas tão simples para grande parte da sociedade e que garantem um mínimo de dignidade ou de acesso à cidadania, para ela é uma afirmação de que ela “não é como as pessoas acham que é” e, por isso, reafirma que tem um lugar, um lugar de cidadã, de pessoa que acessa um direito – no caso, fazer o pré-natal ou ter a garantia de cuidado adequado de seus filhos.

É profundamente grave que os pobres (assim como as pessoas em situação de rua) esperem uma mensagem implícita que afirme para esses sujeitos: "você são inferiores" (FILHO; MOURA, 1998). A marginalização desses corpos também se dá pela (re)produção midiática do estigma social ao qual os usuários de SPA's estão submetidos ao viver em situação de rua e nas cenas de uso. Estigma que é incorporado pelos próprios usuários, contribuindo para a construção de uma imagem negativa desses indivíduos perante a população.

O encontro com Safira na rua José Bonifácio também me fez romper com uma perspectiva mais administrativa sobre esses locais e possibilitou outra forma de perceber aquele espaço. Anteriormente, na minha percepção de coordenadora, havia uma separação da rua Araribá e da rua José Bonifácio, mas, na prática, há uma conexão entre esses locais, as mesmas pessoas circulam em ambas as ruas, que são perpendiculares. O consumo, a circulação, o fluxo de compra e o uso passam por ambos os locais. Essa percepção em campo me trouxe uma associação à experiência etnográfica de Frúgoli e Spaggiari (2010), quando passaram a relativizar certos “determinismos territoriais” (nas palavras dos autores), e se propuseram a analisar a cracolândia de São Paulo como uma territorialidade itinerante, ao perceberem que a

cena de uso era marcada por certa mobilidade e que se relacionava com atores sociais inseridos na dinâmica observada.

Seguimos para a rua Araribá e avistei a maloca de Safira muito mais organizada (assim como ela). A maloca estava na calçada, atrás de um poste, fechada, consegui identificar que era uma maloca, sem acúmulo de coisas no local, e havia uma boneca de tecido cor de rosa amarrada no poste, como objeto decorativo. Perceber a organização da maloca e o encontro com Safira mais organizada e vitalizada me fez refletir que, possivelmente, a atuação do CR teve influência na forma como a usuária estava nesse encontro posterior. A baixa exigência do serviço permitiu acessar Safira e outros sujeitos que dificilmente serviços tradicionais acessam, possibilitando construções com o outro por meio do vínculo, da Redução de Danos e, aos poucos, a construção de uma vida mais saudável. É potente assistir à atuação do serviço, sem colocar sobre o outro uma expectativa de um modelo ideal, permitindo um cuidado em saúde que considere a autonomia e a singularidade do sujeito atendido, cuidando na medida do que o outro permite ou deseja, sem julgamentos morais.

A atuação numa lógica de baixa exigência é diretriz do Ministério da Saúde para os serviços que atuam com a população em situação de rua e no campo de álcool e drogas. Surge como estratégia do SUS para a adesão ao cuidado e para a Redução de Danos, como forma de promoção de autonomia e exercício de cidadania, sempre buscando o protagonismo do usuário nessa construção. A atuação dos profissionais de saúde precisa se aproximar dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua, bem como o serviço deve adequar seu horário de funcionamento às demandas desses usuários, possibilitando o acolhimento, mesmo sob o efeito de substâncias, e com oferta de insumos de proteção à saúde e à vida, como agulhas e seringas limpas, preservativos, etc. (BRASIL, 2011, 2012b).

Goldblum (2020) discorre sobre a importância das ações de cuidado usadas pelas equipes do Consultório na Rua do Rio de Janeiro seguirem uma lógica inversa para promover acesso de acordo com as especificidades dos usuários, sem expectativa de que o usuário adeque suas características ao serviço. Para ele, atuar numa perspectiva de baixa exigência e alta disponibilidade envolve ser um serviço de acesso com ou sem agendamento, com a não-exigência de documentação, bem como a disponibilidade de acolher o sujeito intoxicado, não exigir estar abstinente, apresentando-se como um serviço que facilita o acesso do usuário que, historicamente, encontra muitas barreiras ao procurar um serviço de saúde (GOLDBLUM, 2020).

Além da flexibilidade por parte dos trabalhadores e da baixa exigência do serviço, a relativa proximidade com o tráfico se revela como uma estratégia do serviço para permanecer com as ofertas de cuidado no território. Na rua Araribá, Antúrio se esforçou para me incluir em tudo que foi possível, apresentou-me para o Ônix, uma das atividades com maior conceito (segundo ela) que trabalha por lá. O CR, por vezes, estabelece uma relação de proximidade e diálogo superficial com o tráfico, pensando que em muitas situações são essas pessoas que definem as regras desse local e, em outras vezes, o serviço precisa solicitar autorização para entrar, ou permanecer em locais onde há PSR e há uma liderança local. Em alguns momentos, são as atividades que avisam à equipe do CR que aquele momento não é adequado para se permanecer, e a equipe escuta, sempre atenta essas orientações. O profissional redutor de danos tem grande importância para a equipe na leitura da dinâmica territorial, sendo a pessoa que geralmente identifica essas lideranças, conhece um pouco do funcionamento das ruas e inicia as negociações de permanência no espaço.

Ao chegar na rua Araribá, eu sempre “corria os olhos”, na tentativa de encontrar Safira ou sua maloca. A maloca dela me sinalizava um pouco das condições em que ela se encontrava - em alguns momentos a encontrei, noutros, mesmo sem a encontrar, sempre tive notícias dela. É como se Safira fizesse parte daquele lugar, mesmo sem estar presente. Sabendo que a usuária teve uma filha, que ficou poucos dias com ela na maternidade e, após a alta, foi abrigada, percebi que a sua maloca não estava mais naquela rua (inclusive, era a única maloca que antes permanecia nessa cena).

A equipe me relatou que Safira seguia encontrando a filha nos dias e horários previstos para visitas, com o apoio do CR, conseguiu uma casa cedida por um morador na comunidade Pedreira Prado Lopes e seguia tentando se organizar para tentar reaver a guarda da filha. Soube, ainda, que as visitas à filha no abrigo eram um misto de alegria e muito sofrimento, por ela sempre ir animada para esse encontro, mas voltava muito triste por não poder retornar com sua criança.

É importante demarcar que o abrigamento pelo Estado dos filhos das mulheres em situação de rua ou usuárias de álcool e outras drogas, por vezes de forma compulsória, também se revela como violência estatal, onde o Estado não garante um mínimo de condições dignas de sobrevivência a esses sujeitos, mas surge como forma de punir mais uma vez esses corpos historicamente violados, retirando a possibilidade de exercício da maternagem, quando é o desejo dessas mulheres.

Sobre o perfil das pessoas que estão em situação de rua na Araribá e José Bonifácio, Amarilis relata que:

É uma galera preta, a escolaridade é baixa, às vezes é uma galera trans que sai de um processo de violência em casa, foi pra rua porque não estava dando conta da casa, mulher que estava em casa sofrendo violência e vai pra rua, e aí essas pessoas encontram violência também, o tempo inteiro. Violência da polícia, violência de quem está na rua, violência de instituição, violência do comércio que paga 10 reais para galera ficar lá trabalhando o dia inteiro repondo estoque, higienizando prateleira (Amarilis).

A população em situação de rua que vive na cena de uso da Araribá sofre múltiplas violências cotidianamente. São corpos desprovidos de qualquer bem, e lidos socialmente como desvalidos, passíveis de serem explorados pelo comércio, pelo tráfico, violentados pelo Estado e vivendo em uma profunda situação de precariedade de condições de vida. Diante de um cenário tão adverso,

Eu acho que o desafio mesmo na Araribá é não deixar que a gente o tempo inteiro fique só na questão clínica mesmo. Porque ali tem muita questão clínica, então a gente vai pensar, assim, que vai chegar, vai ter demanda clínica, muita demanda clínica, mas a gente tem que ver para além disso, ver o que que a gente pode ofertar para além de demanda clínica mesmo. Ir lá, atender um usuário que está com uma gonorreia, e depois ele volta pro território sem construir nada. Eu acho que o cuidado que a gente tem que ter é isso, de não deixar que fique só no imediatismo mesmo, na “fazeção” clínica ali. Porque se a gente piscar, a gente só faz isso mesmo, não tem uma construção (Amarilis).

O fenômeno da população em situação de rua é complexo e, em um cenário de tantas privações e tamanha adversidades, não seria compatível responder essas sobreposições de vulnerabilidades com respostas simplistas, ou com a redução do fenômeno ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A articulação intersetorial se revela como o caminho mais palpável para a superação de parte das violações experimentadas por esses corpos, de forma a construir possibilidades de acesso e garantia de direitos a tais sujeitos:

Eu acho que o Consultório de Rua, ele traz possibilidade de acesso aos outros lugares na cidade. Que o usuário, se ele ficasse ali sem o Consultório de Rua, ele não iria acessar. Assim, por exemplo, fazer um piquenique no parque da Lagoa do Nado, ou na Pampulha, vamos fazer uma articulação com abrigo, com abrigo de família, eu acho que dá acesso a outros serviços. Uma menina trans adolescente que está em situação de rua e que tá fazendo hormonização na rua, por conta, a gente consegue articular, chegar nessa usuária, articular, articula com CIAM (Centro Integrado de Atendimento à Mulher), articula com CRLGBT (Centro de Referência LGBT), e consegue chegar com ela no Ambulatório Trans, no Centro de Saúde, no CERSAMI (Centro de Referência em Saúde Mental Infanto-Juvenil), consegue articular abrigo que não seja o abrigo São Paulo, por exemplo, que não é porta aberta, tipo o abrigo Copacabana, que atende melhor essa mulher (...) e eu acho que não tem outro serviço

que faça isso, assim, eu acho que não vai ter ninguém que vá dar conta, porque às vezes o usuário não vai nem chegar no Centro de Saúde por conta, e ainda que ele chegue, tem muita barreira ainda pra ele conseguir ser atendido, pra conseguir ser atendido bem, então eu acho que além também do cuidado com o usuário, quando a gente chega no Centro de Saúde para discutir com o pessoal os casos, a gente leva também outro ponto de vista. Porque a galera que está no serviço vê uma pessoa em situação de rua chegando. A gente leva a história desse sujeito de uma outra perspectiva, que não é só o usuário que está em situação de rua e faz uso de drogas. Eu acho que o Consultório de Rua também tem essa função que possibilita mais o acesso de usuário no Centro de Saúde ou em qualquer outro serviço (Amarilis).

Durante a pesquisa, o CR se revelou como um serviço articulador, por vezes, o único serviço estatal que acessa esses sujeitos pela forma flexível em que consegue se apresentar e, a partir da vinculação com esses sujeitos, vai possibilitando o acesso à cidade (mesmo que ainda restrito) e a outros serviços públicos da rede por meio de articulação intersetorial.

Há grande potência no CR enquanto serviço de saúde articulador que propõe o cuidado numa perspectiva de clínica ampliada, considerando princípios como subjetividade e autonomia do público atendido. Percebo que o serviço se adequa ao sujeito e suas condições no momento, ao invés de forçar um encaixe nos rígidos protocolos da saúde (aqui não invalido a necessidade de estabelecimento de fluxos e protocolos, entretanto, discuto a dificuldade de rever os processos protocolares para a garantia do direito de acesso da PSR numa perspectiva de equidade).

O desgaste que as equipes vivenciam ao insistir com a rede para a garantia do acesso ao usuário em situação de rua resulta em muitos ruídos nas relações entre as trabalhadoras do CR e trabalhadores de outros serviços. Mesmo compondo a rede assistencial do SUS/BH, por vezes, os sujeitos acompanhados são vistos pelos serviços desta rede como “pacientes do CR”, e não há uma apropriação para a construção de um cuidado compartilhado. Por outro lado, o CR, muitas vezes, em função desses desgastes relacionais, emprega o “jeitinho”, na tentativa de construir arranjos com alguns profissionais da rede (o que é, por vezes, até interpretado como um favor), que possuem maior disponibilidade para acolher esses casos. Apesar de estratégicos (talvez até mesmo subversivos), na tentativa de garantir o acesso dos usuários a alguns recursos do SUS, esses arranjos não garantem a continuidade do cuidado, e não suprem os problemas de acesso da PSR à rede SUS/BH.

É necessário demarcar que “a garantia da integralidade do cuidado tem que ser responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual, muitas vezes desesperada, de cada usuário individual” (CECILIO, 2006, p. 122), ou, neste caso, das equipes CR. Nesse sentido, torna-se necessária a construção de uma maior institucionalização dessa relação, com criação de fluxos diferenciados para atendimentos da PSR, com ampla divulgação

à rede assistencial no SUS/BH. Essas mudanças são necessárias para a garantia do acesso da PSR de forma equânime e para a viabilização do acesso da PSR de forma mais fluida, considerando a necessidade de construção de maior qualidade de acesso a esse público quando se deslocarem para o atendimento nos serviços de saúde sem a presença da equipe CR, bem como uma melhora dos desgastes nas relações do CR com a rede.

5.3.2 Ser mulher em situação de rua: “ela não sofre a violência de todos os homens, e o preço que ela paga é de sofrer a violência desse homem”

As equipes do CR presenciam cotidianamente relatos de violência de gênero sofridas por mulheres acompanhadas pelo serviço, conforme relatado anteriormente sobre a regional Nordeste. Violeta relatou, emocionada, um acompanhamento em saúde que a equipe tentava construir com a usuária na regional Noroeste, mas perceberam que:

Ela estava numa relação muito abusiva, um companheiro muito agressivo, e ela sofria muito com isso; (...) ela era dessas mulheres bravas, mas quando esse homem chegava, ela diminuía de um tamanho, que assim, ela sumia. E a gente ali com expectativas. Muitas coisas deram certo em determinados momentos, mas ela estava num sofrimento muito grande, e o desfecho dela foi o desfecho dessas situações que a gente vê, uma vítima de feminicídio, que foi esfaqueada pelo companheiro na rua (Violeta).

Azaleia também abordou esse caso na entrevista. Segundo ela, aconteceu na esquina da Araribá, em 2020, quando o companheiro a matou a facadas no beco:

A gente desceu, ofertou bala, as pessoas também não estavam sorrindo, não estavam recebendo a gente, e aí uma usuária, que é mais íntima falou, "*A Turquesa foi assassinada*" (...) e aí gente entendeu que o que a gente tava sentindo era um luto, e ao mesmo tempo um desespero porque essa mulher (...) a gente tratava dela, (...) já tinha encaminhado para serviços, já tinha acionado a rede, a rede estava ali tentando trabalhar essa questão da violência contra mulher, com ela principalmente, com agressor também, que intimidava a gente, várias vezes, ele com o corpo intimidou o nosso trabalho, e ele recusava conversar com as mulheres da van, ele só conversava com o Antúrio, que era o homem e com o Crisântemo, que era o motorista, ele não conversava com a gente. E aí, quando a gente entendeu esse luto, essa tristeza, essa revolta, esse desespero, aí a gente precisou parar um pouco, parar a van, e a gente se cuidar pra dar conta de cuidar, porque na outra rua o fluxo continua (Azaleia).

Assim como relatado sobre a regional Nordeste anteriormente, as vivências da situação de rua pelas mulheres trazem desafios ainda mais perversos do que os já vivenciados pelos homens. Sobre esse processo, anterior ao feminicídio, a trabalhadora desabafa que:

É uma história que me marcou muito, porque eu já olhava e tipo, estava previsível que isso ia acontecer, e aquilo causava uma angústia tão grande. (...) E a gente angustiada junto com ela, sofrendo junto com ela, mas, (...) acabou por acontecer. E o companheiro, né, ele também, né, com os homens o acompanhamento é de outra ordem, a gente, né, mulher, particularmente, eu reconheço como profissional, eu tenho muita dificuldade de lidar com o homem agressor, é uma coisa que eu tô cuidando, eu tô tratando, porque ele também é violado de inúmeras maneiras, e que também precisa de cuidados (Violeta).

É recorrente na rotina do CR se deparar com relatos de situações de violência de gênero, das mais diversas formas. Um dia em campo na Araribá, encontramos Rubi, a mesma mulher que, noutro dia, eu havia encontrado por lá brincando de “guerra de água”. A equipe chegou e a abordou para perguntar por que ela faltou na consulta ginecológica, e ela respondeu que não conseguiu ir, solicitou à equipe que remarcasse, pois precisava muito da consulta e permanecia com queixas ginecológicas. Ela perguntou para Hibisco depois de quanto tempo infectado aparecem os sintomas de Gonorreia. Ela conta que o companheiro direciona a ela a culpa de uma possível transmissão de IST, o que diz muito dessa realidade que vivenciamos em campo, a das mulheres permanecerem em um lugar de opressão diante dos companheiros. Hibisco explicou que não era preciso ir por esse caminho de reflexão, que o importante era confirmar o diagnóstico e cuidar:

No caso das mulheres em específico, tem algumas mulheres numa situação de fragilidade muito, muito grande! Geralmente é um caso que a gente tá acompanhando, em específico, de uma mulher que permanece no local com o companheiro, e o companheiro faz com que ela fique ainda mais vulnerável, aumenta a vulnerabilidade dela, porque ela não sofre a violência de todos os homens, e o preço que ela paga é de sofrer a violência desse homem. É uma violência! Então, a situação das mulheres em específico, é muito específica. (...) E tem umas mulheres muito, como eu posso falar essa palavra? Bravas? Que é (...) uma forma inclusive de se resguardar, de se proteger, ficam briguentas mesmo, são lutadoras. E que falam alto, que gritam, que ameaçam porque é a forma delas de conseguir se impor num meio tão machista e violento (Violeta).

Pensando na realidade e nas vulnerabilidades atreladas ao ser mulher em situação de rua, é importante distinguir que grande parte dessas vulnerabilidades não está associada necessariamente ao uso de drogas. O curta-metragem de Dias (2019) retrata três mulheres em situação de rua acompanhadas pelo CR contando suas histórias, relações, dificuldades e sonhos a partir da pergunta: Como é ser mulher e estar em situação de rua? Nesse documentário, é possível compreender um pouco como as histórias dessas mulheres são atravessadas por violências (física, patrimonial, sexual etc.). Uma mulher foi submetida a um casamento forçado com 13 anos e, durante a separação, teve a filha roubada pelo pai da criança – e nunca mais a

viu. Mulheres que relatam ser tratadas como coisa, mulheres que sofreram violência física na rua.

De uma forma geral, tem-se a ideia de família como órgão protetivo e, para muitos, a família cumpre essa função, que é reafirmada no Estatuto da Criança e do Adolescente – carrega esse teor no seu 4º artigo, que define que é “dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade”, a efetivação dos direitos das crianças e adolescente (BRASIL, 1990). Entretanto, considerando a multiplicidade de formas de organização familiar, para muitas pessoas, a família se revela como o núcleo violador e, por vezes, o estar na rua, por mais difícil que seja, pode se tornar para elas mais suportável do que o ambiente familiar. De todas as histórias que vi e ouvi em campo com o CR (seja na função de assistente social, coordenadora ou pesquisadora), sempre presenciei histórias muito duras de violência, de violação de direitos, marcados pela ausência do Estado, pela falta de recursos comunitários, pela pobreza, pelo desemprego e pela grande precariedade da vida.

A violência no cotidiano da rua surge de forma rotineira e com diversas roupagens, seja violência do tráfico, estatal, do território ou da segurança pública. Entretanto, as mulheres em situação de rua estão expostas a violências muito específicas, que são as violências de gênero:

Um problema de saúde com importância crescente e no qual a determinação das relações de gênero ocupa uma posição central é a violência. Por um lado, a violência urbana afeta de maneira desproporcional os homens; por outro, a violência doméstica afeta desproporcionalmente as mulheres. Além de vários determinantes socioeconômicos, políticos e culturais, as relações de gênero desempenham papel fundamental na produção desses agravos à saúde (BARATA, 2009).

Na presente pesquisa, as questões de gênero se apresentam como uma lacuna que me chama a atenção para a necessidade de seguir um percurso de pesquisa para uma melhor compreensão acerca da saúde da população em situação de rua sob a perspectiva de gênero, considerando que os fenômenos sociais e econômicos são mediados pelas relações de gênero, determinando riscos bastante diferenciados para homens e mulheres nas mesmas condições sociais (BARATA, 2009).

Situações como a do acompanhamento para tratamento da possível IST de Rubi, em que houve continuidade do cuidado, foram vistas de forma recorrente em campo. A descontinuidade do cuidado nessas situações se deu pelo fato de a usuária (o) não conseguir chegar ao centro de saúde para atendimento agendado pelo CR (devido às barreiras simbólicas, já tratadas anteriormente) ou pela falta de resolutividade do CR por meio de ofertas mais amplas de cuidado.

Em situações como as exemplificadas, quando não se consegue a superação dessas barreiras (que devem ser tratadas como objetos de intervenção de política pública a longo prazo), é importante que o CR tenha uma maior possibilidade de resolutividade em campo para a continuidade do cuidado. A falta de avanço nas possibilidades de repertórios clínicos de cuidado contribui para que essa população, historicamente desassistida, permaneça sem acesso ao tratamento.

5.3.3 Organização da casa e organização da vida: “E quantos segredos não foram guardados nessa maloca?”

Outro dia, junto à equipe CR Noroeste, após realização de campo na Araribá, fomos à trincheira Celso Mello Azevedo, local com várias pessoas em situação de rua em malocas. Percebi as malocas um pouco separadas e com a infraestrutura um pouco mais organizada do que a vista no mesmo dia na Araribá. Conversei um pouco com a equipe sobre a percepção de que muitas vezes (não necessariamente todas), as pessoas que estão com malocas nas cenas de uso são vistas como menos organizadas. Em contraponto, as pessoas que vivem com as malocas em outros pontos, como, por exemplo, o identificado na trincheira, são sujeitos que também fazem o uso de SPA's (em sua maioria), mas conseguem dar uma pausa quando a equipe chega, mantêm o local de moradia mais organizado, por vezes, decorado, desenvolvem atividades laborais com maior organização do turno de trabalho e, de uma forma geral, se mantêm mais organizados⁵².

Na trincheira, algumas malocas tinham uma estrutura de bambu que dava uma forma quadrada para as moradias, várias delas decoradas, com porta bem definida – percebemos uma lógica de vizinhança e certa coletividade entre os sujeitos que ali moravam. Observei a maloca de um usuário acompanhado, que é cadeirante e, no momento da abordagem, estava dormindo. Optamos por não o acordar, mas pude ver uma maloca mais baixa, considerando a acessibilidade necessária para ele. Então, nós olhávamos a maloca por cima, dava para vê-la por inteiro. A maloca possuía uma divisão de cômodos, estava enfeitada, tinha um boneco do Capitão América, flores artificiais, potes com mantimentos organizados em cima de uma

⁵² A palavra “organização” aqui utilizada não tem a pretensão de atribuir nenhum juízo de valor, entretanto, busca representar como essas pessoas conseguem – apesar das vulnerabilidades já implícitas nas condições de vida no espaço da rua – manter hábitos que as preservam de uma condição de precariedade da vida ainda maior.

mesinha que parecia uma carteira escolar. Ao lado da maloca havia um fogão feito com lata e lenha⁵³.

Percebi, nesses locais, um esforço dos usuários de aproximar a organização da maloca à de uma casa convencional. Acredito que isso proporcione um sentido de organização importante para esses sujeitos, percebendo que essas pessoas possuem mais recursos individuais (sejam recursos simbólicos ou de organização psíquica), pois há uma percepção crítica maior do que é o exterior (público) e o interior (o espaço da sua casa), pensando na maloca como moradia, um lugar privado, mais delimitado. Nas cenas de uso, tenho a impressão de que a permanência em local mais aberto se dá de forma mais exposta e, conseqüentemente, mais vulnerável.

Sobre as diferenças dos territórios da Trincheira e da cena de uso da Araribá e José Bonifácio, Amarilis observa:

Eu acho que nas cenas de uso, é diferente de quando a gente chega, por exemplo, num território que não é cena, que não é só cena de uso, que tem maloca. Na Araribá e na José Bonifácio é uma galera que a gente tem que investir mais, que começa a ir em Centro de Saúde, dali a pouco não dá muito conta, o pessoal que não tem muita borda mesmo, assim, que fica muito solto, sabe? Por exemplo, na Trincheira, a gente chega, a gente consegue marcar um horário, é como se tivesse um horarizinho mesmo: “De manhã eu levanto, vou trabalhar, chego 17 horas, 17 horas você chega aqui que eu vou ter chegado do trabalho, vocês me acompanham pro Centro de Saúde”. Na Araribá não tem esse funcionamento. A galera fica o tempo inteiro na atividade, então, a gente tem que lidar melhor, como chegar, e a gente insiste mais. É uma galera que está clinicamente muito pior do que as das outras cenas, que o corpo sente mais, porque ali, por exemplo, na cena, fica o tempo inteiro no sol, e o corpo sente muito de estar ali, sempre uma galera muito emagrecida (Amarilis).

Essa busca por um lugar com estrutura mais próxima de uma casa tradicional é importante para esses sujeitos, pois traz maiores possibilidades de organização, o que gera preocupações acerca das abordagens, por agentes públicos, para retirada de pertences das pessoas em situação de rua, com intuito de fiscalização de controle urbanístico e ambiental. A Subsecretaria de Fiscalização da PBH tem como missão “promover e assegurar o ordenamento urbano e ambiental do Município de Belo Horizonte, gerando valor compartilhado para garantir a conformação de uma cidade racional, inclusiva, segura e sustentável” (PBH, 2022). Entretanto, tais abordagens, que visam tirar o acúmulo nas vias públicas, geram conseqüências duras na vida das pessoas que têm a via pública como espaço de moradia. Para esses sujeitos,

⁵³ Alguns meses depois tive a notícia de que esse usuário acompanhado tinha pendências judiciais, sendo detido e levado para o cárcere após uma abordagem policial no local.

ter seus pertences retirados os coloca numa situação de maior vulnerabilidade, maior exposição aos fenômenos climáticos e, até mesmo, provoca desorganização psíquica com as abordagens.

Observar as malocas, as formas de habitação das pessoas em situação de rua na cidade, a forma como se relacionam com esse espaço e com as diversas dinâmicas ao redor me trouxe uma reflexão sobre a ideia de habitar, proposta por Silva e Borges (2020), que descrevem que o habitar “não se restringe ao sentido de morar, ocupar um ambiente determinado, como a casa ou o bairro, mas produzir ambientes enquanto nós produzimos como sujeitos, não tomando esses ambientes como meros palcos de atuação, mas embebidos de corporalidades e subjetividades” (p. 326).

5.3.4 O vínculo conduziu o itinerário da van

Em outro dia de campo com a equipe Noroeste, me surpreendi quando me informaram que o atendimento seria na Regional Nordeste da cidade, para encontrar um casal atendido pelo serviço, Topázio e Cristal – geralmente, eu chegava sem saber o percurso do dia. O casal já foi acompanhado por vários serviços de saúde mental da cidade, citam os nomes de vários técnicos do Consultório na Rua por quem já foram atendidos, inclusive, os que não estão mais no serviço.

Topázio é uma figura muito simpática, brincou, conversou muito comigo e deu inúmeras demonstrações de afeto com a equipe. Já Cristal, é um pouco mais introspectiva, soltando-se um pouco mais depois de um tempo. Ela conversou e cantou algumas músicas na van, após pedir à equipe para ligar a caixinha de som e indicar quais músicas queria ouvir.

A equipe contou que quando um dos dois ficava mais desorganizado psiquicamente, eles se envolviam em conflitos nos territórios, por isso já precisaram migrar o ponto de fixação diversas vezes. Os últimos relatos foram de que saíram da regional Noroeste para a Leste, depois da regional Leste para a Nordeste, fugindo de ameaças nos territórios. Em que pese os deslocamentos do casal, a equipe do CR segue fazendo os mesmos itinerários para o atendimento, sendo que o vínculo com eles é o que direciona o itinerário da equipe, e não apenas a divisão territorial institucionalizada.

Frequentemente, vi as equipes realizando busca ativa dos sujeitos acompanhados, à procura de notícias suas no território, por vezes, com deslocamentos longos, o que faz com que toda a equipe do serviço esteja disponível para uma parcela pequena de pessoas atendidas (nesse dia, o trabalho dessa equipe foi direcionado integralmente para os dois sujeitos). Apesar de tais situações contribuírem para uma maior vinculação e construção do projeto terapêutico

individual dos usuários, percebo dificuldades do serviço em fazer construções de cuidado mais coletivas nos territórios, talvez pelo grande volume de demandas.

Em um momento, rimos bastante quando percebemos que meu tênis estava aberto, com a sola descolada. Topázio pediu para esperarmos na van, correu na maloca, buscou um tênis *All Star* branco, de couro, muito bonito, e me presenteou. O tamanho do tênis era o de 2 números menor do que o meu, mas Topázio insistia em me presentear e dizia “Aperta que entra, vai dar”. Fiquei feliz com o carinho de Topázio, notando que ele falava sério sobre usar o calçado apertado; é como se o desconforto não fosse um problema ou como se fosse um problema bem pequeno, que pudesse ser superado. Percebi que, para mim – pessoa que tem acesso a calçados confortáveis, por vezes podendo escolher com qual sair de casa –, era inadmissível sair com algo tão desconfortável, mas, já para Topázio, o importante era tampar ou proteger o pé, mesmo apertado e com desconforto.

Em relação às faltas e todos os desconfortos naturalizados nesses corpos vulnerabilizados, presenciei com Safira um momento em que ela estava menstruada, sem acesso a absorvente, e procurou a van do CR Noroeste com essa demanda. A equipe entregou algumas unidades, em seguida ela falou que iria colocar o absorvente rapidamente e voltar, perguntando se poderíamos esperá-la para conversar. Quando retornou, disse que desejava tomar um anticoncepcional injetável trimestral, “o que não menstrua”, porque, até mesmo algo tão simples, como menstruar, na rua é extremamente delicado, não há acesso a condições mínimas de higiene ou de manutenção do fluxo.

Por diversas vezes em campo, nos deparamos com os limites das políticas públicas. Há uma disponibilidade para o outro, mas, por vezes, os recursos existentes para assistir os sujeitos são restritos.

Para os sujeitos que vivem em condição de extrema pobreza, sem segurança alimentar, sem acesso à moradia, à renda e à segurança, a imposição posta é sobreviver e tentar se manter são. Ao me deparar em campo com a realidade dura da vida nas ruas, fica evidente como o uso de drogas também pode ter um sentido de manutenção da sobrevivência. Lembro-me de uma pessoa em situação de rua que me disse que “o álcool é o bálsamo para a pessoa que vive em situação de rua”, pois ajuda a conseguir permanecer vivo e sem desistir.

5.3.5 Violência policial: “vem cá pra você ver que eu não estou mentindo”

Chegamos em uma tarde e paramos na rua Popular (perpendicular à Araribá), pois, segundo a equipe, se a van parasse direto na Araribá ficaria difícil de manejar, porque viria muita gente ao mesmo tempo demandando atendimento, dificultando o trabalho. Encontramos Safira nesta rua e ela contou que estava trabalhando (como atividade) quando a Polícia Militar (PM) chegou com uma viatura na Araribá, usando touca ninja⁵⁴ para esconder o rosto, e a levou na viatura, junto com mais duas pessoas, para um lugar longe e escuro que ela não soube identificar. Ela e as duas outras pessoas foram espancadas e depois deixadas novamente na rua Araribá. Safira nos mostrou vários machucados, hematomas e escoriações, um ralado na perna, um inchaço grande no braço, próximo ao cotovelo, e contou o ocorrido com muita naturalidade, como se fosse algo normal ou regular.

Depois de ver os machucados, a equipe ofereceu levá-la à UPA, mas ela disse que não precisava, pois estava ótima. Disse que já tinha melhorado muito, que antes estava bem pior. Em relação a essa recusa, de recorrer a outro serviço de saúde para avaliação, reflito que, às vezes, os desconfortos do corpo são tão comuns para as pessoas em situação de rua – fome, comida estragada, dormir de “mal jeito”, frio, dor, tosse frequente pela poeira da rua – que é difícil convencer esses sujeitos de que aquele corpo precisa ou, até mesmo, tem o direito de ser cuidado.

Em seguida, Safira nos perguntou sobre essa touca que tampa o rosto, era parte do uniforme da PM, se poderiam usar dessa forma. Explicamos que não, pois, na verdade, o que foi feito com eles era ilegal. Ela ficou impressionada, pareceu-me que ela desconhecia que se tratava de uma prática criminosa por parte dos agentes públicos⁵⁵. Sobre as violências estatais recorrentes nessa cena de uso, praticadas pela segurança pública, bem como, sobre as condições de vida tão duras das pessoas que vivem na Araribá, Amarilis diz que:

⁵⁴ Uma touca que cobre a cabeça e deixa apenas os olhos visíveis, impossibilitando a identificação da pessoa que a utiliza.

⁵⁵ Nesse aspecto, não pretendo aqui abordar as violências entre tráfico e segurança pública (Guarda Municipal e Polícia Militar) numa perspectiva maniqueísta entre bem e mal, certo e errado. Abordo aqui todas as violências citadas no texto (entre as PSR, exploração do comércio, tráfico, violência de gênero e estatal) como situações que ferem a dignidade da pessoa humana. Entretanto, acho relevante demarcar que o Estado, na figura da segurança pública, tem o direito ao uso legítimo da força, e utilizar esse lugar de poder contra a população traz uma condição de maior indignação em relação a essa violência, considerando a função prevista para a segurança pública, de proteger a população.

É uma galera que fica muito exposta à violência da polícia. A gente chega lá, a polícia chega “arregaçando⁵⁶” mesmo, a gente não vê isso na Trincheira, por exemplo. Às vezes a gente chega no território, tem 5, 6, 7 carros de polícia, um em cima, dois na José Bonifácio, um no beco do Charlin, um na ruazinha que sobe ali pra ir pra entrada Pedreira. E assim, fazendo abordagem o tempo inteiro, quando a gente chega no território está vazio, a gente volta lá no outro dia, tem uma galera muito machucada, a polícia bate muito ali na Araribá e na José Bonifácio. E aí eu já ouvi um relato que a pessoa falou assim: "A gente é pago pra vir aqui duas vezes no mês e fazer isso que a gente faz com vocês, então ninguém tem que falar nada, isso aqui é meu serviço, eu tenho que vir aqui pelo menos duas vezes no mês pra poder bater em vocês". (Amarilis)

Desconheço do que se trata esse relato, o de “serem pagos” para ir a esse território duas vezes no mês para efetuarem as agressões, mas são recorrentes os relatos de violência nessa cena de uso, seja pelos trabalhadores ou pelos usuários.

A equipe havia me alertado de que a Araribá estava diferente, que recentemente estava muito esvaziada e, por isso, talvez nem encontrássemos alguém naquele dia. Azaleia relatou que as pessoas vinham comentando que as entradas da PM andavam muito agressivas no território: invadindo os barracões dos becos da comunidade, revirando as casas, agredindo pessoas, por isso, as ruas estavam vazias naqueles dias. Contou, ainda, que um dia um usuário mostrou algumas viaturas escondidas, dizendo que a responsável por esses abusos era a “Kate Mahoney”. Durante a entrevista, Azaleia relatou que:

Um outro usuário, há umas duas semanas, eu cheguei na van, ele me puxou, assim, veio me puxando pelo braço, falou: "Quero te mostrar, vem cá, vem cá pra você ver que eu não estou mentindo". Eu fui, e assim, ele me puxando, me mostrou um bequinho, que tinham duas viaturas escondidas, a viatura estava realmente escondida num lugar que não é fácil de ver (Azaleia).

Ela acrescenta que, depois de mostrar as viaturas, o usuário relatou que:

Nessa viatura tinha um policial que desceu e bateu com o cassetete no braço dele a ponto da gente levar ele pro Odilon, ele precisou fazer raio-x, e eu acho que tava trincado o osso dele, porque ele apanhou da polícia, porque a polícia foi se esconder, ele viu, e o policial bateu nele e falou que ele ia contar pra alguém. E ele não contou pra ninguém, mas sentiu na gente uma confiança, e um pedido de ajuda. Tipo " me ajuda aqui, que que eu faço?". E isso é muito comum, muito comum, a violência policial, ela é gratuita e disponível. Não tem nenhuma barreira, na Pedreira em si tem dois policiais que são muito reconhecidos pelos usuários (...) Kate Mahoney e o Cara de Cavalo (Azaleia).

Em meu tempo de atuação no CR já ouvi relatos de abordagens dessa suposta policial na regional Nordeste e, mais recentemente, também ouvi esse nome quando atuei em um programa voltado para a juventude na região metropolitana de Belo Horizonte. Resolvi

⁵⁶ Ela utiliza essa expressão popular para se referir ao ato de espancar, machucar muito as pessoas.

perguntar para alguns colegas que trabalhavam com populações vulneráveis e juventudes periféricas em Belo Horizonte se reconheciam esse nome. Soube, então, da atuação da suposta Kate Mahoney nas regionais Centro-Sul, Noroeste, Nordeste e Oeste de Belo Horizonte. Em uma busca no *google*, encontrei outros relatos de abordagens de uma policial que cometia abusos, também conhecida como Kate Mahoney, em São Paulo/SP. Descobri que o nome vinha da personagem policial truculenta de uma série de televisão da década de 80 (*Dama de ouro*), que saiu do ar devido à baixa audiência depois de as cenas de violência não serem bem recebidas pela população.

Nesse sentido, podemos fazer uma alusão à figura do “Paulo Paulada”, que Frúgoli e Spaggiari (2010) encontraram em seu percurso etnográfico no bairro da Luz, em São Paulo. Esse nome ganhou uma dimensão coletiva, utilizado para denominar todos os seguranças que batem nos usuários. Compreendi que, da mesma forma, o nome Kate Mahoney nas cenas de uso, periferias de Belo Horizonte e região metropolitana, trata-se de uma referência a um tipo de violência recorrente, que é representado pela figura de uma policial militar. Tratam-se, portanto, de diversas situações recorrentes de violência e abuso policial em vários pontos da cidade. Quando há uma policial feminina na atuação violenta, a autoria é atribuída a essa figura que faz parte do imaginário das periferias, assim como relatado pelo usuário da Araribá.

Ao ser perguntado sobre os maiores desafios de atuação no território, Antúrio relata que a maior dificuldade está relacionada à atuação policial:

Nós não podemos ter vínculo com a polícia porque, se tivermos, nós quebramos o vínculo com os usuários. Porque a maioria deles tem B.O.⁵⁷ na justiça. Fora os facção da favela, se nos ver conversando, vai querer saber o que nós estávamos conversando, porque estávamos conversando, então vai agravar mais. E pelos usuários terem B.O. e terem medo da polícia, porque a polícia é covarde. Então, assim que a polícia chega, a gente tem que sair de cena (Antúrio).

É fato que os relatos dos usuários sobre a atuação policial trazem grandes inquietações aos trabalhadores, e é algo que não passa despercebido no processo de trabalho do CR com essas populações historicamente vulnerabilizadas:

Tem algo da polícia, porque eles, automaticamente, são covardes. Não podem ver preto descalço, ou de bermuda e chinelo que já quer parar, quer esculachar⁵⁸. E os usuários na situação que eles estão, na rua, vulnerável, tomam esculacho de polícia todos os dias, eu acho assim, eles não vão gostar da polícia mesmo não. Por eles

⁵⁷ Gíria utilizada para designar pendências com a justiça ou passagem nos registros policiais.

⁵⁸ Termo utilizado para designar situações de ações truculentas de abuso policial como tapas no rosto, colocar na parede de forma violenta e vexatória, mandar calar, entre outras ações que desrespeitam a pessoa que foi abordada pelo agente público da força policial.

estarem lá no corre todo para arrumar a droga deles, vem e toma a droga deles (...) porque eles chegam, eles batem, eles querem esculachar, quer maltratar, eles querem derrubar a maloca, tirar as malocas do pessoal. E isso é uma covardia da parte deles (Antúrio).

Antúrio, que já esteve em situação de rua, relatou que já viveu muito isso na pele: por vezes, as pessoas estão deitadas na maloca e algum policial chega chutando, colocando-as na parede, “esculachando” por alguém ter uma passagem registrada na polícia, mesmo que isso não corresponda mais ao que a pessoa vive no presente, chamando-as por nomes vexatórios, como traficante, ladrão etc.

A equipe precisa estar atenta a todo momento no território, realizando a leitura do território e dos usuários:

Os usuários que estão muito vinculados com a gente já indicam: "Ó, hoje não é um bom dia pra vocês estarem aqui". Quando a gente chega, a primeira coisa que a gente faz é ir atrás de algum conhecido pra poder ver como é que aquela pessoa aponta para a gente como está o território, e aí eles vão dizendo pra gente. (...) no lugar que a gente está atuando, sempre fica alguém da equipe tomando conta do que está acontecendo ao redor pros outros poderem trabalhar, e se qualquer pessoa falar "olha, vamos embora", ninguém questiona, todo mundo vai embora, e só vai descobrir depois por quê. Se alguém não se sentir seguro, ou sentiu alguma coisa a gente vai (Violeta).

Sobre um dia em que a equipe não conseguiu fazer essa leitura a tempo, Violeta relatou uma situação que assustou a todos:

Já aconteceu situações, por exemplo, ao chegar, a gente não se deu conta de que o espaço estava muito tenso e aí eu percebi que tinha alguma coisa de errado. A gente começou a caminhar na esquina, e de repente os policiais já foram, com aquelas armas enormes entrando, e aí eu fiquei assim, paralisada, no meio da rua, sem saber o que fazer porque não deu tempo. É a hora que a gente sai, o motorista presta muita atenção nesses momentos, já viu e arrancou, pegou uma menina, o outro mais pra cima e a gente vai. Porque, por várias razões, a polícia é violenta, é truculenta, e a violência exercida nesses espaços respinga na gente (Violeta).

Em todas as entrevistas realizadas com os técnicos do CR, seja sobre a atuação na regional Nordeste ou na Noroeste, a atuação das forças de segurança pública (Guarda Municipal ou a Polícia Militar) foi citada como um dificultador do processo de trabalho, sendo várias as denúncias de situações de abuso de poder e de violência estatal.

5.3.6 Relação com o tráfico: “Tá normal! Então a gente já sabe que pode chegar”

Em alguns momentos, a equipe precisa estabelecer certa relação com o tráfico: para negociar a permanência do serviço no território, para explicar o trabalho e, também, para ter uma leitura da dinâmica desse território, seja para realização dos atendimentos em saúde ou pela segurança da equipe. Se há algum tensionamento com a polícia, ou entre facções, a equipe é informada pelos usuários. E, quando vai acessar os locais, se houver alguma coisa diferente acontecendo, os próprios atividades dizem para o CR: “Olha, agora não”. E, neste momento, o CR sai de cena, para voltar em seguida quando, estiver mais tranquilo. (...) essa coisa do chegar é muito do que o usuário permite”, afirma Tulipa.

E a gente tem um pouco essa dinâmica dos olheiros do tráfico, que nos indicam (...) o melhor momento de chegar, na maioria das vezes é o que “tá normal”. Então a gente já sabe que está normal mesmo, que a gente pode chegar. Então a gente faz isso, desce com nossas sacolas, com água, com preservativo, e vai de um em um, trocando uma ideia, “como é que você está? Consultório de Rua, boa tarde, com licença”. Muitos deles se desculpam (...) por estarem fumando, pedem licença e saem um pouquinho, mas na verdade quem chega pedindo licença é a gente (Tulipa).

Também há circunstâncias em que a relação da equipe do CR com o tráfico se estabelece pelo atendimento de saúde. Em um dia, chegamos à rua José Bonifácio e uma usuária nos avisou que Quartzzo estava no beco com a perna muito machucada, solicitando que fôssemos até lá. No local, havia um atividade na esquina, que nos autorizou a subir. Enquanto subíamos, Quartzzo começou a descer o beco, apoiado por um morador. Sua perna estava muito inchada, tinha uns furúnculos estourados, escorrendo pus, e ele utilizava um pano bem sujo para limpar a secreção. O inchaço da perna era tão grande que me lembrou casos de elefantíase.

Durante a curta caminhada até a van, conversei brevemente e perguntei o que houve (eu estava impressionada com o estado da perna e me questionando por que ele esperou chegar àquele estado). Quartzzo conta que estava previamente com os furúnculos na perna, precisou ficar de plantão por 48h em pé e, a partir daí, a perna foi inchando e os furúnculos estouraram. O trabalho de atividade no tráfico requer grande responsabilidade e, por vezes, revela-se como um trabalho imensamente precarizado e insalubre. Quartzzo permaneceu em condições precárias de saúde por 48h e sabia-se, da parte do CR, que o descumprimento do plantão poderia acarretar em consequências graves para ele, sujeito inclusive a sanções violentas. Entretanto, permanecer no plantão por uma jornada tão extensa, naquelas condições terríveis, conferiria a Quartzzo mais respeito e conceito com o patrão, porque isso demonstra como ele “é firmeza” e “segura o tranco se precisar”.

Chegando à van, não tinha água no galão⁵⁹ que geralmente a equipe utiliza para lavagem das mãos, pois a intenção era disponibilizá-lo para que ele lavasse suas mãos. Então, é oferecido álcool em gel na tentativa da assepsia possível naquele momento (pois havia sujidade nas mãos e, nesses casos, a indicação é de lavagem com água e sabão). O usuário foi orientado a descartar do paninho sujo e entreguei uma gaze estéril para ele limpar e cobrir as feridas até que a equipe chegasse na UPA. A equipe entregou uma máscara para que entrasse na van (protocolo por causa da Covid-19) e saímos.

Quartzo é um homem grande e forte, permaneceu com uma expressão de dor o tempo todo, mas sempre demonstrando para a equipe que conseguia tolerar a dor e o desconforto, quase em tom afirmativo. No caminho, ele apontou para um homem que ele agrediu com socos naquele mesmo dia (mesmo naquele estado). Percebi certo gozo na sua fala, dizendo que “não matou, mas que poderia ter matado”, e mostrando a mão inchada por ter desferido golpes nessa pessoa, relatando sobre os episódios de violência física como algo muito comum, talvez até naturalizado em seu contexto, como fizeram também outros sujeitos da cena.

5.3.7 O lugar da arte-educação no CR: “Saudosa maloca, maloca querida”

Iniciando o campo com a equipe CR Noroeste pela rua Araribá, a arte-educadora desceu da van com o pandeiro em mãos – assim como uma enfermeira desceria com um equipamento para aferir dados vitais, por exemplo – o pandeiro era o instrumento de trabalho dela. Percebi que, no exato momento em que ela desceu da van, surgiu Berilo – um senhor de 75 anos, negro, magro, estatura baixa, cabelos crespos e brancos, e que foi diretamente até ela pegar o pandeiro para tocar.

Ele começou a tocar e fiquei impressionada por ser um excelente pandeirista. Ele tocava o pandeiro, batia na testa, no quadril, tive a impressão de que ele brincava e se divertia, ao mesmo tempo em que nos divertia também. Estávamos no meio da cena de uso, algumas pessoas da equipe sambavam com Berilo, enquanto se apresentava para o público da cena. Seguimos cantando juntos a composição de Adoniran Barbosa:

*E pra esquecer nós cantemos assim
Saudosa maloca
Maloca querida
Que dim donde nós passemos dias feliz de nossa vida.
(BARBOSA, 2010)*

⁵⁹ Vasilhame que comporta 20l de água e possui uma bomba manual na ponta. Geralmente, a equipe utiliza para a higiene das mãos após o campo, ou para ofertar uma lavagem de mãos no espaço da rua para os usuários.

O Sr. Berilo é uma figura conhecida nessa cena de uso, vai em determinado momento do dia e depois retorna para debaixo do viaduto, ponto onde escolheu se fixar e nomeou de “meu barraco”. Ele conta de forma muito espontânea o quanto gosta da arte-educadora, e seguiu se apresentando para todos nós na rua, como um grande e talentoso artista que é, cantando Demônios da Garoa:

*Não posso ficar nem mais um minuto com você
Sinto muito amor
Mas não pode ser
Moro em Jaçanã
Se eu perder esse trem
Que sai agora às onze horas
Só amanhã de manhã.
(BARBOSA, 2010)*

Naquele momento, percebi que a demanda de Berilo ao Consultório na Rua era por arte. O insumo de Redução de Danos a que ele recorreu foi o pandeiro para se apresentar para o público; se expressar com arte era a ação de promoção da saúde que ele precisava. A arte se mostrou como o instrumento de vínculo entre o CR e os usuários daquele espaço, provocando uma pequena mudança no lugar, um intervalo do uso da droga, a entrada de uma pequena brecha de lazer, criatividade, arte e convivência. Nesse tempinho, entre uma canção e outra, ele nos contou que estava em situação de rua há 40 anos, que perdeu o grande amor de sua vida e, depois disso, foi para a rua, “não deu conta mais”. Cantou a canção que compôs para “seu grande amor”, depois disse que desejava cortar o cabelo, fazer a barba e tocar um samba com a equipe. A equipe combinou que o encontraria na Araribá para levá-lo a um salão parceiro para fazer a barba, e que marcaria de fazer um samba com ele numa praça ou parque público.

Sobre a arte como estratégia de cuidado e como importante possibilidade de escuta desses sujeitos, Tulipa diz, durante entrevista:

Tem muitos usuários que a gente pensa o cuidado de outra forma, principalmente pela via da Arte-Educação. Isso vem muito no sentido de acesso à cidade também. A gente teve isso um pouco mais suspenso durante aquele período mais intenso de pandemia, já estamos retomando, porque é uma grande característica do Consultório de Rua, essa oferta de acessar a cidade (Tulipa).

Lírio, que é redutor de danos, disse que trabalha com o viés da redução também por meio da arte, aproveitando-se dos momentos de arte-educação no CR:

Então a gente vem com todo esse acesso à saúde (...) para eles também e, também, a arte. Nós temos a nossa arte-educadora que vem com esse trabalho de arte dentro das cenas também, seja um desenho, seja uma música na rua, a gente encontra muitos artistas e a gente também trabalha no viés da Redução de Danos através da arte também. Fazendo um artesanato onde uma meia hora que ele fizer artesanato, ele está reduzindo um pouco do uso também né (Lírio).

Ainda sobre a potência da arte-educação como estratégia de cuidado, na regional Nordeste, Margarida, arte-educadora, tem realizado ensaios fotográficos com alguns usuários, e fala da importância “deles poderem se olhar de outro olhar, que é da foto, deles poderem acessar momentos, vivências e situações em ambiente com roupas e possibilidades que eles não teriam”. Gerânio é psicólogo e comentou como tem sido especiais esses momentos dos ensaios para conseguir acessar esses sujeitos, fazer uma escuta diferenciada. Para ele, os ensaios têm contribuído de forma subjetivamente importante para que os usuários se olhem de uma forma diferente, saindo um pouco desse território, indo para outro lugar.

Para Margarida:

Isso cria, e tem virado tantas chavinhas para eles (se referindo aos usuários fotografados). É um momento de escuta, de troca, normalmente a gente leva (...) a referência técnica do usuário, e é onde troca várias ideias, para as mulheres, principalmente, de um empoderamento, de um olhar para si, de um momento de poder se maquiar, se ela quiser se maquiar, ou de poder usar da beleza natural. Eu sempre possibilito a ideia de "vamos no naturalzão? E aí, se quiser maquiar, depois a gente maquia no meio do ensaio". E está sendo muito incrível, assim, muito incrível (Margarida)

Ações como essas, nos territórios, mostram a arte como uma possibilidade de escuta/atendimento singular. Em momentos como os descritos, a subjetividade dos sujeitos se apresenta de forma mais fluida do que, possivelmente, em um atendimento de saúde convencional – em uma sala de atendimento, com um profissional de jaleco e uma mesa separando o usuário atendido do técnico em atendimento. Tive a impressão de que falar da vida, do sofrimento pelo amor perdido, dos 40 anos de rua e da necessidade de autocuidado foi mais fácil com um pandeiro na mão. A arte se mostrou, nos relatos escutados, como um potente instrumento de construção de vínculo e de escuta desse sujeito, que talvez nem percebeu que estava sendo atendido e que houve uma articulação de cuidado naquela ação.

5.4. O Consultório na Rua

A Portaria nº122, de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde, prevê a atuação das equipes CR de forma itinerante, com busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas aos CAPS, UPAS e outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário (BRASIL, 2011). Dessa forma, a atuação do serviço nas cenas de uso se revela como estratégia de atuação com o atendimento das pessoas em situação de rua que vivem nesses locais e que, por vezes, e apresentam-se mais vulneráveis que as demais.

A proximidade da equipe com esses territórios vai além de só estar lá, o CR possui uma relação estabelecida com essas pessoas e esses territórios, uma relação de confiança que requer estratégias para manter a atuação nesses locais:

Então, essa relação que foi sendo construída, a comunidade tem uma confiança, então a gente consegue entrar nas casas de uso, consegue conversar com os usuários, entender um pouco como está dinâmica, entender que vai ter alguns dias que a gente não vai entrar lá, tem dias que a gente vê, por exemplo, às vezes a gente passa em frente e vê uma viatura lá dentro. Não vai ser um dia que a gente vai entrar nesse território, ou alguns dias que a gente chega próximo, e alguns usuários falam: "teve isso, isso, isso, mataram alguém" (Íris).

A capacidade de interpretar esses territórios e de se relacionar com os sujeitos que vivem nesses locais se revela como ferramenta importante de atuação do serviço.

5.4.1 A camisa branca anunciando: “A saúde chegou”

Durante o percurso etnográfico, percebi algumas características da atuação das equipes e que trouxeram elementos importantes de reflexão sobre a atuação dos Consultórios na Rua em Belo Horizonte. Inicialmente, eu iria acompanhar as equipes Noroeste e Norte, considerando que a equipe Norte atendia, naquele momento, o Parque Professor Guilherme Lage, que fica na regional Nordeste. Com a ampliação das equipes do CR, apenas parte dos trabalhadores entrevistados permaneceu nas regionais pesquisadas (2 na equipe Nordeste e 3 na equipe Noroeste), e novos trabalhadores surgiram como sujeitos de pesquisa na etnografia.

As equipes mudaram, chegaram vários trabalhadores novos, na equipe CR Noroeste houve a incorporação de um profissional médico. Apesar da mudança na configuração de pessoal, o serviço permaneceu reconhecido nesses locais porque o reconhecimento não é exatamente pelos rostos dos técnicos, há uma identificação com a van, com as camisas, com o cenário que é criado a partir da chegada do CR:

Mesmo as pessoas novas que estão chegando neste lugar, eles não conhecem, mas reconhecem o nosso trabalho devido ao entorno, quando a van chega, mesmo que a pessoa não saiba quem a gente é, alguém do lado sabe, ou alguém do comércio sabe, a gente não é estranho nesse lugar. Acredito que já é estabelecida nossa presença, e é bem-vinda, eu sinto que a gente é muito bem recebido, mesmo em locais que a gente faz pouco campo, sempre tem alguém mais antigo que já recebe a gente com sorriso pelo menos, que dá uma abertura (Azaleia).

Percebo em campo, dessa vez no lugar de pessoa externa, que a camisa branca abre as portas para quem chegar acompanhado da equipe ou de parte dela. Observei que, mesmo sendo desconhecida por quase todos os usuários citados na pesquisa (dos 18, eu conhecia apenas 3 deles), eu estava com a camisa e acompanhada das equipes. Dessa forma, fui bem recebida pelos usuários nas cenas de uso durante todo o tempo.

FIGURA 20 - Redutora de Danos com camisa do CR de mãos dadas com usuário



FONTE: Acervo pessoal: Leíner Hoki

A importância do uso da camisa nos territórios como forma de identificação do serviço foi ressaltada por Íris:

A gente não vai para campo de jeito nenhum sem uniforme. Isso é uma coisa que eu lembro, que desde que eu cheguei não tem essa coisa de "ai, esqueci minha blusa". A gente esquece a blusa e fala: "oh fulano leva uma blusa para mim". Com o tempo o nosso rosto vai ficando conhecido, e aí fica mais tranquilo, e quanto mais tempo de casa você tem, mais fácil é esse reconhecimento também. Mas essa blusa é identificação de ser um serviço de saúde, a gente não tem crachá, e aí a gente só tem a blusa para identificar a gente. Na maioria das vezes, já tem usuário que conhece a gente, mas pode ter, em algum momento, algum usuário que não conhece (Iris).

A camisa branca com a logomarca do CR é tão importante que, às vezes, é por essa identificação que o serviço é anunciado quando chega na cena: "O pessoal de branco tá entrando", a equipe tá entrando, "a saúde tá entrando" (Camélia).

Ouvi algumas vezes usuários se referindo aos trabalhadores como "família". Presenciei uma usuária, que tinha alugado um quartinho para morar e passava grande parte do dia na rua, sugerir fazer uma cópia da chave para entregar para a equipe do CR entrar na casa dela e acordá-la nos dias de acompanhamento de consultas, porque, segundo ela, após muito tempo de uso, quando chega no quarto, "apaga e não consegue levantar". É impressionante o vínculo estabelecido com alguns deles, presenciei demonstrações de afeto cotidianamente nas duas equipes.

Essa ideia de família, escutada por várias vezes em campo, me fez refletir sobre o lugar da família, o papel social esperado do que é ser família (considerando as várias formas de organização familiar, como monoparental, homoafetiva, família extensa ou ampliada, entre outras). A família "tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura na qual está inserida" (MIOTO, 1997, p.120). Escutando as histórias dos usuários, é visível como a família de origem, para muitos deles, não correspondeu como fator protetivo, pelo contrário, a família se revelava como o núcleo violador. Nesse sentido, entendo essa referência ao CR como família, a partir da percepção da oferta de proteção (pensando na proteção possível dentro dos limites institucionais), cuidado (na perspectiva do cuidado em saúde), e até mesmo dos laços afetivos.

Porém, sempre que esses momentos aconteciam, os trabalhadores recebiam e retribuíaam o afeto, e, em seguida, demarcavam que se tratava de um serviço de política pública de saúde: "isso é o SUS", "é direito seu", "esse é nosso trabalho, eu recebo por isso". Azaleia relata sobre essas situações:

Quando eles agradecem muito: "Ai, você é muito boa, você ajuda muito a gente", eu sempre falo: "Eu sou legal mesmo, eu sou uma pessoa legal, inclusive esse é um pré-requisito para eu ocupar essa vaga, mas eu não tô te fazendo nenhum favor, eu estou aqui pra garantir um direito seu, e não eu enquanto sujeito, eu enquanto serviço, o SUS. Ele é ofertado para você, para a população. E a gente está aqui é pra isso, pra te ouvir, pra te servir, para agilizar sua demanda, não estamos fazendo favor, inclusive a gente é contratado, a gente é pago pra isso. É dinheiro público que está sendo investido, e é um direito, nada menos" (Azaleia).

Alguns usuários não revelam o nome no território, inventam nomes fictícios pelos quais desejam ser chamados, mas fornecem para a equipe os dados reais para serem registrados no sistema. Algumas vezes, eu via usuários conversando mais baixo ou nos cantinhos, o que para

muitos deles poderia parecer que estavam contando segredos. Por outro lado, na perspectiva do trabalho, entendo que havia a questão do sigilo.

Muitas vezes, o usuário acompanhado pelo CR não é o usuário desejado por parte dos trabalhadores de outros serviços de saúde. Além disso, em muitos casos, o CR é convocado como o responsável por aquele sujeito, mesmo que ele esteja dentro de outro equipamento de saúde. Amarilis relatou um episódio em que um usuário foi levado pelo CR para a UPA com agravamento clínico, anêmico. Ele permaneceu na unidade e, no dia seguinte, uma assistente social da unidade ligou para o telefone corporativo da equipe para dizer que ele “pediu alta” e estava na porta da UPA. Segundo Amarilis, ela disse: “Tem um moço que está aqui na porta que vocês trouxeram ontem. Ele não quer ficar, ele está aqui na porta, mas ele não pode ficar aqui na porta”. Em seguida, Amarilis perguntou o que estava acontecendo, e a assistente social informou que o usuário não conseguia andar e já havia assinado o “termo de evasão”.

Situações como essa, que não são exceção no cotidiano do serviço, demonstram o descaso com o cuidado da PSR nos serviços de saúde e que, mesmo em agravamento clínico, na porta da unidade e sem conseguir se locomover, não há esforço ou tentativa de manejo para que o sujeito permaneça no local e seja cuidado.

5.4.2 A atuação do CR sob a lógica da Redução de Danos: a produção do intervalo

Nos campos que já foram abertos, que são os locais onde o CR já se faz presente de forma cotidiana, onde as pessoas os conhecem e têm uma relação com o serviço, a entrada da equipe se dá inicialmente pela oferta de insumos:

A gente leva esses insumos que é a paçoca, pirulito, chiclete, a bala, que é diferente de outras entidades que eu falei que trabalham com a doação de alimentos para esses usuários. A gente usa esses insumos de alimentação para poder fazer a redução de danos. Um pirulito ali para trabalhar a oralidade, às vezes, uma pessoa que está fazendo uso de inalante, ela vai abaixar esse inalante pra poder chupar um pirulito. Um usuário de álcool que está fazendo uso de álcool, a gente oferta uma bala na entrada para poder aplicar glicose nele (Lírio).

Todos os insumos definidos por cada equipe são pensados sob a lógica da Redução de Danos. São estratégias que facilitam as abordagens em campo, por meio de diferentes funções e formas de entrega, conforme detalhado na tabela abaixo:

TABELA 1- Insumos de Redução de Danos das equipes Consultório na Rua

Insumos de Redução de Danos		
Insumo	Função	Forma de distribuição
Água mineral copo/garrafa	Hidratação, considerando que as pessoas por vezes ficam um longo período sem acesso à água potável	Distribuição livre – a equipe chega com as águas em sacolas retornáveis e vai oferecendo para as pessoas nas cenas
Paçoca doce de amendoim	Função de aporte de glicose e carboidratos	Distribuição livre para as pessoas que estão na cena, com destaque se houver algum usuário mais intoxicado
Balas e pirulitos	Função de aporte de glicose	Distribuição livre para as pessoas que estão na cena, com destaque se houver algum usuário mais intoxicado
Soro fisiológico de 10ml	Lavagem das vias aéreas	Entregue às pessoas que fazem uso de cocaína inalada
Materiais de Higiene	Autocuidado e higiene pessoal	Individual, em situações específicas, quando a equipe consegue articular local para banho. É ofertado um sabonete e porções fracionadas em garrafinhas com xampu, condicionador e creme de pentear
Creme dental e escova dental	Higiene bucal. Obs.: Na falta de escova de dente, a equipe oferta gaze para higienização bucal	Distribuição individual quando algum usuário demanda, de acordo com a disponibilidade na van
Preservativo interno e externo	Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis	Distribuição em livre demanda a todos que aceitassem
Máscara de tecido	Proteção para transmissão de Covid 19	As equipes sempre ofertavam quando algum usuário entrava na van, quando identificavam alguém com sintomas respiratórios ou se o usuário demandasse
Protetor Labial	Hidratação dos lábios e auxílio na cicatrização de fissuras labiais para redução de risco de transmissão de hepatites	Distribuição individual quando identificavam algum usuário com os lábios ressecados ou feridos
Kit lanche (bolinho, biscoito, suco ou achocolatado de caixinha e paçoca).	Alimentação em momentos pontuais, quando o usuário relatava estar com fome e, também, utilizado como auxílio no manejo em momentos específicos	Distribuição individual em momentos específicos, utilizado como auxílio para manejo nos momentos de consultas/exames com longo período de esperas
Val- transporte social	Para atendimentos em saúde ou encaminhamento com alguma necessidade de deslocamento para outros pontos da cidade	Distribuição individual em situações específicas para algum serviço fora do território (curso, buscar medicação, atendimento em saúde, emissão de documento etc.)
Obs.: A equipe Nordeste organizava os insumos doces em kits armazenados em saquinhos plásticos, para facilitar a distribuição e diminuir o contato físico.		
Obs.: 2: A equipe Noroeste ofertava os insumos doces numa latinha, onde ficava parte das balas que eram retiradas e entregues aos usuários na hora.		

FONTE: Tabela elaborada pela autora

Em campo, quando as equipes identificavam algum usuário mais intoxicado, principalmente por álcool, havia uma aproximação maior. Por vezes, os técnicos vão abrindo os copos de água mineral, abrindo os insumos doces e ofertando abertos para estimular o aumento do consumo e o consumo imediato, buscando aliviar os sintomas de intoxicação. Essa prática não é algo necessariamente negociado com o usuário, mas se revela como uma estratégia de atuação das equipes nos casos de maior intoxicação. É impressionante assistir como, em um intervalo de uns 30 minutos, em intervenções como essa, a intoxicação é reduzida, sendo possível, muitas vezes, outra construção com o sujeito em seguida – chegar com ele no CERSAM (quando é a indicação clínica do caso) ou mesmo um atendimento na rua.

No que se refere às ofertas em campo, além dos insumos, o corpo dos técnicos, a escuta e a presença também são ofertadas aos sujeitos. O serviço leva o “acesso aos serviços de saúde, não só do território, mas aos serviços de saúde do SUS” (Tulipa). Para Dália, as ações de cuidado variam de usuário para usuário, mas a equipe inicia principalmente tentando fazer uma vinculação, ofertando os insumos de Redução de Danos, seja com água, com um alimento, uma bala, uma paçoca:

Às vezes, também insumos de arte, (...) a nossa arte-educadora fez um kit com papel e algumas coisas (...), aí dizem: “Isso é ótimo pois eu preciso distrair a cabeça”, mas o principal é a gente mesmo. A gente vai, conversa, se aproxima, vê a demanda de cada um, às vezes, alguns já chegam intoxicados, às vezes dizem diretamente o que querem, ou não. Às vezes a gente precisa ir lá puxar “olá, tudo bem?” “Está precisando de alguma coisa?” Apresenta o serviço, explica o que a gente está fazendo ali, e vê se tem essa abertura ou não. É de cada um, “qualquer coisa a gente está disponível, a gente vem sempre aqui, a gente circula em outros lugares, pode chamar”. E deixa à vontade cada um, para não invadir (Dália).

Amarilis descreve que, para além dos insumos físicos, a primeira coisa que o CR oferta em campo – que também interpreto aqui como insumo – é a escuta e, a partir daí, constroem de acordo com o que o usuário traz:

A gente observa também, mas não chega diretamente. Vejo um machucado no pé, assim, eu não vou chegar “ô, fulano, que machucado que é esse aí?” A gente chega, conversa, pergunta se tem alguma demanda de saúde, se está acontecendo alguma coisa. Mas o início, o inicial mesmo é a escuta, e a partir daí a gente vai ofertando. Oferta no território, na rua, assim, a gente oferta o cuidado (...). A oferta de água que é um cuidado de saúde, hidratar (...) Mas a gente encontra, por exemplo, um usuário que está muito intoxicado por álcool, por exemplo, a gente dá uma oferta a mais de água. Chega na van, senta, troca ideia, vai ali conversando, dando um tiquinho de água, dá uma paçoquinha. Também as ações de testagem rápida (se referindo a teste de ISTs), que na pandemia diminuiu, mas sempre tem uma demanda, sempre alguém chega muito angustiado, fala: “ó, tô me colocando em risco”, ou “me coloquei em risco numa relação sexual e preciso fazer teste rápido” (Amarilis).

Após a chegada em campo com os insumos e com a escuta, os trabalhadores vão identificando o que seria direcionado para cada um deles a partir da lógica de multiprofissionalidade, ou se apropriando a partir do que é geral e é feito por todos. Para a Amarilis, que é enfermeira, após essa escuta ela vai

Fazer uma avaliação clínica, se tem alguém passando muito mal a gente faz ali a primeira triagem. Vamos dizer, assim: "É UPA? Essa ferida é Odilon (nome de um hospital municipal que está no território), é UPA?". Ou a gente oferta esse acompanhamento também nos Centros de Saúde. (...) Na pandemia teve muita síndrome gripal, e a gente ficava até meio, "esse usuário sempre tosse, será que essa tosse é síndrome gripal, essa tosse é por conta de um uso prolongado de tabaco?". Tinha que ter essa avaliação também, e vai muito sempre do que a gente chega e encontra no território. (...) Avaliação clínica no território da minha parte na enfermagem, da avaliação dentro da anamnese, da escuta do que está rolando, glicemia, ver a pressão, tudo de saúde mesmo, saturação, frequência cardíaca, se a gente vai levar pro CERSAM, dar uma avaliada clínica, "tá muito intoxicado", avaliação clínica pra ver se tá com muita alteração de dados vitais, encaminha pra UPA (Amarilis).

A chegada e o tempo de permanência da equipe em campo são interpretados pelos trabalhadores como um intervalo; inclusive a palavra intervalo surge com muita frequência nas entrevistas. "Quando a equipe chega já é um intervalo desse uso, tem um espaço de escuta, já se forma ali aqueles atendimentos, ou a presença por exemplo da arte da educação (...) O Consultório de Rua não entra, entrou e saiu, entende? Dá uma diferença." (Camélia).

Percebo, em campo, que parte dos usuários se dirige até a equipe para receber algo, seja um kit, uma bala, uma água. Entretanto, percebo em alguns usuários uma apropriação maior do que é a Redução de Danos, e alguns deles comentam situações cotidianas nas quais têm aplicado estratégias de RD, seja contando que estão fumando menos pedras (citando a quantidade aproximada), que conseguiram articular um lugar para dormir e descansar um pouco, que têm frequentado o CERSAM AD ou contando para a equipe que estão se alimentando, por exemplo. Essa apropriação da redução por parte de alguns deles é um grande resultado de promoção da saúde e, pensando na relação que é estabelecida com o uso a partir da RD, podem-se ver mais intervalos acontecendo. Nesses momentos, podem surgir outras brechas na vida que despertem o interesse desse sujeito e, assim, a droga passa a ter um lugar menos central no cotidiano, como foi o caso de Ametista.

Um dos pontos da apropriação de alguns sujeitos pela RD foi citado por Margarida, durante um episódio de atendimento no parque:

Teve um que me marcou, (...) a gente estava fazendo um curativo ali na pracinha, onde tem umas mesas (dentro do parque), ali a Gardênia estava fazendo o curativo, a Camélia estava fazendo atendimento com a Rosa, e eu estava entregando insumo e

conversando com quem vinha, e veio uma usuária, e ela demandou camisinha, demandou insumo, demandou um tanto de coisa. E ela disse: “Não, agora eu só quero é camisinha”, aí eu falei “tá”. Entreguei a camisinha pra ela e ela disse: “Espera aí que eu estou indo ali fazer um atendimento e já volto”. Então ela foi para o “corre” dela, “desembolar” o trampo dela, e depois ela voltou e disse: “Pronto, tô pronta, agora eu quero o restante”. Depois ela pega os insumos, pega o restante, e vai pra onde ela está ficando. Então achei muito marcante o momento, o *timing*⁶⁰, sabe? “Me dá uma camisinha, tô indo aqui e já volto” (risos). É quase como se a gente realmente participasse do movimento de tudo (Margarida).

Apesar de chegar com essa oferta do intervalo, alguns sujeitos não desejam naquele momento e a equipe respeita, sempre lembrando que aquele é o local do sujeito, sendo o CR estrangeiro nesse lugar:

Em campo e na vida estão no corre o dia inteiro pra poder conseguir comprar essa substância, e bem na hora que eles conseguiram comprar e foram lá para fazer o uso a gente chegou, e aí a gente percebe que eles afastam as vezes pra usar. E eles falam normalmente: “Hoje eu não quero conversar não. Eu acabei de usar não quero conversar hoje não”. Então a gente mesmo percebe e vê que está se afastando, mas acontecem algumas mudanças. (...) E a gente já tá indo embora, esse usuário que se afastou para poder realizar o uso, ele vem até nós para trazer alguma demanda, para pegar um kit de água, um sabonete e que ele não fez anteriormente exatamente porque ele queria fazer o uso, ou então tinha acabado de fazer o uso não queria, não estava em condições de conversar. A gente entende que tem esse movimento às vezes, porque nem sempre eles querem esse atendimento (Lírio).

Uma percepção marcante para mim foi que o CR só tem essa abertura tão diferente em territórios tão vulneráveis porque sabe chegar e se fazer presente de forma muito respeitosa. Os relatos demonstram uma adequação ao tempo e ao desejo do outro, proporcionando uma lógica de trabalho baseada na liberdade e na autonomia dos sujeitos atendidos. Existe muita técnica nessa atuação que é passada dos trabalhadores antigos para os novos, se estabelecendo no cotidiano do serviço.

5.4.3 O Redutor de Danos: “É isso que eu aprendi quando eu cheguei, é ter um Redutor de Danos perto”

Em territórios vulnerabilizados, onde, por vezes, a presença do Estado acontece de forma hostil, a entrada do CR conta com um ator importante para fazer esse “meio de campo”, o redutor de danos:

Nós chegamos nas cenas, a função do Redutor de Danos é olhar o movimento e o corpo das pessoas. A gente oferece água, que é uma estratégia de cuidado para a pessoa hidratar. Oferecemos um doce, porque enquanto ela está chupando um pirulito,

⁶⁰ Termo em inglês utilizado para dizer de atuar no momento certo; de ter a percepção do momento adequado, nem antes, nem depois.

chupando uma bala ela não está em uso constante da droga. Isso é uma Redução de Danos! E nós oferecemos também o cuidado do corpo nas cenas, nós vamos ver se está machucado, se tem alguma ferida, nós oferecemos o cuidado para esses usuários que não conseguem chegar no Centro de Saúde (Antúrio).

Antúrio tem um vínculo importante na Araribá e José Bonifácio. Os dias em que ele estava em campo eram diferentes, ele possuía um entrosamento com o lugar, com as pessoas: “Eu chego, eu troco ideia, eu brinco, eu jogo bola com eles. (...) eu abro o campo, (...) para as minhas colegas, para minha equipe chegar também” (Antúrio).

Várias trabalhadoras ressaltaram nas entrevistas como a entrada era facilitada por esse técnico, evidenciando a importância da presença do redutor de danos:

Eu acho que a gente precisa chegar com muita humildade, com muita delicadeza, para que de fato esse sujeito entenda que o que tá chegando ali é o cuidado. (...) Por isso eu acho que é muito importante a presença, eu sempre digo isso, quando eu falo de chegar na cena, a presença do redutor de danos, que esses são os olhos desse serviço (Tulipa).

Ao ser perguntada sobre as histórias que a impactaram no serviço, Tulipa relata a história de seu colega, Antúrio, que foi uma criança que cresceu em situação de rua: “foi pra rua com sete anos de idade, conhece aquele centro de cabo a rabo”, foi acompanhado como usuário pelo CR em outra regional e se tornou redutor de danos da equipe. Segundo ela, é emocionante, em campo, quando outros usuários o reconhecem e dizem: "Eu não acredito que você tá aqui. Que bonito!".

O saber desse profissional é de grande relevância para o funcionamento do serviço, pois a percepção dele sobre o uso de drogas, sobre o território, sobre os modos de vida na rua é muito singular. O Redutor de Danos, por vezes, dá subsídio para a equipe entrar no território:

É isso que eu aprendi quando eu cheguei no Consultório de Rua, é ter um redutor de danos perto. Eu acho que isso me garante uma segurança para atender, porque eu sei que ele vai estar ali, que ele vai me ver, ele vai ver o território e dizer: "Olha, até aqui dá pra você ir, até aqui não dá pra você ir" (Tulipa).

Azaleia acrescenta que não há uma técnica para se entrar no território, mas há um conjunto de coisas que a equipe utiliza, por exemplo, o redutor de danos: “Sinto ele como um guardião, assim, ele é quem abre o portal”. Segundo a trabalhadora, quando o Antúrio está em campo, a entrada não só no território, mas com os sujeitos se torna mais facilitada “porque ele tem uma expertise que a gente não tem, que ele tem a vivência da rua e do uso. Antúrio consegue perceber sinais”.

Na Portaria nº122 de 25 de janeiro de 2011 é prevista a atuação do agente social no CR, entendendo que esse profissional tem como uma de suas funções desempenhar atividades destinadas à garantia da atenção, defesa e proteção às pessoas em situação de risco pessoal e social, bem como aproximar as equipes de Consultório na Rua dos valores, modos de vida e cultura das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011). No CR BH e em alguns municípios do Brasil com equipes de Consultório de/na Rua, faz-se a opção da contratação de um redutor de danos. Geralmente, esse profissional tem ou a vivência da situação de rua ou uma vivência comunitária nas periferias da cidade. Ou, ainda, trata-se de um profissional tenha feito o uso prejudicial de drogas em algum momento da vida, de forma que tenha uma expertise na leitura desses territórios para o desenvolvimento de ações de Redução de Danos, possibilitando a promoção da saúde e redução dos riscos:

Então, a gente faz esse cuidado completo com eles, primeiro pelo viés da redução, introduzindo Redução de Danos que é diferente da realidade que eles estão mais acostumados, que é a questão do proibicionismo, de abstinência, clínicas de recuperação. A gente trabalha com um viés da Redução de Danos e tratamento em liberdade. (...) E aí, a gente vem falando porque muitas das vezes se cria um tabu em questão do CERSAM, “ah vou ficar preso lá dentro, vão tacar remédio em mim”. E a gente vem mostrando que não é bem essa realidade, que o CERSAM oferta exatamente esse o diferencial de um tratamento em liberdade, que coloca o usuário como um guia, trazendo ali as demandas do tratamento da forma que ele consegue (Lírio).

Diferentemente da lógica proibicionista e da suposta guerra às drogas, a Redução de Danos é uma política pública de saúde que constrói estratégias de cuidado a partir da realidade. Considerando-se que as pessoas usam drogas, são pensadas estratégias possíveis para reduzir os danos desse consumo, sem o apelo a perspectivas moralizantes.

Para Lírio, que atua no Parque Professor Guilherme Lage, para usar a droga tem que ter um corpo, pois “se não tiver não tem como usar”. Então, tem que cuidar do corpo também. Então a gente vem com esse viés do cuidado com eles, da escuta”. Para além do uso de SPAs, a perspectiva da RD é orientadora de todo o processo de trabalho do CR. Um deles é na promoção da saúde em relação às ISTs:

A gente oferta preservativo interno e externo para elas e oferece a Redução de Danos. (...) A gente tem a testagem rápida dentro da nossa van, e aí a enfermeira e a psicóloga têm a ação conjunta de fazer a testagem, e a psicóloga fica na retaguarda da reação do usuário, de como ele vai receber isso (se referindo ao resultado). A gente faz também esse trabalho de Redução de Danos em gestantes em questão de ISTs, e ali no parque, com as garotas de programa e com os usuários ofertando proteção (Lírio).

Sobre o olhar diferenciado que essa categoria profissional traz em campo, Tulipa os identifica como “os olhos desse serviço”:

Porque o redutor de danos que muitas vezes vai apontar para a gente nuances da cena que a gente na maioria das vezes não percebe, assim, a gente vem com uma formação, com um olhar clínico, mas é o redutor de danos que vai dar a toada, e que de fato estará atento, inclusive na medida em que a abordagem vai acontecendo, que o campo vai acontecendo. Eu acho que no Consultório de Rua, pra gente enquanto técnico, escutar o redutor de danos ajuda muito a pensar essa chegada, e ao que de fato estar atento (Tulipa).

Um aspecto interessante de se observar em campo é que há um entrosamento na equipe multiprofissional, em que os integrantes são convocados pelos colegas a entrar em situações específicas, ou para dizer a sua leitura daquela realidade a partir do conhecimento de sua área profissional, revelando que há uma construção de cuidado que de fato incorpora esses múltiplos saberes presentes na equipe. Nesse sentido, a presença do redutor na equipe CR, além de trazer maior respeito para o serviço no território, aprimora o olhar dos demais trabalhadores sobre as particularidades da vivência em situação de rua⁶¹.

5.4.4 O fazer do Consultório na Rua como Tecnologia Leve

O trabalho em saúde é fundamentalmente centrado no trabalho vivo e no campo relacional, compreendendo que o conjunto dos trabalhadores de saúde possui potencial para intervenções nos processos de produção da saúde e da doença, elaborados a partir da relação entre seus núcleos de saberes e competência específicas, e associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém, seja médico, enfermeiro ou um vigilante da porta de um estabelecimento de saúde. Essas relações podem ser burocráticas, com a produção da assistência centrada no ato prescritivo, com um saber médico hegemônico e produtor de procedimentos, ou podem se dar nas relações intercessoras, realizadas em ato no cuidado em saúde (MERHY, 2002; MERHY; FRANCO, 2003).

Para explicar um pouco a lógica do trabalho vivo e do trabalho morto, Merhy (2002), traz como exemplo o sapateiro-artesão, que precisa do encontro com matérias-primas e ferramentas, como prego, couro, tinta, martelo, pincel, entre outros objetos para confeccionar o calçado. Todos esses elementos são o resultado do trabalho vivo de outros artífices e que, hoje, configuram-se como trabalho morto. Entretanto, para a confecção do calçado, o sapateiro-artesão precisa se apropriar da matéria-prima, das ferramentas e de um saber tecnológico que

⁶¹ As duas Redutoras de Danos acompanhadas em campo durante o percurso etnográfico viveram em situação de rua por alguns anos, e já foram atendidas pelo CR. Por isso, dão contribuições para as equipes sobre o que é viver em situação de rua, sobre ser usuária atendida pelo CR e, atualmente, trabalhadora do CR.

lhe permita concretizar o trabalho, baseado no desenho imaginado no projeto. Anteriormente ao período da confecção, o sapateiro-artesão precisa conhecer as técnicas de corte, qual o melhor couro usar, qual a linha adequada para a costura, e dar uma razão instrumental para esses objetos, que resultará na confecção do calçado (MERHY, 2002).

Em relação a atuação do CR no processo de cuidado em saúde nas cenas de uso, o aspecto técnico revela-se como uma importante característica do serviço. As conduções do serviço que podem ser lidas como simples ou cotidianas, revelam-se como um importante fazer técnico, construído a partir da apropriação de saberes muito específicos. Situações já descritas no texto, como pedir licença para chegar, andar um atrás do outro, não atrapalhar a visão dos atividades, saber o momento de sair, a leitura da dinâmica territorial, não fazer movimentos bruscos, o acolhimento, a produção do vínculo, como chegar com a oferta de insumos, identificar a hora de sair, entre outras, podem ser consideradas como tecnologias leves desenvolvidas e/ou utilizadas pelos trabalhadores do CR. Isso fica explícito no relato de Dália sobre o Terrão do Andiroba, quando ela diz: “Eu acho que é mais assim, a gente tem aquele cuidado de saber, de aguardar um sinal, até se a gente for entrar, a gente não pode tapar a visão de quem está ali na atividade. Então, a gente já sabe mais ou menos os sinais do próprio território, a gente já está na dinâmica.” Esse trabalho relacional do CR pode ser entendido como trabalho vivo, “o trabalho em ato, campo próprio das tecnologias leves” (MERHY; FRANCO, 2003, p. 318).

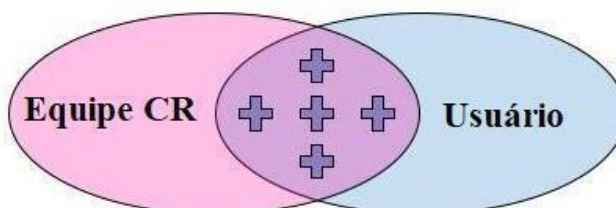
A abertura que os trabalhadores do CR possuíam para acessar os sujeitos atendidos se dava por essa disponibilidade para o outro, para a escuta, para o conduzir junto, para estar ao lado, o que, por sinal, é algo extremamente técnico. Percebi que havia uma certa informalidade nas equipes do CR, seja no vestir - geralmente calças, camiseta de uniforme e tênis, no linguajar - por vezes com gírias que dialogam com o território -, a disponibilidade de se sentar numa calçada, de lanchar junto, de tocar esse sujeito - que geralmente é tratado com repulsa. Apesar de acontecer de forma muito fluida, revela-se como instrumentalização do CR em campo, construída e apropriada de forma intencional por esses técnicos. Tais técnicas provocam uma aproximação e, a partir da permissão do outro, se dá a construção de vínculo, que por conseguinte produz cuidado.

Outra característica importante que surge enquanto técnica é apontada por Íris, que é a entrada despreziosa e o cálculo clínico realizado a partir do encontro com o outro:

Eu sempre falo que a equipe do Consultório de Rua tem muita entrada por a gente ser despretenso na expectativa com outro. A gente vai assim sem pensar em mil coisas antes, a gente vai naquele dia, naquela hora e vai ver o que ele vai topar. E a partir daquilo, eu sempre falo que, o usuário fala alguma coisa, e na nossa cabeça abre um leque de possibilidades, que é de ofertas. E aí são as ofertas que vão caber naquele dia para aquele sujeito. Então todo lugar que a gente chega é nessa vibe mesmo, deixa eu chegar tranquila e a partir do que ele trouxe a gente pensa aí. Lógico, sempre calculando do que a gente conhece, o que a gente sabe que precisa e tentando inserir aos poucos com base no que ele está topando também. Esse cálculo é muito minucioso, parece que é muito do viver fazendo, mas esse leque, ele abre com a história que eu sei, do que ele está nos outros serviços, o que ele tem dado conta, do que ele tem feito (Íris).

A construção em saúde que vi em campo e nas entrevistas demonstrou como a construção do cuidado em saúde nesse serviço se dá de forma partilhada. Há um encontro dos agentes produtores (trabalhadores do CR) dentro do processo de trabalho que é direcionado para a produção do ato de cuidar. Isto possibilita o estabelecimento de um espaço intercessor a partir da assistência com o usuário, conforme o diagrama abaixo, referente à *interseção partilhada*, nos termos de Merhy (2002):

FIGURA 21: Interseção partilhada



FONTE: Imagem reproduzida e editada pela autora a partir de Merhy (2002).

O trabalho vivo do CR se dá no encontro entre trabalhador e usuário, onde o usuário é reconhecido como sujeito na produção do cuidado. Foi identificada a integração do instrumental (trabalho morto) e o trabalho vivo, juntos; entretanto, o trabalho vivo exerce a hegemonia sobre o trabalho morto (MERHY; FRANCO, 2003).

Um terceiro saber é construído a partir dessa interseção partilhada entre a equipe CR e os usuários atendidos. Os trabalhadores ofertavam seu conhecimento científico e empírico a esses sujeitos, se colocando ao lado, estando disponíveis a construir juntos. Ao mesmo tempo, os sujeitos do território também traziam seus conhecimentos, desejos, demandas e limites, que permitem ou não a alteração a partir desse encontro (o que pode ser identificado, por exemplo, com Ametista auxiliando a equipe na utilização de um possível filtro, e Safira pactuando o que seria atendido em cada dia). Como consequência desses dois movimentos, acontece a vinculação e a construção do cuidado em saúde possível, que é singular a cada sujeito,

permitindo a incorporação desse terceiro saber no fazer profissional dos técnicos do CR e na vida dos sujeitos. A construção desse saber partilhado no CR é possível a partir da orientação da redução de danos como um condutor ético ao trabalho desenvolvido, que reconhece o saber do usuário e constrói a partir desse encontro.

Além disso, a lógica multiprofissional estabelecida contribui muito para uma diversidade de olhares sobre as mesmas situações e para a construção de cuidado partilhada. Na equipe, todos fazem várias coisas comuns, como ofertar os insumos, a escuta, acompanhar em um serviço, mas há momentos em que a equipe prioriza estrategicamente algum membro, de acordo com sua categoria profissional e formação:

Eu brinco assim, na saúde a gente fala muito de equipe multi-, como é que funciona, que a gente acha que é um modelo massa, mas que no Consultório de Rua é onde eu vejo que mais dá certo, que de fato funciona. Porque cada usuário vai "ter uma pega" com alguém. Tem gente que vai "ter uma pega" de conversar com a gente porque quer muito olhar a pressão comigo, tem outro que vai conversar com a Camélia ou com a Hortência (assistentes sociais) porque quer um documento, e o outro quer desenhar. Cada um tem uma demanda, e aí cada profissional vai conseguindo entrar aí onde o sujeito diz que pode. Se aquele ali quer conversar muito, aí chega e diz: "Estou precisando de um psicólogo" (Íris)

Dentre os acontecimentos já aqui relatados, há três em que percebi essa dinâmica, sempre de forma muito fluida, a ponto de os usuários talvez nem se darem conta. O que, a partir do olhar como pesquisadora, e com a experiência de atuação no serviço, consigo identificar com mais facilidade: Uma foi quando a equipe deu espaço para que a arte-educadora Margarida entrasse no atendimento de Basalto, propondo marcar um dia para desenharem, pensando na construção de vínculo. Outro momento, foi quando Rubi trouxe relatos da suspeita de infecção por Gonorreia, e a equipe logo convocou o médico, Gerânio, para participar da conversa. Um terceiro, ocorreu durante os atendimentos de Topázio, que tiveram um maior direcionamento da enfermeira Gardênia nos primeiros encontros, quando a usuária tinha os agravos de saúde e a ferida na mão, mesmo que o atendimento naquele momento não se restringisse a esses cuidados, mas funcionasse como estratégia de conseguir vinculá-la melhor naquele momento.

Como se fosse um jogo, percebo que em campo, dependendo da situação, um trabalhador aparece mais, em outros momentos, atua outro colega. Eles se convocam nas situações de acordo com o vínculo com o sujeito ou de acordo com a sua formação. O relato de Íris ilustra essa dinâmica:

Então, às vezes, eu estou manejando com usuário, insistindo para ele ir no CERSAM AD Nordeste, vamos supor. E às vezes, é o caso de insistir mesmo, porque vai chegar uma hora que ele vai vacilar e vai com a gente. Tem vez que não, tem vez que é hora de falar: "Você está dizendo que não vai, a gente vai respeitar e voltamos outro dia". Isso também é uma coisa que as pessoas da equipe vão conseguindo dizer melhor, vamos supor, eu conheço esse usuário há muito tempo, eu conheço esse a mais tempo, a forma que ele funciona, às vezes, você está manejando, eu vou te dar um toque, "não, aqui já deu, de fato", ou, "vamos tentar mais um pouco", ou, "vamos tentar outra estratégia". Mas quando chega, a gente vai analisando tudo, a gente vai entrando olhando para os lados (Íris).

Íris também descreve como a equipe compreende a dinâmica da praça do Samba, na regional Nordeste, que é muito diferente do Parque Professor Guilherme Lage, apesar de bem próximo. Essa leitura territorial também é uma tecnologia leve desenvolvida:

Ali, a maioria são usuários de álcool, então um perfil muito diferente do que a gente vê no parque e no Andiroba, por exemplo. Ele também de épocas em épocas enche, depois dá uma diminuída, as cenas são muito variáveis com o tempo. Por exemplo, essas cenas de álcool, já requer que a gente faça um outro planejamento, eu vi que teve uma época que a gente tinha que chegar lá mais cedo, o pessoal do álcool começa a usar muito cedo, e aí quando a gente chegava 3 horas da tarde, estava todo mundo muito intoxicado, e era muito difícil levar para o Centro de Saúde, levar para o CERSAM, para conversar. Às vezes, você ficava ali a tarde inteira manejando para a pessoa beber uma água, porque fica muito resistente. E assim, lá a gente tem essas estratégias de chegar mais cedo, de fazer mais outras atividades, de lanche, de beber água, que é o que eles topam, para a gente depois abordar outras questões. O que no Andiroba e no parque é menos. Apesar de às vezes a gente chegar e o usuário ter acabado de fazer uso, ou ele está fazendo uso, ele não fica tão resistente a nossa abordagem, aceita os insumos, e aí você bebe uma água e vê uma diferença gigantesca muito rápido, você consegue estabelecer ali naquele momento, um contato que funciona (Íris).

O CR se apropria do saber resultante desse encontro entre usuário e serviço para a leitura territorial, por exemplo, bem como para compreender o perfil dos locais e o desenvolvimento de estratégias diferenciadas de atuação em cada ponto, como tecnologia leve construída a partir da interseção partilhada no território.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença do Estado nas cenas de uso geralmente se faz mais pela via da repressão, por parte da segurança pública, com uso de força e de violência desproporcional a uma realidade de extrema vulnerabilidade. Por vezes, os trabalhadores das equipes de Consultório na Rua se veem em situações delicadas diante dos equipamentos de repressão, e os usuários que sofrem com esse tipo de violência recorrem ao próprio CR enquanto serviço para acolhimento, ou, até mesmo, para acompanhamentos em saúde advindos dessas situações. Outro desafio enfrentado pelas equipes é a permanência do CR nesses territórios quando há ações da PM, considerando-se que, muitas vezes, as abordagens podem trazer riscos para os trabalhadores, seja pelo fato de a PM chegar de forma truculenta e com armas de alto poder ofensivo, ou pelo risco da atuação do CR (que também é uma representação do Estado no território) ser interpretada como “parceira” da PM ou, até mesmo, da guarda municipal.

Além da violência gerada pelo próprio Estado, o tráfico de drogas se mantém presente nos territórios das cenas de uso, agindo, também, com extrema violência sobre os corpos dos usuários acompanhados pelo CR. As equipes CR não se sentem ameaçadas pelo tráfico, com o qual possuem um diálogo relativamente amistoso, como estratégia que possibilita a continuidade da oferta de cuidados nesses locais, embora precisem estar sempre atentas. Há um relativo respeito pelo serviço por parte do tráfico nas duas regionais, sendo que, em alguns momentos, os próprios trabalhadores do tráfico acionam o CR para o atendimento a usuários ou para atividades nessas cenas. Entretanto, não há uma romantização dessa relação, e as equipes reconhecem a complexidade desses espaços, não se descuidando das estratégias para manterem a convivência possível, considerando-se a periculosidade desses territórios.

Os trabalhos a que a população em situação de rua está submetida são precarizados (reciclagem sem EPI, custo de venda dos materiais muito baixos, insalubres, exploração da força de trabalho de formas diversas – pagamento de 10 reais para organizar o estoque de um comércio, p.e.), e a própria comunidade, que explora a força de trabalho desses sujeitos, mão-de-obra a preço irrisório ou em troca de drogas.

A lógica de funcionamento do CR (que tem em sua origem o deslocamento do serviço até o sujeito) é inversa à dos demais serviços de saúde, nos quais, geralmente, o sujeito se desloca até o serviço demandando o atendimento. No CR, é o serviço que se desloca a locais extremamente vulneráveis com ofertas de cuidado em saúde. Por vezes, os sujeitos abordados não apresentam o desejo de ser cuidados, seja por uma desconexão com esse corpo (o que

muitas vezes pode surgir como sintoma de transtornos mentais) ou pelo fato de que aprenderam a suportar os desconfortos devido à precariedade das condições de vida, e acabam dispensando as ofertas de cuidado. É comum, na rotina do CR, a identificação de casos muito graves de adoecimento e, mesmo assim, esses sujeitos não desejarem se deslocar com a equipe para um atendimento mais especializado. Nesses casos, percebemos insistências e tentativas de reinvenção das ofertas de cuidado de forma a se adequar à disponibilidade dos sujeitos, como, por exemplo, quando a enfermeira diz que nessas situações o curativo acontece “à base da lanterna”.

Essas situações fizeram-me refletir sobre a importância da incorporação dos profissionais médicos nas equipes, possibilitando uma maior resolutividade em alguns casos, com a possibilidade do diagnóstico *in loco*, ou até mesmo da busca da medicação. Entretanto, há o receio dos trabalhadores do CR de que os serviços de saúde se tornem mais indisponíveis para esses sujeitos, aumentando as barreiras de acesso.

Há certa rotatividade das pessoas em situação de rua que vivem nesses territórios (como no caso de Topázio e Cristal), entretanto, a grande maioria desses sujeitos é encontrada relativamente nos mesmos lugares ou nos arredores – como ocorreu várias vezes com boa parte das pessoas que aparecem na pesquisa: Safira, Ônix, Berilo, Rubi, Topázio, Cristal, Ametista, Xisto e Jade.

Durante o campo, presenciei a dificuldade dos técnicos de conseguir chegar com os sujeitos aos serviços de saúde quando se tratava de demanda espontânea, sendo mais frequente combinarem a chegada previamente, mesmo em caso de demandas agudas. Quando é recomendado aos usuários ir a um serviço para atendimento, frequentemente escutei que eles não desejavam ir à unidade de saúde. Em uma dessas situações, a usuária disse que iria no dia seguinte, mas que desejava ir com a equipe, porque há uma ideia de que o acesso com a equipe CR garante um tratamento menos hostil.

O serviço é reconhecido nos territórios, principalmente pela imagem da van e das camisetas. Em todas as vezes que estive em campo, fomos muito bem recebidos pelos sujeitos nesses locais. A entrada em campo é interpretada como a chegada do cuidado nas cenas de uso. Quando as equipes chegam com a van e as camisas brancas com a logomarca Consultório na Rua, as pessoas logo se aproximam, demandam insumos e alguns vêm relatando, imediatamente, alguma necessidade de avaliação clínica, de agendamento de consulta, dando retorno sobre melhora ou piora de sintomas e pedindo atividades de arte-educação.

Quanto às articulações de cuidado que o CR constrói com a rede, o que aqui nomeamos como “fazer ponte” é percebido pelos relatos de que os sujeitos atendidos pelo serviço não se configuram como o “paciente desejado” por grande parte dos trabalhadores da rede de saúde, com relatos de queixas sobre a forma como paciente se apresenta (sujo, intoxicado, irritado etc.). Em paralelo, as trabalhadoras do CR relatam atendimentos “malfeitos”, alta hospitalar dada às pressas, atendimentos clínicos sem toque no corpo do sujeito e situações em que os profissionais da rede de saúde se direcionam ao trabalhador do CR, ignorando o sujeito em atendimento que está diante de si. Em alguns casos, acredito que possa haver situações em que o profissional prolonga o tempo de espera, quase forçando uma desistência de atendimento, ou até mesmo fazendo um atendimento às pressas, diante do receio de ser acusado de negar atendimento.

Quando se deparam com profissionais de saúde na rede que acolhem adequadamente a PSR, e que possuem maior disponibilidade para entender a sua realidade, as equipes criam laços para a construção de arranjos estratégicos com esses agentes, de forma a facilitar situações de atendimentos posteriores, ainda que por contatos particulares e não institucionalizados. Percebo essas estratégias como uma conduta subversiva do CR na rede para garantia do acesso do usuário. Entretanto, esses arranjos garantem o acesso de forma pontual e individualizada, sem estabelecer construções maiores para a PSR da cidade.

Aponto aqui a necessidade urgente de o CR construir processos de articulação em rede de forma institucional, pois, tanto esses arranjos individuais, quanto esse acesso a atendimentos com certa indiferença do profissional de saúde, não conseguem garantir, muitas vezes, atendimentos equânimes a esses sujeitos. Pelo contrário, reforçam a discriminação no que se refere ao acesso e ao atendimento.

O contato físico entre as trabalhadoras do CR e os sujeitos atendidos, seja por aperto de mão, por abraços, ou no atendimento clínico, revela-se como instrumento de aproximação entre eles. Por diversas vezes, ouvi em campo quando a mão de alguém do CR (ou mesmo a minha) era estendida a alguém: “Mas eu estou sujo”. E logo, essa frase era contraposta por: “E daí?”, estabelecendo, assim, uma maior abertura ao diálogo.

Da mesma forma que o CR se torna uma ponte entre os usuários e os serviços, os usuários também são uma ponte entre o CR e os demais usuários atendidos. Isso permite a permanência do CR nos territórios a partir da vinculação com os sujeitos que ali vivem. Os sujeitos atendidos vão difundindo no território suas percepções sobre o serviço, transmitidas de tempos em tempos, de usuários a usuários, de equipes a equipes por uma década. Há um vínculo

individualizado e específico com as trabalhadoras – os usuários se lembram das trabalhadoras antigas e relatam com afeto seu contato com elas –, mas percebo que, ainda que as equipes se alterem, o vínculo permanece com o serviço, cuja identificação maior é com as camisas brancas e com a van.

Há grande diversidade de pessoas nas cenas de uso etnografadas, mas, em sua maioria, trata-se de pessoas em situação de rua com alto grau de vulnerabilização. Os sujeitos que passavam por lá e não estavam em situação de rua, eram a grande minoria e, por vezes, faziam questão de demonstrar que “não eram como os sujeitos que viviam aí”, remetendo à ideia de “nóia”.

Nessas cenas, presenciei histórias muito duras de pessoas que vivenciam uma sobreposição de violências e vulnerabilidades. A disponibilidade do CR de ouvir qualquer informação ou demanda do usuário, mesmo que fuja do escopo de trabalho, evidencia uma perspectiva importante, a do olhar integral para esse sujeito e sua vida, o que possibilita uma maior vinculação. Entretanto, torna-se desafiador para o serviço, a partir da escuta de um volume grande de sobreposições de vulnerabilidades das mais diversas complexidades, o encaminhamento na perspectiva da intersetorialidade. Por vezes, o projeto terapêutico dos usuários acompanhados se esbarra na falta de recursos mínimos para atender suas necessidades, precisando urgentemente da construção de políticas públicas estruturantes para garantia de um mínimo de direitos a essa população.

Analisando as necessidades da PSR (moradia, segurança alimentar, saúde, educação, trabalho, cultura e lazer, condições de higiene), as ofertas de recursos na rede pública para garantia de tais necessidades é ínfima e centralizada, possibilitando um acesso muito restrito ao se comparar com suas necessidades reais.

Sobre o estabelecimento de vínculo do CR com grande parte desses sujeitos, a ponto de as trabalhadoras serem consideradas por eles como “família” (afirmação que ouvi repetidas vezes em campo), isso surge a partir da identificação do serviço como lugar de cuidado e proteção, o que se assemelha às funções esperadas socialmente para a instituição familiar, e revela um pouco de tamanha desproteção a que esses sujeitos estão suscetíveis.

A flexibilidade dessa modalidade de serviço (CR) facilita as possibilidades de vinculação dos sujeitos. Nesse sentido, entendo que os serviços de base territorial que possuem protocolos e fluxos mais definidos ou talvez até rígidos (devido à necessidade de organização dos serviços), terão maiores desafios de vinculação, pois não têm em sua rotina a possibilidade de itinerância, e a disponibilidade de ficar o tempo que for necessário, ou de “deixar cair” a

agenda planejada em função de uma urgência. Logo, a flexibilidade do CR e a sua fluidez para “caminhar junto” pelo itinerário que o sujeito define estão entre os maiores diferenciais dessa modalidade de serviço.

Frequentemente, quando acessa os serviços públicos, a PSR é enxergada apenas como usuário de drogas, sem se considerar a multiplicidade de vivências que esse corpo carrega, sua subjetividade para além do uso, que é um dos fatores que a atravessam. Considerando as múltiplas e sobrepostas formas de violação de direitos sofridas pela PSR, é equivocado pensar em seu uso prejudicial de drogas descolado da sua realidade de vida. Por isso, é necessário contextualizar temas fundamentais, como classe, gênero e saúde mental, quando se trata de violação de direitos.

É visível a produção de cuidado a partir da entrada do CR nesses territórios e nas relações estabelecidas com os usuários do serviço. Vários deles entendem conceitualmente o que é Redução de Danos, o que se revelou, talvez, como uma grande estratégia de educação popular em saúde. Sobre o acesso aos serviços de saúde, se tomarmos por base a população domiciliada, o acesso da PSR ainda é muito restrito.

Outro ponto importante, é que não planejei ter a etnografia conduzida por mulheres em campo, mas foi algo que aconteceu naturalmente, pela maioria feminina no trabalho do CR e pela maior aproximação que tive com Safira e Ametista. Ser mulher em situação de rua foi um dos aspectos evidenciados nesta pesquisa como ponto crítico, demonstrando que a experiência da mulher em situação de rua é ainda mais vulnerável que a dos demais. Foram muitos os relatos de casos de violência contra a mulher, como feminicídio, violência institucional, abrigamento compulsório de crianças, violência do território, que lida com o uso de drogas por mulheres de forma diferente do uso feito por homens, entre tantos outros atravessamentos específicos vivenciados por elas. Inclusive, durante a pesquisa recebi a triste notícia de mais uma usuária acompanhada pelo CR que foi vítima de feminicídio. Devido ao curto tempo do mestrado e à pandemia de Covid 19, que atrasou meu campo etnográfico, não foi possível aprofundar nessa discussão, que se revela como uma lacuna da pesquisa a ser preenchida posteriormente.

Como ponto crítico à atuação do CR, foram identificadas as dificuldades em ofertar um cuidado ampliado nos casos em que os sujeitos não conseguem chegar aos centros de saúde. Torna-se um desafio à gestão do CR pensar na ampliação do repertório de possibilidades de cuidado clínico com maior possibilidade de resolutividade nesses casos. Em paralelo, a gestão do SUS/BH precisa se debruçar em estratégias a médio e longo prazo que busquem a diminuição das barreiras de acesso da PSR aos Centros de Saúde e UPAs da cidade.

Como contribuições para o avanço do cuidado em saúde da PSR em Belo Horizonte, sinalizo a urgência da construção de estratégias no âmbito da gestão dos equipamentos públicos do SUS/BH de base territorial (Centros de Saúde, UPAs, CERSAMs e CERSAMs AD), a curto prazo, que busquem superar ou minimizar as barreiras simbólicas de acesso a partir de estratégias de educação permanente em saúde junto aos trabalhadores, e no estabelecimento de fluxos internos mais flexíveis e estratégicos de atendimento para que a PSR consiga chegar até esses serviços de forma autônoma.

A rede SUS/BH precisa estar pronta para o atendimento desses sujeitos, diminuindo as barreiras burocráticas que dificultam o acesso aos serviços. Os Centros de Saúde, sendo os coordenadores do cuidado nos territórios, precisam ter um papel estratégico para pensar ações territorializadas que possibilitem o reconhecimento desses usuários também como público-alvo da unidade. Além disso, tais serviços precisam se apresentar para essa população de forma atrativa e acessível, numa perspectiva de atuação para além dos equipamentos de saúde.

Considerando a capilaridade que o CR possui nesses territórios, o serviço é estratégico para acessar os lugares e sujeitos mais vulnerabilizados dentro a PSR que a rede não consegue alcançar. Entretanto, o CR está longe de conseguir atender a necessidade de saúde da PSR em sua complexidade.

Nesse sentido, é preciso que o CR avance na construção de estratégias de continuidade do cuidado, de forma articulada e compartilhada com a rede, bem como na resolutividade das ofertas, quando possível, dentro de sua infraestrutura. O serviço precisa apostar no seu potencial articulador para promover o acesso e construir também articulações intersetoriais, na tentativa de garantir direitos aos usuários, considerando a integralidade do cuidado e as múltiplas vulnerabilidades por eles vivenciadas.

Finalizo demarcando que pobreza e exclusão social são os eixos centrais para se pensar na saúde da população em situação de rua. E, para a superação do processo de extrema vulnerabilização vivenciado por essas pessoas, é fundamental que o poder público construa políticas públicas estruturantes de saúde, habitação, empregabilidade e assistência social, que garantam dignidade e cidadania a esses sujeitos para, a partir daí, podermos iniciar um processo concreto de garantia de direitos e superação das mazelas que atravessam violentamente esses corpos.

REFERÊNCIAS

ABAL, Y. S. *Mais que apenas pedras e pedradas*. A produção de saúde em cenas abertas de uso de crack, pasta base de cocaína e similares. Orientadora: Silvia Angela Gugelmin. 2018. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2018.

BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2009.

BARBOSA, A. Saudosa Maloca. In: CALADO, Carlos. *Adoniran Barbosa*. Texto: Carlos Calado. Rio de Janeiro: MediaFashion, 2010. P. 51 – 52. (Coleção Folha Raízes da Música Popular Brasileira; V.7 – Acompanhado de CD).

BARBOSA, A. Trem das onze. In: CALADO, Carlos. *Adoniran Barbosa*. Texto: Carlos Calado. Rio de Janeiro: MediaFashion, 2010. P. 53. (Coleção Folha Raízes da Música Popular Brasileira; V.7 – Acompanhado de CD).

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977. 225p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em 28 fev. 2021.

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, 16 jul. 1990. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em 28 fev. 2022.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Rua aprendendo a contar*. Brasília, DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério da saúde. *Consultório de Rua do SUS, 2010*. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/ape/consultoriorua>>. Acesso em: 29 nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto Nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009*. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em 12 jan. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria Nº 122, de 25 de Janeiro de 2011*. Disponível <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria Nº 130, de 26 de Janeiro de 2012*. Disponível <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 15 jan. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 9 dez. 2021a.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde da população em situação de rua: um direito humano*. 1ª ed. Brasília: 2014.

BRASIL, Ministério da Cidadania. *Cadastro Único*. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/cadastro-unico>>. Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL, Ministério da Cidadania. *CECAD: Tabulador do Cadastro Único*. 2022. Disponível em: <https://cecad.cidadania.gov.br/tab_cad.php>. Acesso em: 13 set. 2022.

CARNEIRO, K. G. *Moradores de Rua e Produção do Espaço Urbano: análise sobre Bogotá e Belo Horizonte sob uma perspectiva genealógica*. Orientadora: Cristina Almeida Cunha Filgueiras. 2016. 491 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

CECILIO, L. R. DE O. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde*. Em: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. DE (Eds.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: p. 117–130, 2006.

COSTA, P. H. A. DA; PAIVA, F. S. DE. Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1009–1031, set. 2016.

CHAUVIN, S.; JOUNIN, N. A Observação direta. In: PAUGAM, Serge. (Coord.). *A pesquisa sociológica*. Petrópolis: Vozes, 2015. p. 124-140.

CRIOLO; GANJAMAN, D; HELD. *Casa de Papelão*. Oloko Records. 2014. *online*. (4min58seg) Disponível em: <<https://open.spotify.com/track/6gfEwOVH4VlQ6xVTLmq6IS?si=2aab89689a4c4703>> acesso em 30 mai. 2022.

CRUZ, D. V. et al. Gestar o real do corpo: o direito à maternidade possível. *Saúde em Redes*, v. 4, n. 1 Suplem, p. 99–113, 16 jun. 2018.

ECKERT, C.; ROCHA, A. L. C. DA. Etnografia: Saberes e Práticas. *ILUMINURAS*, v. 9, n. 21, 4 set. 2008.

SCOREL, S. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. A saúde das pessoas em situação de rua. In: *Rua aprendendo a contar*. Brasília, DF: MDS, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009, p. 110-133.

SCOREL, S. Exclusão social fenômeno totalitário na democracia brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 2, n. 1, p. 41–57, 1993.

ESTADO DE MINAS. Homem é encontrado morto dentro de parque da Região Nordeste de BH. 31 jan. 2017. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2017/01/31/interna_gerais,843736/homem-e-encontrado-morto-dentro-de-parque-da-regiao-nordeste-de-bh.shtml. Acesso em: 29 out. 2022.

FERNANDES, L.; PINTO, Y. M. *El Espacio Urbano como Dispositivo de Control Social: Territorios Psicotrópicos y Políticas de la Ciudad*. Monografias Humanitas. p. 16, 2006.

FILHO, G.; MOURA, J. *Humilhação social – um problema político em psicologia*. Psicologia USP, v. 9, p. 11–67, 1998.

FRÚGOLI, H. J.; SPAGGIARI, E. Da cracolândia aos nórias: percursos etnográficos no bairro da Luz. *Ponto Urbe. Revista do núcleo de antropologia urbana da USP*, n. 6, 1 ago. 2010.

GALEANO, E. *As palavras andantes*. 5ª edição. Porto Alegre: L&PM, 2007.

GARCIA, D. R. *Arte e Sociedade: Ações no Cotidiano das Cenas de Uso de Drogas*. Orientador: Pablo Alexandre Gobira de Souza Ricardo. 2017. 182 f. Dissertação (Mestrado em Artes) - Programa de Pós-Graduação em Artes, Universidade do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

GOLDBLUM, A. S. *Acesso ao cuidado em saúde: a percepção de pessoas atendidas pelas equipes de Consultório na Rua no Município do Rio de Janeiro*. [s.l.] Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz, 2020.

GROSSI, Y. DE S. Belo Horizonte: qual pólis. *Cadernos de História*, v. 2, n. 3, p. 12–24, 1997.

HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. 9ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

LOBOSQUE, A. M. *Experiências da Loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

LONDERO, M. F. P.; CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. S. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, n. 49, p. 251–260, 30 abr. 2014.

MACHADO, A. R.; MODENA, C. M. M.; LUZ, Z. M. P. Das proposições da política às práticas dos serviços: há novidades nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1. 2020a.

_____. O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência. *Interface (Botucatu)* [online]. 2020, vol.24. 2020b.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 33, n. 3, p. 580–595, 2013.

MACRAE, E.; SIMÕES, J. A. *Rodas de Fumo: O uso da maconha entre camadas médias urbanas*. Bahia: EDUFBA, 2000.

MC ROMEU. *Pobreza é de graça*. Canal Dih Produções. 2021. *online*. (3min2seg) Disponível em: <<https://open.spotify.com/track/1ATLm89tDkTAP0WrbXRBM3?si=0037260f80c24f67>> acesso em 30 mai. 2022.

MALHEIRO, L. S. B. *Tornar-se mulher usuária de crack: trajetória de vida, cultura de uso e políticas sobre drogas no centro de Salvador – BA*. Orientador: Edward MacRae. 2018. 292 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

MALTA, D. C. *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do projeto vida e do acolhimento para a mudança do acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 - 1996* [Tese de doutorado]. 2001.

MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 61-80.

MAGNANI, J. G. C. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 17, n. 49, p. 11–29, jun. 2002.

MANZINI, E. J. Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: *Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos, 2, A pesquisa qualitativa em debate*, Bauru, 2004. Anais, Bauru: SIPEQ, 2004.

MERHY, E. E. *Saúde: A cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. In: *Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*. 65. São Paulo: v. 27p. 316–323.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade – Série Manuais Acadêmicos*. 1ª edição ed. Editora Vozes, 2016.

MINAYO, M. C. DE S. *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. [s.l.] Editora FIOCRUZ, 2000.

MIOTO, R. C. T. Família e serviço social, contribuições para o debate. *Serviço Social e Sociedade*. ed. Cortez, ed. 55, v.18, p. 114-130, 1997.

MOEBUS, R. L. N.; MERHY, E. E.; SILVA, E. O Usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha. In: MERHY, E.E.; BADUY, R.S.; SEIXAS, C. T.; et al. (Org.). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p. 43-53.

OLIVEIRA, R. C. DE. *O Trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever*. Revista de Antropologia, v. 39, n. 1, p. 13–37, 1996.

OSORIO, R. G. *A Mobilidade Social dos Negros Brasileiros*. n. 1033, p. 27, 2004.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, p. 154–162, abr. 2011.

RUI, T. *Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack* [Tese de Doutorado]. Campinas: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas; 2012.

RUI, T. *Por entre territórios visíveis e territórios invisibilizados: mercados ilícitos e cracolândias de São Paulo e Rio de Janeiro*. *Novos Estudos - CEBRAP*, v. 38, n. 3, p. 573–588, dez. 2019.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 8, p. 1798–1799, ago. 2014.

SILVA, M. A; BORGES, S. S. Corporalidades, bem viver e saberes urbanos: entre paradas LGBTs e “cracolândias, a quem pertence a cidade? *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 7 (15): 319-338, setembro a dezembro de 2020. ISSN: 2358-5587

SILVA, H. R. S. *A situação etnográfica: andar e ver*. *Horizontes Antropológicos*, v. 15, n. 32, p. 171–188, dez. 2009.

SIMÃO, F. L. R. Os homens da ordem e a ordem dos homens. *Revista HEERA*, p. 16–42, 2012.

SOTERO, M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. *Revista Bioética*, v. 19, n. 3, 27 dez. 2011.

SOUZA, J. (Org). *Crack e exclusão social*. 1ª ed. Brasília. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016. 360 p.

ZANOTTO, D. F.; ASSIS, F. B. Perfil dos usuários de crack na mídia brasileira: análise de um jornal e duas revistas de edição nacional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 3, p. 771–792, jul. 2017.

VELHO, G. Observando o Familiar. In: __ *Individualismo e Cultura: Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1980.

WORCMAN, N.; MORGANTI, R. O Proibicionismo Introjetado: A Reprodução da Violência e Exclusão Entre Os Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas. In: PIRES, R. R. C. (Ed.). *Implementando Desigualdades: Reprodução de Desigualdades na Implementação de Políticas Públicas*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2019. p. 20.