



Ludmila Maria del Luján Abramenko

**Sufrimento e prazer no trabalho dos profissionais dos Consultórios na Rua
do Município do Rio de Janeiro**

RIO DE JANEIRO
2022

Ludmila Maria del Luján Abramenko

**Sufrimento e prazer no trabalho dos profissionais dos Consultórios na Rua do
Município do Rio de Janeiro**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz; como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de Concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Edinilsa Ramos de Souza

Coorientadora: Prof. Dra. Ana Elisa Bastos Figueiredo (*in memoriam*)

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Suffering and pleasure at work in professionals of the street outsearch clinics of the Municipality of Rio de Janeiro.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de Financiamento 001.

A161s Abramenko, Ludmila Maria del Lujan.
Sofrimento e prazer no trabalho dos profissionais dos Consultórios na Rua do Município do Rio de Janeiro / Ludmila Maria del Lujan Abramenko. -- 2022.
195 f. : il. color.

Orientadora: Edinilsa Ramos de Souza.
Coorientadora: Ana Elisa Bastos Figueiredo.
Tese (Doutorado em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 184-190.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Pessoal de Saúde. 3. Pessoas em Situação de Rua. 4. Coleta de Dados. 5. Serviços de Saúde Mental. I. Título.

CDD 363.11

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

**Sufrimento e prazer no trabalho dos profissionais dos Consultórios na Rua do Município
de Rio de Janeiro**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz; como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Saúde Pública. Área de Concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Aprovada em 30 de agosto de 2022.

Banca examinadora

Prof. Dr. Hélder Pordeus Muniz
Universidade Federal Fluminense

Prof. Dr. Octavio Andrés Ramos Bonet
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Cristiane Batista Andrade
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.^a Dra. Simone Santos Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Edinilsa Ramos de Souza (orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

RIO DE JANEIRO
2022

Para mis padres Sergio y Gladys (In memoriam).

AGRADECIMENTOS

A minha família argentina, em especial a Carina e Verónica Almada, Betty, Vidal e Maria Jesús Ceccarossi, Renata Reinheimer, Gabi Sturniolo, Jesi Escribano, Jose Lopéz Vinnuesa, Ayélen Torres, Juan Marcos Salazar e Mario Toer. Aos meus amigos brasileiros, em especial a Nico Chiazzaro, Bruno Bechara, Day Cavalcante, Walcyr de Oliveira e Juliana Carús.

A todos os meus colegas de Doutorado em Saúde Pública da turma 2018 por ter sido um suporte, presencial e virtual, em tempos pandêmicos e políticos obscuros. Às minhas orientadoras, Edinilsa pela paciência e Ana Elisa (in memoriam) pela confiança. A Maria Teodora Rufino, Paulo Amarante e Marilene de Castilho Sá. A Capes e a ENSP/Fiocruz pelo apoio financeiro na realização dessa pesquisa. E, sobretudo e especialmente aos trabalhadores dos Consultórios na Rua de Centro 1, Acari e Manguinhos pela generosidade e sensibilidade com que me contaram seus desejos, dores e prazeres no trabalho.

*“É o outro quem sempre nos salva, e se chegamos à idade que temos
é porque outros salvaram nossa vida, uma e outra vez,
incessantemente”*
(SABATO, 2000, p 30.)

RESUMO

O presente estudo está dedicado a conhecer a dinâmica prazer e sofrimento no trabalho dos profissionais dos Consultórios na Rua do Município de Rio de Janeiro. Os Consultórios na Rua são equipes multiprofissionais que pertencem à atenção básica, cujo objetivo é o cuidado da população em situação de rua, foram implementados no Brasil desde o ano de 2011. Surgiram de uma luta dos movimentos sociais que defendem os direitos da população em situação de rua. No Município do Rio de Janeiro existem atualmente sete Consultórios na Rua. Todos os Consultórios na Rua (CnR) realizam a maior parte dos atendimentos no território e tem sede numa unidade de atenção básica. Os cuidados dispensados pelos Consultórios na Rua vão desde entrega de medicamentos, tratamento de condições de saúde complexas como tuberculose, tramitação de documentos, atendimentos no território, cuidado para pessoas com uso problemático de substâncias por meio da estratégia de redução de danos, entre outras ações destinadas ao cuidado integral dos sujeitos. O interesse do estudo é conhecer a dinâmica prazer-sofrimento a partir da própria voz dos trabalhadores que atuam nessas equipes. Prazer-sofrimento são conceitos utilizados pela psicodinâmica do trabalho, abordagem clínica do trabalho desenvolvida pelo psiquiatra e psicanalista francês Cristophe Dejours. Para Dejours todo trabalho gera um sofrimento pela distância entre o trabalho prescrito, o protocolo que diz como o trabalho deveria ser feito, e o trabalho real. Foram pesquisados três Consultórios na Rua do Município de Rio de Janeiro que atuam em diferentes territórios: Mangueiras, Acari e Centro 1. Foi utilizado o estudo de casos, analisando o trabalho com o qual os trabalhadores lidam no cotidiano. O sofrimento decorrente pode permanecer inalterado em organizações do trabalho muito rígidas ou pode dar lugar ao uso da criatividade de sujeitos e grupos transformando esse sofrimento em prazer, metodologia pela qual cada CnR foi analisado como um estudo de caso, colocando os três em relação. A técnica de coleta de dados contemplou entrevistas individuais com os trabalhadores dos 3 CnR (24 trabalhadores) e três entrevistas grupais com cada equipe. Os dados foram analisados por meio da análise de discurso. Os resultados encontrados foram: os trabalhadores do Consultório na Rua sofrem pela dessubjetivação vivenciada pelos usuários que reflete numa invisibilização do trabalho realizado pelas equipes. Esse sofrimento é causado pelo estigma que dificulta o trabalho em rede, confunde o trabalho realizado com a caridade e deixa os trabalhadores na solidão. O

sofrimento também aparece por ser testemunha da violência e o desamparo extremos em que vivem as pessoas em situação de rua e os poucos recursos que as equipes têm para responder devido à desigualdade social, e a precarização laboral a que as equipes estão submetidas. Outro motivo de sofrimento relatado pelos profissionais diz respeito à negligência por parte da gestão. O prazer aparece no vínculo com os usuários, a relação com os colegas de equipe, também pelo reconhecimento da relevância do trabalho desenvolvido pelos profissionais, pelo orgulho de trabalhar no SUS, assim como pela constatação de que seu trabalho faz diferença na vida dos usuários.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; pessoal de saúde; pessoas em situação de rua.

ABSTRACT

The present study is aimed to understanding the dynamics of pleasure and suffering at work in professionals of the Street Outreach Clinics of the Municipality of Rio de Janeiro. The Street Outreach Clinics are multi-professional teams belonging to primary health care, whose objective is to provide care for the homeless population, and have been implemented in Brazil since 2011. They emerged from the struggle of social movements that defend the rights of the homeless population. In the Municipality of Rio de Janeiro there are currently seven Street Outreach Clinics. All Street Outreach Clinics (SoC) perform most of the consultations in their territory and are based in a primary health care unit. The care provided by the Street Outreach Clinics ranges from handing out medicines, the treatment of complex health conditions such as tuberculosis, the processing of legal documents, the general assistance in the clinic's territory, the provision of care for people with problematic use of substances through the harm reduction strategy, among other actions intended for the integral care of the individuals. The interest of this study is to get to know the pleasure-suffering dynamics directly from the accounts of the people who work in these teams. Pleasure-suffering are concepts used by the psychodynamics of work, a clinical approach to work developed by the French psychiatrist and psychoanalyst Christophe Dejours. For Dejours, all work generates suffering due to the distance between the prescribed work, the protocol that says how the work should be done, and the actual work. Three Street Outreach Clinics operating in different territories in the Municipality of Rio de Janeiro were researched: Manguinhos, Acari and Centro. 1. A case study approach was used, analyzing the work that workers deal with on a daily basis. The resulting suffering can remain unchanged in very rigid work organizations or it can give rise to the use of creativity by subjects and groups, transforming this suffering into pleasure, a methodology through which each SoC was analyzed as a case study, assessing the three in relationship. The data collection technique included individual interviews with workers from the 3 SoC (24 workers) and three group interviews with each team. The data were analyzed through discourse analysis. The results found that: Street Outreach Clinics workers suffer from the de-subjectivation experienced by users, which reflects in an invisibility of the work performed by the teams. This suffering is caused by the stigma that makes networking difficult, confuses the work done with charity and leaves workers in solitude. Suffering also appears as a witness to the violence and extreme

helplessness in which people live on the streets and the few resources that the teams have to respond due to social inequality, and the precarious work to which the teams are subjected. Another reason for suffering reported by professionals, concerns negligence on the part of the management. Pleasure appears in the bond with users of the service, the relationship with the colleagues, as well as the recognition of the relevance of the work they are doing, the pride in working in the SUS, as well as the realization that their work makes a difference in the lives of the users of the clinics.

Keywords: Workers health; healthcare personnel; homeless people.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Consultórios na Rua no Município do Rio de Janeiro	88
Quadro 2 -	Características dos trabalhadores da equipe do CnR Centro 1	104
Quadro 3 -	Características dos trabalhadores da equipe do CnR Manguinhos	131
Quadro 4 -	Características dos trabalhadores da equipe do CnR Acari	159

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Análise de Discurso
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária da Saúde
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas
CAPS-AD 3	Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas, com acolhimento noturno
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil
CEASA	Centro de Abastecimento
Centro POP	Centro de Atenção à população em situação de rua
CEP	Comitê de Ética e de Pesquisa
CEP-SMS	Comitê de Ética e de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
CF	Clínica da Família
CIAMPS	Comitê Intersetorial de acompanhamento e monitoramento da política para população em situação de rua
CMS	Centro Municipal de Saúde
CnR	Consultório na Rua
COVID-19	Coronavírus
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF Pop Rua	Estratégia Saúde da Família para população em situação de rua
FIFA	Federação Internacional de Futebol
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IML	Instituto de Medicina Legal
MNR	Movimento Nacional da população em situação de rua
NASF	Núcleo de Apoio às equipes de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
OS	Organização Social
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PDT	Psicopatologia do Trabalho
Pop Rua	População em situação de rua
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RJ	Rio de Janeiro
RT	Responsável Técnico
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TECLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	Técnico de Nível Médio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	JUSTIFICATIVA	19
3	CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	21
3.1	CAPITALISMO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	21
3.1.1	Taylorismo-fordismo e a otimização do trabalho em série	24
3.1.2	Toyotismo e a acumulação primitiva do capital	26
3.1.3	Mal-estar no trabalho contemporâneo	31
3.2	TRABALHO DE SAÚDE, TRABALHO DE CUIDADO.....	37
3.2.1	Trabalho de cuidado no Consultório na Rua	43
3.3	CONSULTÓRIO NA RUA.....	47
3.3.1	Criação e trabalho do Consultório na Rua	54
3.4	SOFRIMENTO E PRAZER NO TRABALHO.....	65
3.4.1	Sofrimento e prazer no trabalho do Consultório na Rua	68
3.4.2	Pressupostos teóricos	85
4	CAPÍTULO 2: OBJETIVOS E METODOLOGIA	86
4.1	METODOLOGIA.....	86
4.2	ESPAÇO E SUJEITOS DA PESQUISA.....	91
4.3	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	93
5	CAPÍTULO 3: RESULTADOS	102
5.1	CONSULTÓRIO NA RUA CENTRO 1.....	102
5.2.	CONSULTÓRIO NA RUA MANGUINHOS.....	130
5.3.	CONSULTÓRIO NA RUA ACARI.....	158
6	CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO	180
7	CONCLUSÃO	192
	REFERÊNCIAS	199
	ANEXOS	203

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa buscou estudar a dinâmica de prazer e sofrimento presente no trabalho das equipes de Consultório na Rua do Município de Rio de Janeiro, a partir dos relatos dos trabalhadores dessas equipes.

Os Consultórios na Rua (CnR) foram implementados no Brasil, a partir das exigências dos Movimentos Sociais que lutam pelos direitos da população em situação de rua. Diferentes experiências isoladas de atendimento em saúde foram reunidas nesse dispositivo que começou a funcionar no ano de 2011.

Os CnR estão inseridos na política de atenção básica à saúde. Foram criados com o objetivo específico de atender e facilitar o acesso da população em situação de rua à rede de serviços do território. Suas equipes são multiprofissionais e estão voltadas ao atendimento de saúde da população em situação de rua. Os CnR se classificam em 3 tipos, os Consultórios na Rua tipo 3 são as equipes que possuem médico. Nos CnR do tipo 3, a equipe está constituída por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, dentista, técnico de saúde bucal, e agentes sociais.

O atendimento que realizam é integral e busca responder às diversas demandas das pessoas em situação de rua, que abrangem desde documentação, orientação de direitos, atendimento psicológico, saúde bucal, prevenção, até o cuidado para pessoas que consomem substâncias com a estratégia de redução de danos. As ações em saúde são pensadas a partir da constituição de vínculo e do enfrentamento ao estigma social que as pessoas em situação de rua sofrem e que é um dos motivos de terem, historicamente, sua saúde negligenciada. Nos interessa conhecer como é a dinâmica de sofrimento e prazer que experimentam os trabalhadores das equipes de Consultório na Rua a partir dos seus relatos. Os conceitos de sofrimento e prazer foram tomados da Psicodinâmica do Trabalho, que é uma clínica do trabalho criada pelo psiquiatra e psicanalista francês Cristophe Dejours.

Para Cristophe Dejours, todo trabalho implica uma dimensão de sofrimento e de prazer. Sofrimento inerente ao próprio trabalho, já que, na definição de Dejours (1992), existe sempre uma brecha entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

O trabalho prescrito é o nível protocolar e regado da tarefa, relativo a como deve ser realizada, enquanto o trabalho real é o trabalho vivo, tal como se apresenta na vivência concreta

dos trabalhadores. Essa diferença constitutiva do trabalho, é o que produz sofrimento, mas também prazer, porque se por um lado, a falta de adequação entre o que é prescrito e o que é possível de ser realizado provoca sofrimento, essa diferença também potencializa a inteligência criativa dos trabalhadores possibilitando que eles se apropriem de seu trabalho (DEJOURS, 1992).

De acordo com Dejours (1999), o trabalho tem efeitos muito poderosos sobre o aparelho psíquico, contribuindo para agravar o sofrimento ou, ao contrário, subverter o sofrimento e para transformá-lo em prazer. Assim, o trabalho pode ser ora patogênico, ora estruturante. Dejours marca a centralidade do trabalho, tanto para o sujeito como para a sociedade. Para o autor o sofrimento é inerente ao mundo do trabalho porque significa o encontro de um sujeito, com sua trajetória individual e singular, com uma organização do trabalho. Isso pode gerar dois tipos de sofrimento: o sofrimento patogênico e o sofrimento criativo. O sofrimento patogênico ocorre quando foram explorados todos os recursos defensivos do trabalhador, quando todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas, dando início à destruição e ao desequilíbrio psíquico do sujeito e, portanto, ao aparecimento da doença. Isso acontece quando não há nada além das pressões fixas e rígidas, ocasionando a repetição e a frustração, o medo, ou o sentimento de impotência. Porém, o sofrimento pode ser um ponto de partida, e não somente um ponto de chegada. Para Dejours (2007) o trabalho é uma prova da própria subjetividade, e, ao final do processo, implica uma possibilidade de transformação. Mas o sofrimento também pode ser criativo se o sujeito, em cooperação com outros, consegue atravessar a resistência do real que o trabalho implica, acaba se transformando, torna-se de algum modo “mais inteligente, mais hábil do que era antes de ter superado essas dificuldades. Trabalhar não é apenas produzir, implica necessariamente na transformação do eu” (DEJOURS, 2007, p. 18).

Beck (2001) afirma que o enfrentamento das dificuldades oriundas da organização do trabalho e, também, do próprio trabalhador, pode auxiliá-lo a realizar o seu trabalho com mais prazer, visualizando-o como uma possibilidade de construção e reconstrução de si mesmo. Portanto, o trabalho pode ser um lugar de transformação e de suporte identitário para o sujeito (DEJOURS, 1992).

Como trabalhadores de saúde pública os profissionais do Consultório na Rua enfrentam diversas dificuldades como: precarização laboral, trabalhar em contextos de miséria e violência

urbana e estatal, falta de entendimento e reconhecimento por parte da gestão e de outros profissionais de saúde, sobrecarga laboral, falta de espaços para supervisionar os casos ou para falar sobre suas inquietações, não poder desligar das preocupações fora do trabalho (CARVALHO et al, 2006). Outro fator que aparece como mais específico do trabalho em Consultório na Rua é a solidão e as dificuldades para realizar um trabalho em rede.

Os trabalhadores associam essas dificuldades com o estigma que sofrem as pessoas que estão em situação de rua (SILVA et al,2014). Uma situação parecida em relação ao estigma dos usuários que fragmenta o trabalho em rede, também é referido por profissionais que trabalham em Centros de Atenção Psicossocial (FERRER, 2007). Podemos pensar como o estigma social sofrido, tanto pelas pessoas que moram na rua, como pelas pessoas em sofrimento psíquico, traz consequências para os próprios trabalhadores.

O sofrimento também advém das condições de trabalho insatisfatórias com falta de recursos materiais, o que leva os trabalhadores a não cumprirem as demandas e a sofrerem com a impotência por não poderem realizar suas funções, ou ainda manter a ideia de que devem suportar sem reclamar (MORAES ROOS, 2014).

Ao se tratar de equipes multiprofissionais, alguns autores também conseguiram perceber sofrimentos diferentes segundo a profissão e a função do trabalhador. No estudo realizado por De Marco, Cítero e Moraes (2010), os autores avaliaram que os profissionais de serviço social e terapia ocupacional eram os que mais sofriam por falta de reconhecimento por parte do resto da equipe. Estudos que avaliaram a sobrecarga em agentes comunitários (RESENDE et al, 2011; AZAMBUJA et al, 2007), mostraram que mesmo que os agentes comunitários se sintam reconhecidos pela comunidade, o fato de pertencerem a mesma comunidade faz com que seja mais difícil para eles colocarem limites, permitindo também a sua identificação junto aos usuários no que se refere ao sofrimento. Eles se encontram mais afetados pelas problemáticas do território e estão mais sobrecarregados que o resto da equipe.

Por outro lado, os profissionais de saúde destacam como fonte de prazer no trabalho que realizam, o vínculo com os usuários, o orgulho do trabalho realizado, os laços com a equipe, encontrar um sentido para as suas práticas, se ocupar daqueles que ninguém quer (GLANZNER, 2011). Inclusive uma modificação subjetiva em relação à própria identidade, por uma transformação de si, e por sentir que estão realizando um trabalho valioso (SILVA et al, 2014).

Outra questão é que esse sofrimento gerado pelo trabalho muitas vezes aparece mascarado por sintomas físicos (CARREIRO, 2010), ou como absenteísmo, ansiedade, insônia, alcoolismo, transtornos psiquiátricos menores, frieza para com os pacientes (LIMA et al, 2010).

O descobrimento mais importante da Psicodinâmica do Trabalho foi, a partir das pesquisas com trabalhadores, mudar o foco da patologia e questionar por que os trabalhadores adoeciam, como faziam para não enlouquecer, e o que os mantinha engajados ao trabalho apesar das dificuldades (DEJOURS, 1992).

Dejours (2017) tomou o conceito de sublimação de Freud, para pensar o trabalho cotidiano, e analisou diferentes formas em que é possível transformar o sofrimento em prazer, as relações com os usuários, o reconhecimento de utilidade e de beleza do trabalho, sentir que se faz um trabalho importante, poder desenvolver a inteligência criativa, sentir que o trabalho é um aporte cultural. Outra fonte importante de prazer no trabalho é constituída pela relação com os colegas. Dejours, coincide com outros autores que o sofrimento atual presente no trabalho, que aparece sob as formas de asseio, se deve ao enfraquecimento dos laços entre colegas e uma nova organização do trabalho que privilegia o cada um por si e em competição com o outro (DEJOURS, 2013).

A Psicodinâmica do Trabalho (PDT) observou que, para além da sublimação, os trabalhadores faziam uso de estratégias para se proteger do sofrimento, essas estratégias podiam ser individuais ou podiam se organizar como estratégias coletivas de defesa. Segundo Dejours e Abdoucheli (1994), as estratégias defensivas são uma convenção do grupo que alivia a tensão, diminuindo o desprazer e, muitas vezes, gerando mais trabalho, pois elas surgem devido às pressões organizacionais do trabalho, contra as quais são construídas e que, para que funcionem, requerem a participação de todos os membros do coletivo. O risco dessas estratégias é que estão sustentadas numa negação coletiva da percepção do sofrimento e, portanto, servem para continuar realizando o trabalho, mas, não modificam as condições que o provocam, e se o sofrimento persiste, podem se tornar em ideologias defensivas (DEJOURS, 1992). Uma estratégia defensiva, que pode ser utilizada para aumentar a produtividade, é a banalização do sofrimento dos trabalhadores. Banalizar o sofrimento pode tornar-se uma tentativa de amenizá-lo. Esse recurso pode auxiliar o cuidador a continuar o seu trabalho, contudo pode acarretar um desfecho ainda pior para o próprio trabalhador, que é o seu adoecimento, porque o sofrimento, mesmo banalizado, não deixa de existir (MACHADO E MELO, 2008).

Portanto, o propósito deste estudo é identificar e compreender o que produz sofrimento e prazer nos trabalhadores de Consultório na Rua (CnR) do Rio de Janeiro, a partir das vivências desses profissionais.

2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo surge da preocupação com a saúde dos trabalhadores, em particular das equipes que trabalham com pessoas que sofrem de estigma social. Se encontra em relação com o tema pesquisado na dissertação de mestrado que versa sobre a relação dos trabalhadores de saúde mental com os usuários. As equipes do CnR agregam pessoas que também lidam com outros excluídos, os desfiliaados sociais, nos interessa saber como esse trabalho repercute neles. Ao se tratar de uma política relativamente recente, e de um dispositivo que está em poucos lugares do mundo com essas características, não há ainda muitos estudos que se voltem para o sofrimento no trabalho dessas equipes. Os estudos que fazem referência às práticas do Consultório na Rua, versam sobre os modos em que foram implementadas as equipes, tendo em consideração que, embora se trate de uma política nacional, cada equipe tem que se confrontar com um território específico. E cada consultório tem que ser construído segundo esse território. Na descrição dessas práticas, embora os trabalhadores falem sobre as dificuldades e vivências de prazer que encontram no cotidiano, não foram encontrados estudos que os interpelem diretamente sobre seu sentir em relação ao trabalho. Consideramos que é importante pesquisar sobre o sofrimento e o prazer no trabalho desses profissionais porque é um tema de saúde pública que, muitas vezes, parece negligenciado.

Muitos estudos sobre sofrimento do trabalhador estão dirigidos a conhecer como esse sofrimento repercute na prática do cuidado, embora seja de fundamental importância considerar a relação intersubjetiva que se constitui na relação de cuidado. Consideramos que o sofrimento do trabalhador e as consequências que esse sofrimento tem sobre a sua saúde são, em si mesmo, um tema de saúde pública.

Estudos nacionais e internacionais, realizados sobre transtornos mentais relacionados ao trabalho estimam índices de 30% de transtornos mentais menores e de 5% a 10% de transtornos mentais graves na população trabalhadora (ANTUNES, 1999).

No Brasil, as pesquisas sobre o sofrimento mental dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda são insuficientes. Entretanto, as pesquisas apontam o processo de trabalho em saúde hospitalar ou na Atenção Primária, como responsável pelo desgaste emocional do trabalhador, o que influencia diretamente no seu desempenho no trabalho e na sociedade (absenteísmo, queda da produtividade, alta rotatividade de profissionais, elevação da demanda dos serviços de saúde, dificuldades de relacionamento em casa, uso abusivo de tranquilizantes, álcool e outras drogas (CARREIRO et al, 2010).

Conhecer o que da organização do trabalho produz sofrimento nos trabalhadores, e com que recursos os trabalhadores contam para transformar esse sofrimento em prazer pode auxiliar a pensar estratégias de prevenção e cuidado para os trabalhadores. Parece importante tirar da invisibilidade o trabalho dos profissionais do Consultório na Rua, dando a conhecer esse trabalho a partir das suas vozes. Focalizar a saúde do trabalhador do CnR implica necessariamente melhorar a qualidade do atendimento, já que cuidar desses trabalhadores repercute da qualidade do cuidado para uma população historicamente negligenciada pelas políticas sociais.

Aqui se considera que a partir das falas dos trabalhadores é possível pensar em modificações que aprimorem a política e o cotidiano dos CnR, já que ninguém é melhor do que seus usuários e trabalhadores para conhecer os embates cotidianos e as formas como poderiam ser resolvidos. Por trabalhar com pessoas tão estigmatizadas socialmente, o trabalho do Consultório na Rua tem função singular, no atendimento dos pacientes, que é coletiva, porque está destinada a dar luz a uma parte da população esquecida, e é cultural porque pretende uma reivindicação de direitos, o que implica modificar preconceitos e estigmas que excluem os sujeitos em situação de rua.

3 CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

Para fundamentar teórica e conceitualmente o presente estudo, realizar-se-á um percurso de pensamento no qual alguns autores, temas e subtemas são considerados essenciais para a abordagem do objeto estudado. Inicialmente, focalizamos o trabalho, verificando o que

significa para os sujeitos, como foram as diferentes formas de organização do trabalho ao longo da história e seus efeitos na subjetividade. Em seguida, abordamos a especificidade do trabalho em saúde e o trabalho de cuidado. A criação dos consultórios na rua, as especificidades desse trabalho, e o porquê da necessidade dessa política específica para o atendimento em saúde também são aqui focalizadas. Adotamos ainda a teoria da Psicodinâmica do Trabalho especificamente no tocante ao sofrimento e ao prazer presentes no trabalho de cuidado, sobretudo no Consultório na Rua e as estratégias defensivas às quais os trabalhadores desses equipamentos lançam mão.

3.1. CAPITALISMO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Karl Marx define o trabalho como a capacidade do homem de transformar a natureza. Nesse sentido, o trabalho é uma práxis. E no intercâmbio do homem com a natureza, o homem se produz a si mesmo (MARX, 2019[1867]).

Marx delimita três componentes do trabalho: o trabalho como uma atividade adequada a fins, o objeto de trabalho ou matéria prima e os meios de trabalho. Geralmente esses meios de trabalho também são objetos produzidos pelos homens. Para ele, o processo de trabalho, para além de todos esses componentes, depende, fundamentalmente, do trabalho vivo: o trabalhador.

Ninguém destacou como ele o sofrimento presente no trabalho, sofrimento esse, consequência da organização capitalista, que faz com que o trabalhador, de acordo com o filósofo “[...] se torne tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador se torna uma mercadoria tão mais barata quanto mais mercadoria cria.” (MARX, 2019 p. 49, [1867]).

De acordo com tal premissa, os produtos do trabalho que o próprio homem cria se valorizam, enquanto o homem como trabalhador se desvaloriza, ocorrendo uma inversão e uma alienação ou estranhamento do homem ante seu próprio objeto de trabalho (MARX, 2019, [1867]).

Alienação é um processo segundo o qual o homem como sujeito se torna objeto e o objeto se torna independente e autônomo diante do sujeito que lhe deu origem. Isso acontece no trabalho produtivo, onde todos os objetos são fruto da atividade produtiva do operário, porém todos esses objetos são, na verdade, propriedade de outrem.

O produto do trabalho no modo burguês de produção é propriedade exclusiva do capitalista. Por isso é possível dizer que o trabalhador, na medida em que aliena previamente a si mesmo, isto é, vende-se ao capitalista como mercadoria, aliena, por conseguinte, o produto do seu próprio trabalho (MARX, 2019 [1968]).

O produto do trabalho propriamente capitalista é a mercadoria, exatamente na medida em que a mercadoria é uma espécie peculiar de produto do trabalho que é depositário de valor de uso e valor de troca. O valor de uso é aquilo que diz respeito à utilidade de um determinado objeto que se presta a satisfação de necessidades humanas. O capitalista produz objetos que têm utilidade, mercadorias que têm utilidade garantida (valor de uso) e que têm, em si, a propriedade do valor que pode ser levado ao mercado e trocado por outros produtos. Um determinado produto, enquanto valor de uso, só tem importância para o capitalista na medida em que ele comporta valor de troca, isto é, na medida em que esse produto é uma mercadoria. A mercadoria é o resultado da combinação de trabalho concreto e trabalho abstrato (MENDONÇA, 2012).

Na obra “O Capital”, Marx (2019, [1867]) passa a distinguir o trabalho produtor de valor de uso e o trabalho produtor de valor de troca, a esse último Marx denomina trabalho. O trabalho enquanto produtor de valor de uso é condição indispensável para a existência de qualquer forma de sociabilidade específica; sempre existiu e sempre existirá necessariamente. É o aspecto mais geral do conceito marxiano de trabalho. Por outro lado, o trabalho como produtor de valor, que Marx chama de trabalho abstrato, é próprio da sociedade capitalista, que não se distingue pela qualidade, senão pela quantidade, e adquire sua função de reproduzir indefinidamente o capital. Por isso, nessa forma de sociabilidade burguesa ocorre a subordinação do trabalho ao capital, do trabalhador aos interesses do capitalista. Porém, é importante ressaltar o trabalho como produtor de valor de uso, porque é um conceito de trabalho enquanto condição fundamental da existência do homem, que jamais poderá ser abolido. O que poderá ser abolido é o fardo do trabalho alienado, na medida em que este é apenas uma forma particular e contingente de manifestação do trabalho humano em uma forma de sociabilidade específica e transitória.

A alienação é o processo mediante ao qual o trabalho é desapropriado dos seus componentes fundamentais: a atividade, o produto e os meios de produção. O trabalho subordinado ao capital implica em dois tipos de alienação: do objeto de trabalho e do próprio corpo do trabalhador (MARX, 2019, [1867]).

O primeiro modo de alienação é em relação ao produto, ou seja, pelo modo de produção fragmentado da fábrica, o trabalhador se encontra separado da totalidade do objeto que ele produz. Isso gera uma desapropriação do produto e uma perda de sentido do próprio trabalho.

Nascimento (2006) realiza uma leitura de Marx para falar da força de trabalho humana que é apropriada pelo capitalismo. Força que é capaz de produzir valor e mais valor. Para Marx a força de trabalho é “o conjunto de faculdades físicas e espirituais que existem na corporalidade e na personalidade de um homem, e que ele põe em movimento toda vez que produz valores de uso de qualquer espécie”. (MARX, 2019, p. 25).

A força do trabalho, isto é, o próprio corpo do trabalhador, é a única propriedade que tem e que será trocada no mercado por um salário (BOTELHO ALVIM, 2014).

Encontramos assim, um segundo modo de alienação na relação do trabalhador com seu próprio corpo, da sua inteligência humana criadora. O trabalhador tem que se submeter aos tempos e ritmos da organização do trabalho, perdendo assim o domínio do seu próprio corpo. A dominação do trabalho pelo capital faz com que os tempos necessários para a produção se acelerem para beneficiar o lucro. Esse tempo que produz mais valia, permite agir sobre o corpo, controlando e impondo ritmos, em prol de aumentar a produtividade (BOTELHO ALVIM, 2014).

Para Mészáros, o capital é uma estrutura totalizante de organização e controle. Todos os seres humanos são coagidos a se adaptar a essa estrutura. Por ser um sistema baseado na acumulação para sua própria expansão, é incontrolável. O autor faz uma diferença entre capital e capitalismo. O capitalismo é uma das formas de realização da reprodução do capital, uma variante histórica onde prevalece a subsunção do trabalho ao capital. O capital já existia antes da generalização do sistema reprodutor de mercadorias como capital mercantil e, segundo o autor, continua existindo nas denominadas experiências pós-capitalistas (ANTUNES, 1999).

No entanto, a própria expansão do capital não pode continuar sem revelar uma crise estrutural. Diferente dos longos processos de reprodução do capital alternados com crise, assistimos, cada vez com maior frequência, a uma crise estrutural endêmica.

O que resulta importante é conhecer como foram afetados os trabalhadores ao longo da história por essa constante dominação do capital desde o capitalismo industrial até nossos dias, e os efeitos que essa organização produz na saúde dos trabalhadores. Também como os

trabalhadores produzem formas de escapar desses modos de alienação, fazendo com que o trabalho faça sentido para si e opondo formas coletivas de resistência a exploração capitalista.

3.1.1 Taylorismo-fordismo e a otimização do trabalho em série

Com Taylor como ideólogo e a empresa Ford como a primeira grande empresa automotriz que implementou esse modelo, a chamada otimização do trabalho com vistas a aumentar a produção, se espalhou como a organização do trabalho que imperou no século XX.

Essa foi uma fase histórica em que predominou o capitalismo industrial nos países centrais. O modelo de produção executado por operários possibilitou o desenvolvimento do operário massa.

O Taylorismo-Fordismo agia sobre a produção em massa de mercadorias, se estruturava como uma organização homogeneizada com o controle verticalizado dos trabalhadores. Esse modelo moldou-se no trabalho fragmentado, baseado na decomposição das tarefas a serem executadas por diferentes trabalhadores, tornou as funções repetitivas e aprofundou a alienação e a desapropriação do trabalhador em relação ao produto. Esse processo de alienação segundo o qual o trabalhador era um apêndice da máquina, gerava lucro ao intensificar e prolongar a jornada de trabalho (ANTUNES, 1999).

Cada uma das tarefas uniam-se como pequenas peças, tecendo vínculos entre as ações individuais. Nesse modelo juntavam-se os ritmos da produção fordista, em série, com o cronômetro taylorista. Existia uma desapropriação do saber fazer dos trabalhadores, o modelo buscava, por meio de ações repetitivas, otimizar o funcionamento dos trabalhadores como se fossem máquinas.

Taylor, na sua obra maior *Shop Management* (1903), fundou uma perspectiva tecnológica da ciência da gestão, de cunho positivista. Para ele, a engenharia produtiva, baseada no *scientific management*, não somente seria uma resolução para a produtividade, mas também resolveria os conflitos de classes. Esses conflitos, para Taylor se resolveriam a partir da eficiência e da coordenação das ações dos trabalhadores que receberiam salários mais justos e cooperariam com o crescimento da empresa (GASTAL, 2014).

Durante o sucesso da racionalização capitalista do processo de trabalho, erigiu-se também um compromisso entre o estado e o capital. O estado de bem-estar oficiava de intermediário entre o capital e os trabalhadores no clima do pós-guerra. Os trabalhadores

trocaram um projeto mais amplo de transformação social pelos ganhos em direitos sociais e seguridade oferecida pelo Estado de Bem-estar. O mesmo não ocorreu com os países pobres e em desenvolvimento do terceiro mundo, que acabaram excluídos desse pacto social. Porém, essa mesma massa operária, que foi a base principal para garantir a continuidade do pacto social-democrático, também foi o princípio da ruptura e confrontação, expressada nos movimentos operários pelo controle da produção.

Já no final dos anos 60 e princípios dos 70 do século XX deu-se a explosão do operariado que perdeu a identidade cultural da era artesanal dos ofícios, que tinha se homogeneizado e pactuado com o estado em troca de estabilidade e direitos sociais, e estava se rebelando contra sua alienação e reclamava um lugar nos meios de produção (ANTUNES, 1999).

Essa intensificação da luta de classes e o estancamento econômico tiveram um papel decisivo na crise do capital nos anos 70. Os traços mais importantes dessa crise foram:

1. Queda da taxa de lucro pelo aumento da força de trabalho, direito conquistado pelas lutas dos trabalhadores iniciadas pós-45 e intensificadas durante os anos 60.
2. Esgotamento do padrão taylorista-fordista por uma diminuição do consumo devido ao desemprego estrutural crescente.
3. Ganho da autonomia da esfera financeira e começo da consolidação do capital financeiro. Concentração do capital das empresas.
4. Crise do estado de bem-estar social, retração do capital público e transferência para o capital privado.
5. Incremento e acentuação das privatizações.

A crise do fordismo-taylorismo foi uma expressão da crise estrutural do capital, uma espiral destrutiva decorrente da lógica do capital. Esse período caracterizou-se por uma ofensiva cruel e generalizada do Estado e do Capital contra os trabalhadores (ANTUNES, 1999).

3.1.2 Toyotismo e a acumulação flexível do capital

Foi nesse contexto de crise estrutural do capital que o Toyotismo emergiu no Ocidente, como resposta a uma reorganização necessária a partir de duas frentes: retomar o poder hegemônico de dominação e, no plano ideológico, intensificar a noção de individualismo pós-moderno.

O Toyotismo é um modelo da organização do trabalho que provém da empresa Toyota, no Japão, após 1945. Foi gradualmente adotado pelos diferentes países em todo o mundo, com algumas modificações. Consiste em uma produção voltada à demanda e visa atender as necessidades individuais do consumidor, diferenciando-se da produção em série taylorista-fordista, na sua heterogeneidade (ANTUNES, 1999).

Fundada no trabalho em equipe, se caracteriza pela flexibilidade, cada trabalhador pode ser multitarefas, alterando-se a relação homem-máquina.

A produção se adequa à demanda, para que nada seja desperdiçado. Duas técnicas exemplificam esse objetivo: o *just in time*, que tem a ver com o aproveitamento do tempo de trabalho, e o *kaban* manter o mínimo de estoque possível.

Se o taylorismo-fordismo atuava buscando o aumento da produção, o Toyotismo opera contra a perda de produção. Considera o tempo do trabalhador como um lucro, que deve ser otimizado até os limites da exploração dessa força de trabalho.

Outras características do Toyotismo são a prevalência da horizontalidade e a ideia de que a produção não se realiza no interior da fábrica, como era no modelo fordista. Portanto, eles terceirizam a produção. O modelo ainda organiza círculos de controle da qualidade, instiga os trabalhadores a discutirem seu trabalho, organizado mediante o cumprimento de metas, com o objetivo de melhorar a qualidade. O Toyotismo consegue, assim, se apropriar do saber fazer do trabalhador que o Fordismo desprezava.

Se o capitalismo é o inimigo da durabilidade dos produtos também deveria ser o inimigo da qualidade, mas, a qualidade se acrescenta aceleradamente de um produto ao outro. Desse modo o capital consegue basear-se numa pretendida busca da qualidade e continuar diminuindo a vida útil dos produtos em seu benefício (ANTUNES E PRUNI, 2015).

Para Peter Drucker (1999) a gestão atual não se limita a produção dentro da empresa, mas está voltada aos resultados que encontra fora dela, na forma de novos clientes e expansão contínua. Para ele já não opera mais a organização científica do trabalho, senão um modo de gestão preocupado em fazer bem as coisas e pensar estratégias para vencer o adversário. Uma gestão estratégica voltada ao cumprimento de metas num mercado sempre flutuante (GASTAL, 2014).

Para Gaulejac,

O universo da gestão substitui o interesse ao ato solidário, o enriquecimento a gratuidade, a defesa da propriedade privada aos serviços públicos, a utilidade a dignidade, a estratégia a honra. Transforma as relações humanas em relações mercantis, os cidadãos em clientes e os políticos em prestadores de serviços (GAULEJAC, 2012, p. 75).

As diferentes organizações do trabalho se estabelecem e perpetuam exercendo diferentes técnicas de disciplinamento e controle dos corpos. A organização do trabalho da fase taylorista-fordista usava a disciplina como técnica de controle dos corpos. O poder disciplinar para Michel Foucault era um poder que partia de um indivíduo concreto, o soberano que tinha o poder de fazer morrer ou deixar viver. Esse controle é exercido sobre o corpo dos indivíduos nas dimensões espaciais e temporais. Controle efetuado pela vigilância dos corpos e dos gestos em seus mínimos detalhes. As disciplinas se inscrevem no processo de trabalho a partir da forma como são organizadas as atividades e controlam-se aqueles que as executam dentro de determinados espaços e horários (BOTELHO ALVIM, 2014). Com o declínio do modelo taylorista-fordista, configuram-se novas organizações do trabalho, adequadas às mutações do capital para manter sua hegemonia. Paralelamente a essa nova configuração do trabalho na era liberal da sociedade contemporânea, muda também o modo de controle dos corpos dos trabalhadores. Aparece um novo tipo de controle mais adequado à nova organização mais participativa que se fazia necessária. Diferente do modelo antigo que desprezava o saber fazer o operário, valoriza-se a inteligência criativa dos trabalhadores. Para obter o domínio sobre essa inteligência criativa e espontânea, as organizações começaram a buscar o engajamento voluntário dos trabalhadores e a identificação com os ideais da empresa por meio de estratégias como: promessas de prestígio profissional, de rápido crescimento na empresa, aparente liberdade e laços afetuosos, que atuam como reforço a sentimentos de pertencimento à empresa e seus ideais (BOTELHO ALVIM, 2014).

Numa época de culto ao individualismo e de crescimento profissional rápido, na qual existe uma perda de referências coletivas sólidas, a empresa ganha uma imagem de nação protetora e exerce um controle sutil sobre os corpos, e visa aumentar a produção por meio da sedução. Se o modelo taylorista fordista nos remete ao poder disciplinar descrito por Foucault, essa nova forma de organização exige a dominação de uma forma tão sutil que os indivíduos parecem se submeter a ela voluntariamente, o que remete ao conceito foucaultiano de “biopoder” (BOTELHO ALVIM, 2014). A noção de biopoder é utilizada por Foucault para descrever um tipo de poder que, diferente do poder soberano, não se dirige ao indivíduo, mas à

espécie. Biopolítica que busca o controle e a manutenção da vida da espécie. A partir do século XIX ao poder disciplinar, que age sobre o corpo individual, agrega-se uma segunda tecnologia de poder que se dirige não ao homem corpo, senão ao homem ser vivo. O poder soberano disciplinar estava concentrado numa figura única e consistia em deixar viver, seu poder estava relacionado à morte. O biopoder, pelo contrário, é um poder difuso que está relacionado com a manutenção da vida da espécie. Para Foucault, a norma é o fator que une esses dois tipos de poder: disciplina e biopoder. Essa norma que vemos explícita na organização taylorista-fordista e interiorizada na configuração atual do trabalho. O trabalho inundou o tempo da vida (NEGRI, 2010). Como afirma Leonardo Boff: “Em qualquer tipo de trabalho, na fábrica ou na universidade, já não temos um capataz nos ameaçando, mas, temos um capataz dentro de nós que nos lembra os perigos da exclusão que incorporamos pela lógica do capital” (BOFF, 1999, p. 25).

Hardt e Negri (2010) desenvolvem a noção de Império para referir-se a um domínio que se corporiza nas grandes multinacionais e corporações industriais e financeiras, que começam a estruturar biopoliticamente os territórios em escala mundial. Distribuem forças de trabalho, organizam os sistemas de produção, determinam a geografia do mercado mundial, realizam transações financeiras, configuram mercadorias e subjetividades (BOTELHO ALVIM, 2014).

Ainda segundo Hardt e Negri (2010), na atualidade as normas disciplinares de controle não se limitam às instituições, mas se generalizam em outros espaços fora do âmbito do trabalho, por intermédio de redes flexíveis e flutuantes. No capitalismo tardio, as normas disciplinares de controle são interiorizadas e atualizadas nos comportamentos dos próprios sujeitos. No capitalismo tardio as capacidades cognitivas são apropriadas como força de trabalho.

No ano de 2008 uma nova crise do capital acelerou a expansão de processos de precarização estrutural do trabalho, o que configurou intensificação da exploração do trabalho que aumentou o desemprego e o subemprego. Essa precarização atingiu tanto os países de Europa, como os da América do Sul. Essa nova configuração deu origem a um debate sobre uma nova classe trabalhadora com características diferentes da classe operária tradicional que a Europa conhecia. Antunes (2018) cita a autora Standing que denominou como “precariado” a essa nova classe pertencente ao capital financeiro atual, diferenciando-a do proletariado que existia no auge do capital industrial.

O proletariado era a classe obreira que existia durante a forma de organização do trabalho taylorista-fordista. O precariado, ainda segundo Standing, é uma classe mais desorganizada, oscilante e ideologicamente difusa. Antunes critica essa teorização porque, para ele, o que Standing denomina como uma nova classe, na verdade é uma parcela da classe trabalhadora.

Para esse autor se trata da classe que vive do trabalho numa nova morfologia constituída por diferentes polos, que são expressões da nova classe trabalhadora. Essa nova morfologia inclui tanto a antiga classe operária trabalhadora da era taylorista-fordista em processo de encolhimento e o novo proletariado de serviços. Antunes utiliza esse conceito para definir a nova configuração da classe trabalhadora. Refere-se aos trabalhadores assalariados, incluindo nessa definição os chamados trabalhadores produtivos e improdutivo. O trabalho improdutivo, segundo Marx, era aquele trabalho no qual o valor de uso prevalecia sobre o valor de troca, como trabalho improdutivo estão os trabalhadores de serviços (bancos, turismo, saúde). Essa noção incorpora o proletariado contemporâneo ou subproletariado (ANTUNES, 2018).

A intensificação do trabalho, o enfraquecimento dos direitos, o assédio laboral, os adoecimentos e padecimentos da organização do trabalho, são aspectos da proletarização dos trabalhadores no Brasil e no mundo. A precarização, para Antunes, é intrínseca ao capitalismo.

Esse autor ressalta que no Brasil como em outros países nos quais a escravidão colonial constituiu parte das suas histórias, a exploração no trabalho permaneceu como um traço na forma de precarização e é parte de suas origens. O autor chama de “novo proletariado de serviços” a essa nova configuração do trabalho que intensifica o processo de proletarização e atinge amplos setores da classe média.

Em pleno século XXI os bilhões de homens e mulheres que dependem do trabalho para sobreviver encontram condições cada vez mais precárias. Existe uma divisão entre os desempregados e os empregados que perdem seus direitos e passam a fazer trabalhos informais, instáveis e precários. Antunes (2018) se posiciona contra a teoria que fala sobre a finitude do trabalho na época atual. Para ele é a própria contradição inerente ao trabalho que, por um lado tem uma cara de alienação e sacrifício, porém, também permite uma sociabilidade, fato que cobra relevância ao se comparar com a população desempregada. Porém, essa nova forma de configuração do trabalho constitui novas formas de adoecimento.

É importante destacar que as diferentes formas nas quais se organiza o trabalho, não foram, nem são sofridas passivamente pelo coletivo de trabalhadores. Os trabalhadores resistem tanto singularmente, ainda nas atividades, aparentemente, mais alienantes, como coletivamente, se organizam pela luta de seus diretos. O coletivo de trabalhadores tem sido violentamente atacado, ao longo da história, exemplo disso foram as ditaduras perpetradas na América Latina nos anos 70, o objetivo do terrorismo de estado era aniquilar as organizações de trabalhadores, para impor assim as políticas neoliberais que vemos proliferar até nossos dias.

3.1.3 Mal-estar no trabalho contemporâneo

O mal-estar no trabalho não para de crescer em nível mundial, se expressa como estresse, síndrome de *burnout*, depressão, distúrbios musculoesqueléticos, dentre outros. Na França o senador Gerárd Dériot informou que ocorrem 500 suicídios ligados ao trabalho por ano. Um em cada cinco empregados declara sofrer distúrbios emocionais e 17% denunciaram assédio moral. O número de suicídios ligados ao trabalho também aumentou na Espanha durante 2008 e 2009. No ano de 2010, o governo do Japão admitiu que a principal causa de aumento do número de suicídios e de pessoas que sofrem de depressão eram as condições de trabalho (GASTAL, 2014).

Para Gastal (2014) o sistema japonês de gestão, ao focar no aumento da produção exigindo uma rígida disciplina de todos os desperdícios, é responsável pelo aumento de doenças relacionadas ao trabalho, como a síndrome de *burnout* (esgotamento físico e mental ligado ao trabalho) e o aparecimento de *karoshisatsu* (suicídio por estresse), morte súbita por excesso de trabalho.

No Brasil, no ano de 2004, a superintendência do Município de São Paulo informou que as denúncias por assédio laboral aumentaram entre 30% e 40% ao ano. Esses índices, assim como os suicídios, depressão e ideação suicida estão presentes entre os trabalhadores das grandes empresas (Gastal, 2014).

De um lado, são exigidas ao trabalhador disposições contínuas para o tempo dedicado ao trabalho, facilitado pelo trabalho online e aplicativos, que tornam invisíveis as grandes corporações globais. Ao mesmo tempo em que a precariedade se expande também se corrompem os direitos trabalhistas. Essa precarização neoliberal aparece mascarada com o sedutor nome de empreendedorismo, uma mescla de burguês de si próprio e proletário de si mesmo. Submetidos

a essas modalidades de trabalho com contratos precários e trabalhos intermitentes, aparece a precarização sob novas formas como, por exemplo, a **uberização** e a **pejotização** (ANTUNES, 2018).

Os trabalhadores são ainda obrigados a cumprir metas, muitas vezes sob o assédio da chefia, o que acaba gerando mais adoecimento, depressão e suicídio (ANTUNES, 2018).

Para aumentar os lucros as empresas exigem dos trabalhadores uma maximização do produto, um alto rendimento, aumento das horas de trabalho com redução dos custos e isso somente é possível com contratos de trabalho flexíveis e/ precários, como por exemplo a terceirização, que é uma modalidade de gestão, segundo a qual as relações entre empresa e trabalhador são mediadas por outra empresa. Como resultado, aparecem no mundo do trabalho os contratos por tempo determinado, ritmos produtivos preestabelecidos, cumprimento de metas com ameaça de exclusão. Com a implementação dessa modalidade aumentaram os trabalhos precarizados, se desestruturaram os tempos de vida fora do trabalho, os direitos trabalhistas são corroídos e aumenta o adoecimento dos trabalhadores (ANTUNES E PRUNI, 2015).

No caso dos trabalhadores do Consultório na Rua, eles são trabalhadores de saúde de equipes específicos pertencentes a atenção básica da Prefeitura do Rio de Janeiro.

Druck (2014) afirma que nos últimos 30 anos assistimos a uma crescente terceirização nos serviços públicos no Brasil, incluindo a saúde. A tese de Druck (2016) é que a precarização do trabalho é social já que é uma estratégia de dominação do Capital, após a queda do Estado de Bem-estar Social e a crise da organização fordista. Esse fenômeno mundial acaba com a dualidade “excluído-incluído”, ou “empregado-desempregado”, visto que os trabalhadores em diferentes níveis sofrem com a precarização.

No Brasil a terceirização em saúde começou com a implantação das Organizações sociais (OSs), nos anos 1990. As organizações sociais foram criadas pela lei federal número 9.637/1998. No mesmo ano tanto o PT (Partido dos Trabalhadores) como o PDT (Partido Democrático do Trabalho) solicitaram a declaração da sua inconstitucionalidade, pedido rejeitado pelo Supremo Tribunal Federal, nos anos 2007 e 2015 respectivamente, abrindo assim a proliferação sem limite das OSs. De acordo com dados do IGBE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) apresentados pela autora, sobre 27 estados e 55570 municípios, o número de funcionários públicos caiu de 65% no ano 1999, para 61% no ano 2014. Sendo a região Sudeste

(região a qual pertence o Município de Rio de Janeiro) uma das mais afetadas pela prevalência de OSs (18% no ano de 2014). Essa realidade vai em crescendo na saúde pública do Município, proliferando novas contratações de profissionais por organizações sociais com vínculos instáveis, salários baixos, alta rotatividade, e por outro se mantendo um quadro cada vez mais reduzido de funcionários públicos, com menos direitos trabalhistas. (DRUCK, 2016).

O discurso que fomenta essa privatização, é que o serviço público é ineficaz se comparado ao setor privado, afirmações não comprovadas e que deixam de lado a falta de investimento por parte do Estado em qualificação dos profissionais concursados, a tentativa é que saúde seja administrada como uma empresa privada (DRUCK, 2016)

A precarização a que se vem submetidos os novos empregados terceirizados obstaculizam a organização de coletivos de trabalho, não somente para que lutem por seus direitos e por melhoras nas condições de trabalho, senão, também como afirma Dejours (2008) o coletivo de trabalhadores protege o adoecimento (DEJOURS, 2020)

Dejours (2020) afirma que muitos dos sofrimentos atuais já existiam em outras formas de organização do trabalho, porém, existiam laços entre trabalhadores que serviam para se proteger mutuamente, com a quebra desse coletivo, os sujeitos se vem na exigência de se confrontar sozinhos com esse sofrimento. O coletivo de trabalho, segundo o autor, é extremamente poderoso para lutar contra a loucura que o sofrimento no trabalho produz, porém, as novas formas de organização de trabalho com suas estratégias como são a avaliação individual do desempenho, deixa aos sujeitos imersos na desolação. O outro deixa de ser colega para ser um concorrente. Dejours (2020) identifica como os sofrimentos atuais no trabalho se correspondem com o que ele chama: patologias da solidão e da sobrecarga. Por patologias da solidão vemos como antigas formas de sofrimento, como é o assédio moral, afetam intensamente aos sujeitos que já não dispõem de um coletivo que os proteja, os trabalhadores sofrem tanto do assédio da gerência como do silêncio dos colegas. Em relação a sobrecarga, Dejours (2020) fala da ausência de espaços coletivos de deliberação nos grupos de trabalho, os grupos de trabalho vem reduzidos seus intercâmbios a uma troca de informações uteis e desafetadas, de novo o sujeito se vê sozinho para dar conta de um desempenho individual desafetado que provoca sofrimento por sobrecarga.

Assim a organização do trabalho atual firmada sobre o tripé: terceirização, flexibilidade e informalidade, produz sofrimento que se expressa segundo diferentes modalidades:

1. Experiência de urgência – ocorre no cotidiano laboral, pelo imperativo de corresponder às metas propostas e de realizar muitas tarefas simultaneamente, levando à falta de tempo que submete os indivíduos à ansiedade e à frustração de não atingir os objetivos (GASTAL, 2014).
2. Fadiga – consequência da sobrecarga de trabalho produzida pela exigência de responder continuamente a demanda, sem poder elaborar o sentido da tarefa realizada. E pela exigência de realizar cada vez mais tarefas para um número cada vez menor de empregados.
3. Solidão – a própria organização do trabalho tende a quebrar os laços sociais e comunitários, fazendo com que os sujeitos se sintam cada vez mais desamparados. Perante as dificuldades do cotidiano essa solidão faz com que impere a impotência.
4. Insignificância – a perda do sentido da atividade e com ela o mal-estar subjetivo, a sensação de falta de utilidade do próprio trabalhador e da tarefa realizada crescem junto com a sensação de ser utilizado pela empresa.
5. Competitividade extremada – luta para conservar o posto de trabalho, pois perante a ameaça de exclusão o colega passa a ser um adversário.
6. Precarização relacionada à terceirização – relaciona-se às formas de trabalho temporárias, instabilidade, salários baixos e perda de direitos.

3.2 TRABALHO DE SAÚDE, TRABALHO DE CUIDADO

Existem algumas singularidades do trabalho em saúde que geram uma forma específica de sofrimento, assim como há condições que minimizam esse sofrimento e geram prazer no cuidado do outro. Algumas das características que são próprias do trabalho em saúde podem ser destacadas como:

- Trabalho que se exerce enfrentando a dor, o sofrimento e a morte do outro.

/ Trabalhar em saúde significa estar em permanente contato com todos os sentimentos que integram a vida (dor, morte, tristeza, alegria, esperança). Sentimentos que são vivenciados em intensidade ampliada no contato do trabalhador de saúde com o usuário, pois quando um

sujeito precisa do cuidado de um profissional é porque está em situação de fragilidade (FONSECA, 2014).

Por esse motivo para Onocko (2004) quando se trabalha em serviços de saúde, sofre-se um desgaste que é diferente do desgaste do operário. Nas organizações de saúde que trabalham diretamente com gente, grande parte do cansaço dos trabalhadores deve-se a permanente exposição ao sofrimento e à morte; daí a necessidade de se repor. Se toda instituição nos causa mal-estar, os serviços de saúde em geral, e o hospital em particular, põem-nos em sofrimento.

Porém, no livro “Hospital: dor e morte como ofício”, Ana Pitta (1999) afirma que a exposição à doença e a morte, embora produzam um sofrimento, que se manifesta por sintomas físicos e psíquicos inespecíficos, também forma parte da natureza do próprio trabalho em saúde. Para a autora, a convivência constante com a dor, a morte e o sofrimento do outro suscita sentimentos fortes e contraditórios nos profissionais. Por um lado, causam grande desgaste físico e mental porque o profissional se encontra confrontado com suas próprias angústias perante a doença e a morte; por outro lado, esse mesmo trabalho é capaz de produzir satisfação e prazer quando os trabalhadores têm suas tarefas socialmente valorizadas e quando conseguem um desfecho satisfatório para os casos atendidos (PITTA, 1999).

Martins e colegas (2010), ao investigarem o trabalho de uma equipe de enfermagem sob a ótica da Psicodinâmica do Trabalho, afirmam que o trabalho dos profissionais da saúde, embora trabalhando na UTI não envolve apenas o sofrimento, senão que existe, também, a possibilidade de aliviar a dor, de sentir-se útil, de salvar vidas, e que esses motivos são fonte de conforto e satisfação, que contribuem para o equilíbrio psíquico desses trabalhadores (MARTINS *et. al.* 2010). O cuidar ajuda o profissional a lidar com seu próprio sofrimento no trabalho.

- Requer uma maior inteligência prática

Dejours, trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real. Esse ato, contudo, não pode ser previsto, medido ou antecipado. Nesse sentido o trabalhador, a cada momento cria e recria modos de operar. A partir desta perspectiva, o trabalho se define como aquilo que o sujeito acrescenta de si mesmo a partir das prescrições para atingir o fito de sua atividade laboral (DEJOURS, 2004). Se essa máxima se aplica aos trabalhos operários, no que concerne às especificidades do trabalho em saúde, ela se multiplica na medida em que o trabalho em saúde

implica, a todo momento, de forma ainda mais intensa, variabilidade e imprevisibilidade (DEJOURS, 2004).

Machado & Merlo (2008), ao analisarem o trabalho de técnicos de enfermagem de unidades que os autores chamam de “críticas” de um hospital cardiológico, sob a ótica da Psicodinâmica do Trabalho, afirmam que o trabalho dos técnicos de enfermagem exige sensibilidade dos profissionais para perceber as demandas dos pacientes, e essa percepção vai além do prescrito, essa característica torna esse trabalho mais complexo e requer que o trabalhador invista emoções e as ofereça a um estranho: o paciente (MACHADO & MERLO, 2008).

O hiato gerado entre a organização prescrita do trabalho e a sua organização real solicita a todo momento uma atividade de concepção e de interpretação do mundo (DEJOURS, 2004). Portanto, o trabalho em saúde é também um trabalho de criação, de concepção, de produção de saber e de uso de suas capacidades e saberes tácitos. Para Dejours, a inteligência prática é produzida no exercício do trabalho. Esse exercício e o confronto com o real mobilizam a formação dessa inteligência tanto no nível individual, quanto no nível coletivo (DEJOURS, 2007).

Uma das principais fontes de sofrimento no trabalho é o entrave ao uso dessa inteligência, impedindo a contribuição para a organização do trabalho por parte do trabalhador. No trabalho em saúde, a importância do acréscimo da contribuição específica do trabalhador fica evidente, na medida em que cada procedimento técnico pode ser atravessado também por um ato de cuidar do outro (FONSECA, 2014).

- É trabalho de serviço

Almeida (2005) diferencia o trabalho industrial do trabalho terciário. Uma diferença é que na produção industrial tradicional, o produto é simplesmente aceito ou rejeitado pelo consumidor, na lógica de serviços o produto é construído entre o servidor e o cliente; no caso da saúde, entre o trabalhador de saúde e o paciente.

Atuar no setor de serviço requer que o trabalhador entre em contato com outro corpo, com outra vida, em toda a sua complexidade. Esse contato com os pacientes dos serviços de saúde traz desafios para o trabalhador, que é chamado a comparecer a este encontro e a usar não só seus conhecimentos formais e técnicos e seus conhecimentos tácitos, mas também com

seus valores, com sua história, com sua visão de mundo e com sua singularidade, no encontro com outra singularidade (FONSECA, 2014).

No encontro não só com o corpo doente, mas com o sujeito adoecido e, na maior parte das vezes, com sua família, o trabalhador de saúde é tocado em sua história, em suas emoções e suas identificações. Uma questão que é fundamental sublinhar, e que perpassa todas as outras, é que o trabalho em saúde possui uma dimensão relacional importante e nunca é repetição de procedimentos.

- Trabalho cujo produto se faz no ato

Marsiglia (2011) afirma que as atividades de serviços exigem o engajamento da subjetividade dos trabalhadores. Apesar do aspecto relacional estar presente em todas as atividades humanas, no setor de serviços, isso tem uma relevância maior. Soma-se às peculiaridades desse tipo de encontro entre profissional e paciente o fato de que o trabalho em saúde não é passível de ser normatizado indefinidamente, na medida em que os trabalhadores de saúde aplicam a norma geral ao singular. Desta forma, surge a necessidade de criatividade e de adaptação da norma a cada caso (MARSIGLIA, 2011).

Emerson Merhy e Tulio Franco (2003) se propõem a analisar as características do trabalho em saúde, e dividem essa análise em duas dimensões: o trabalho em saúde se caracteriza pela centralidade do trabalho vivo; e há uma centralidade da subjetividade no trabalho em saúde.

Em relação ao primeiro postulado, os autores retomam a divisão realizada por Marx, em relação ao trabalho industrial, entre trabalho vivo e trabalho morto, para pensar o trabalho em saúde e os modelos de cuidado. O trabalho morto é o trabalho progressivo, já realizado e incorporado às máquinas ou instrumentos, portanto, é um trabalho que não vai realizar nenhum produto porque já foi feito para isso. O trabalho vivo é o trabalho em ato, se realiza no momento de execução, é criação do trabalhador. O trabalho em saúde é o trabalho que acontece no encontro entre trabalhador de saúde e paciente. Os autores tomam o conceito de Gonçalves sobre a base imaterial do trabalho em saúde, esse autor fala que o trabalho em saúde está composto por tecnologias materiais e não materiais. Merhy & Franco (2003), a partir do postulado por esse autor acrescentam que a dimensão relacional, central no trabalho de cuidado, comporta um tipo de tecnologia, chamando-a de tecnologia leve que se somará a tecnologias “leve-duras” e “duras” para compor o trabalho de cuidado. O equilíbrio entre essas tecnologias

está direcionado pelo próprio modelo de cuidado que é pensado desde as instituições e que constituem um determinado modelo técnico assistencial.

O trabalho opera nesse encontro entre trabalho morto e trabalho vivo, e essa correlação é chamada de “Composição técnica do trabalho”. Caso essa composição estiver sob a hegemonia do trabalho morto, encontraremos organizações do cuidado mais burocratizadas, protocolares e normativas, em detrimento do aspecto relacional. Se, pelo contrário, na lógica de cuidado impera o trabalho vivo, os trabalhadores dispõem de liberdade para criar seu trabalho em ato, segundo os modos de acolhimento, vínculo com o usuário e a construção conjunta de projetos terapêuticos singulares. A hegemonia do trabalho morto está em relação com o que a psicodinâmica do trabalho postula como impossibilidade de desenvolver a inteligência prática por parte dos trabalhadores, o que provoca sofrimento.

Merhy e Franco (2003) postulam que a dinâmica entre essas tecnologias, duras, leves e leves, não é quantificável e que as três devem estar presentes para que o trabalho em saúde aconteça. No entanto, a prevalência de uma pode orientar as linhas de cuidado.

Esses autores denominam que as mudanças nas linhas de cuidado são uma reestruturação produtiva, porém, às vezes parece haver mudanças nos modos de cuidado, mas subsiste um privilégio das tecnologias duras. Citam como exemplo alguns casos da estratégia saúde da família, em que afirmam que a formação das equipes, visitas ao território e promoção de saúde, às vezes, camuflam uma organização do cuidado que ainda está centrado em protocolos fechados e tecnologias duras.

Outra característica que os autores destacam do trabalho em saúde é sua centralidade na subjetividade, pois cada vez que analisamos as práticas de saúde, consideramos os sujeitos implicados: trabalhadores e usuários, A subjetividade é social e historicamente produzida, animada pelo desejo inconsciente e está em relação inseparável com uma ética do cuidado, que são as regras sobre as quais se constrói a relação com um outro. Apontam ainda que o trabalho em saúde opera em redes; mesmo que sofra capturas de velhos modelos técnico assistenciais, toda produção de cuidado em saúde é em redes. Os autores consideram importante analisar que tipo de rede está operando em determinado processo de cuidado. As redes que operam práticas serializadas e que apagam a singularidade tanto de trabalhadores como de usuários, ou as redes que se gestam no interior dos serviços de saúde a partir da micropolítica das práticas e que constituem um fluxo contínuo de conexões entre sujeitos, trabalhadores e usuários protagonistas (MERHY & FRANCO, 2003).

Como vimos anteriormente, uma das especificidades do trabalho em saúde é que se trata de um trabalho baseado na relação entre profissional e usuário. Ele também é um trabalho que intervém sobre a vida, o corpo, as paixões e a vulnerabilidade de um sujeito que demanda cuidados ao sistema de saúde. Essas duas características fazem com que o cuidado possua uma dimensão intangível, rebelde às mensurações exigidas pela gestão, que tentam homologar e traduzir os fazeres do cuidado em termos numéricos (FONSECA, SÁ, 2015).

O trabalho em saúde coincide com o que Pascale Molinier (2008) chama de “savoir-faire discreto”. Molinier (2008) fala sobre o mundo comum, como esse mundo parece óbvio, que sempre está aí, mas, o mundo comum implica um trabalho coletivo contínuo, edificado sobre uma temporalidade inestimável, feita de pequenos gestos e afetos mesurados, trabalho que só se evidencia quando fracassa, quando há desgaste. Esse mundo comum é o trabalho do care, trabalho de cuidado. Essa autora descreve esse trabalho como construído de pequenos gestos, um saber fazer discreto que se estuda e se aprende, no sentido de aprendizado, mas, também de apreensão, na prática (MOLINIER, 2015).

Esse saber discreto tem a ver com a inteligência intuitiva que teoriza Dejours, a inteligência prática é esse saber quase intuitivo que cresce a partir do confronto cotidiano com o ofício, de prever e se antecipar, saber fundamental para um cuidado. Mas essa antecipação longe de ser uma qualidade inata, provém de um trabalho psíquico, isso é desenvolver, a partir do exercício do ofício, uma disponibilidade para o sofrimento do outro (MOLINIER, 2015). A autora destaca algumas dimensões do trabalho do cuidado como *savoir faire* discreto: *gentleness*, *trabalho sujo*, *trabalho inestimável* e *narrativa ética*.

Gentleness (gentileza): diz respeito a antecipar as necessidades do outro sem atentar contra sua dignidade. O trabalho de cuidado tem outra temporalidade e requer antecipação, é preciso que o copo de água chegue antes da pessoa ter sede, esse trabalho é necessariamente invisível, só sabemos dele quando falha, quando o paciente se angustia porque o banho não chegou a tempo. Se o trabalho de cuidado está bem-feito não se vê esse cuidado antecipado.

Trabalho sujo: porque se exerce com os humores do corpo e as patologias da alma, com aquilo que ninguém quer ter contato. O trabalho sujo pode ser pensado no sentido do contato físico que implica, e com os afetos mais baixos. O sujeito vulnerável a ser cuidado depende do outro e a relação que se estabelece requer um envolvimento emocional por parte do trabalhador, por esse motivo o trabalho de cuidado exige destrezas tanto técnicas como emocionais que se vão desenvolvendo com a própria experiência do trabalho. As enfermeiras aprendem tanto a

colocar uma sonda como a desenvolver recursos para suportar o sofrimento do outro, além de saber o que fazer com a ambivalência que cuidar do outro produz. Para o trabalho de cuidado é preciso desenvolver habilidades como a escuta, a paciência a compaixão.

Molinier (2015) critica os termos devoção e empatia, já que etimologicamente esse último significa sofrer como, e as enfermeiras, por exemplo, não sofrem como os pacientes. A autora prefere utilizar os conceitos de sensibilidade para com o sofrimento do outro e de identificação compassiva no trabalho de cuidado. A compaixão, embora tenha também uma conotação religiosa, significa sofrer com a angústia provocada pela confrontação com o sofrimento do outro que precisa de auxílio, exige sentir o sofrimento do outro na própria subjetividade. E para isso, um processo psíquico de identificação é indispensável no trabalho de cuidado.

Trabalho inestimável: trabalho que não é passível de mensuração. Esse trabalho é necessariamente invisível, não se deixa atingir pelas medições de eficácia e quantia que impõe a gestão. Não é possível medir quanto tempo espera uma enfermeira para que o paciente se sinta confortável, os gestos delicados que respeitam o pudor, o esforço contido da ambivalência, as palavras investidas em explicar um procedimento.

Narrativa ética: Ainda que o trabalho de cuidado, na sua qualidade de inestimável não possa ser quantificado, ele pode ser narrado. As autoras relatam como falar do trabalho com os colegas de grupo, em espaços informais ou formais, é uma forma de lidar com o sofrimento e com a ambivalência inevitável que a dependência de um outro provoca. Essas conversas (que podem ir na contramão da representação social que temos da instituição hospitalar cuja imagem é uma enfermeira pedindo silêncio, e sendo silenciada) são carregadas de humor e ironia sobre o cotidiano do trabalho, sobre a chefia, os pacientes e a instituição, e podem ser vistas como fofocas, mas são um modo de preservar e aliviar o sofrimento.

Quando essas formas coletivas de aliviar o sofrimento estão impedidas, pode surgir uma estratégia coletiva ou individual que provoca muito sofrimento em pacientes e enfermeiras. Aparecem atitudes de robotização, indiferença e, inclusive, violência. Não sendo possível lidar com o sofrimento, recorre-se ao distanciamento como forma de evitar o envolvimento afetivo.

3.2.1. Trabalho de cuidado no Consultório na Rua

O trabalho de cuidado com pessoas que se encontram em situação de rua possui também suas especificidades. Para além das histórias de vida singulares, podemos pensar que morar na

rua é o despecho de uma sucessão de perdas, alguém que mora na rua acumulou perdas de referências, de vínculos, de laços, e perdas simbólicas.

Podemos pensar no que postulava Ferenczi em relação ao trauma. Para ele o trauma era uma catástrofe, mas, existia algo que era mais traumático que o evento em si mesmo. Para ele, mais importante que a vivência traumática, era a acolhida que essa experiência tinha por parte dos outros. O seu descrédito ou não reconhecimento era o que traumatizava as pessoas, pois negava o seu sofrimento e sua condição de sujeito vulnerável e vulnerado por essa vivência (GONDAR, 2017).

Gondar (2017) se refere a uma pesquisa realizada por Erikson, sociólogo que estudou comunidades traumatizadas, para destacar o trauma no nível social. Erikson, a partir dos relatos dos membros de uma comunidade que tinha sofrido uma catástrofe natural por negligência humana, percebeu que não foi a catástrofe propriamente dita, nem a negligência que a provocou que geraram o maior sofrimento, mas a falta de reconhecimento das pessoas da empresa que foram responsáveis pela desgraça. Essas, não só fugiram da sua responsabilidade, como não deram crédito à dor da experiência, nem tentaram apaziguá-la. Do mesmo modo, podemos pensar que a população em situação de rua encontra-se negligenciada. O Estado, enquanto representante da sociedade, que deveria garantir direitos para todos seus cidadãos, os exclui e muitas vezes os coloca como perpetradores de violência, invisibilizando que essa população é muito mais vítima de violência. Para Judith Butler, trata-se de uma negação da própria precariedade na qual o sujeito se encontra nesse momento. Essa autora identifica como, na sociedade, existem vulnerabilidades que são protegidas e outras que não o são. Reconhecer a vulnerabilidade de alguém não é reconhecer sua identidade, mas apostar na potencialidade do sujeito para se transformar (GONDAR, 2017). O descrédito é uma ausência de reconhecimento do outro em sua condição de sujeito. Portanto, o reconhecimento pode ser um modo de se contrapor ao descrédito.

O trabalho do Consultório na Rua está baseado no reconhecimento de um outro na sua condição de sujeito, para além dos direitos cidadãos. Contudo, para alguém ser considerado um cidadão é preciso existir. O consultório na rua apela aos três tipos de reconhecimento que postula Honneth: reconhecimento amoroso, jurídico e cultural. Esses três tipos de reconhecimento precisam estar interligados. Cada um deles corresponde a três tipos de negações que são vivenciadas como violação e violência, perda de direitos e exclusão. Essas três formas de reconhecimento não podem ser alcançadas isoladamente (GONDAR, 2017).

No trabalho de Consultório na Rua apela-se ao cuidado como um tipo de reconhecimento amoroso, ou tenta-se resgatar os direitos cidadãos dos sujeitos em situação de rua, através do acesso à saúde e, paralelamente, busca-se integrar esses sujeitos, lutando contra a exclusão social que sofrem. O trabalho de Consultório na Rua é importante por vários motivos: é uma tentativa de acesso à saúde integral, embora o desmonte ao qual assistimos na área saúde produza frustração nos trabalhadores pela ausência de recursos. Esse dispositivo resgata o sentido da palavra cuidado tal como falava Winnicott (2017[1970]).

A palavra cura, na antiguidade, significava cuidado. Ao longo da história foi mudando seu significado até que em 1800 confundiu-se com tratamento médico. Acrescentou-se ao tratamento o desfecho bem-sucedido, de eliminar a doença, e a volta a um estado anterior (WINNICOTT, 1989 [1970]). As consequências são visíveis no tratamento médico contemporâneo, mais implicado com a erradicação da doença e a busca da causa do que com o processo de cuidado em si mesmo. Nesse sentido, o Consultório na Rua, constrói práticas de cuidado, a partir da criação da confiabilidade e do vínculo com os usuários.

Winnicott (1989 [1970]) destaca algumas características do cuidador na tarefa de cuidado: não somos moralistas, ou seja, não podemos impor nossas crenças, assim como não significa que buscamos o bem, o que estaria mais ligado à beneficência do que a uma relação interpessoal com o outro que, temporariamente, precisa de nosso auxílio. Somos honestos, dizendo que não sabemos quando não sabemos. Tornamo-nos confiáveis para proteger os nossos pacientes dos imprevistos. Aceitamos o ódio e o amor dos pacientes, pelos quais somos afetados, porém não provocamos nem esperamos obter satisfação. Não somos cruéis.

Winnicott (1989 [1970]) também estabelece a confiança como um princípio fundamental para que o trabalho de cuidado do outro possa acontecer. Define algumas características desse cuidado: as hierarquias caem, o importante é a relação interpessoal, pois precisamos de nossos pacientes tanto quanto eles precisam de nós. Existe um cuidado em nós mesmos.

Para Figueiredo (2014) cuidar tem a ver com fazer sentido, para oferecer e receber cuidados precisamos inevitavelmente do outro. O ser humano não sobrevive sem o outro, sem cuidados recebidos e oferecidos, recíprocos, e assim delineia-se uma dimensão ética do cuidado (FIGUEIREDO, 2014). Dentro dessa dimensão ética o autor descreve diferentes funções: acolher e hospedar, reconhecer, interpelar e reclamar. Também entre essas funções podem aparecer excessos, falhas, próprias das relações humanas.

O cuidador se apresenta como uma presença implicada: essa é a representação que geralmente temos do agente de cuidados, uma figura que se define por seus fazeres. As duas principais funções que o cuidador cumpre nessa relação transubjetiva que estabelece com o sujeito de cuidados são: a sustentação (*holding*, conceito de Winnicott) e a *containing* (continência, conceito de Winnicott e Bion). A presença implicada é englobante, é o ambiente que recebe e se adapta ao bebê ao nascer; porém, no percurso da vida, em diferentes situações, precisamos de um outro que seja esse ambiente, que acolha, hospede e nos ofereça experiências de continuidade, perante as catástrofes da vida (FIGUEIREDO, 2009).

O *holding*, a sustentação é uma continuidade oferecida ao sujeito para que restabeleça seu mundo após uma experiência traumática. Recuperar suas referências simbólicas e identitárias, continuidade que não pode ser mera repetição, mas deve estar unida à capacidade de transformação presente na função de *containing*.

O *containing* relaciona-se às experiências de transformação. O agente de cuidados ajuda a projetar um porvir. Quando falta a capacidade de sonhar e sonhar-nos, permanecemos sobrecarregados por experiências emocionais perturbadoras, a existência se reduz a uma mera sobrevivência física. Na infância, são os objetos primários do bebê que cumprem essas funções; depois, os objetos mais aptos para ocupar esse lugar podem ser grupos, instituições. Algo importante que o autor destaca é que o cuidador para poder exercer essas funções de cuidado, também precisa, por sua vez, ser contido e acolhido. Precisa de um suporte para si mesmo, para poder segurar o outro (FIGUEIREDO, 2009).

Kuperman (2017) fala de hospitalidade como o modo em que o recém-nascido que chega ao mundo deve ser acolhido. Aqueles que recebem o bebê devem se adaptar a ele. O trauma aparece se as pessoas que deveriam acolher o bebê nesse desamparo primordial, tem para com ele uma posição de abandono ou intrusão.

Na vida adulta o analista ou cuidador tem como função oferecer, talvez pela primeira vez na vida desse sujeito do qual se aproxima, essa presença pulsional e afetiva para aquele que foi alguma vez um hóspede não bem-vindo (KUPERMAN, 2017).

Essas funções de *holding*, *handling* (em relação aos cuidados físicos e *containing*) são fundamentais no cuidado do CnR. A singularidade desse cuidado tem a ver com a vulnerabilidade extrema das pessoas para as quais o trabalhador tem que ser um verdadeiro ambiente englobante e uma presença implicada e confiável. Os trabalhadores têm que construir uma continuidade junto aos sujeitos, e fazer uma aposta, se tornar confiáveis e confiar na

capacidade de transformação desses sujeitos. Os trabalhadores resgatam o vínculo com o sujeito como a base fundamental do seu labor.

Uma das características que singulariza o trabalho do Consultório na Rua (CnR) é que, diferente de outro tipo de trabalho em saúde nos quais a pessoa que se sente doente vai ou é levada a uma instituição, os trabalhadores dos CnR têm que construir junto ao sujeito a introjeção de um cuidado quase primário e ir até eles para oferecer cuidado. Construir essa continuidade, ajudar a estabelecer certas regularidades para a sobrevivência, e, saber esperar. Esperar aqui é um verdadeiro chamado à vida.

Retomando o postulado por Oliveira Dias (2011) a mãe precisa se colocar no lugar do bebê para aceder ao que ele precisa. Mas, essa conexão com o bebê não advém de um conhecimento intelectual, senão do cuidado introjetado em si, e essa empatia que desenvolve para com o bebê. Se não consegue essa conexão cuidará do bebê de modo genérico, seu cuidado será impessoal. Embora as condições do cuidador sejam toscas em comparação com a mãe, é desde sua sensibilidade que o cuidador se aproximará do paciente. O desamparo que ele próprio sentiu e o cuidado que recebeu de outrem lhe permitirá acolher o que esse paciente em particular precisa dele. O trabalho de Consultório na Rua busca singularizar a história de cada sujeito, pois embora as circunstâncias nas quais se encontram possam ser similares, cada pessoa está vivenciando essa situação de um modo particular, possui uma história e uma trajetória de vida, dispondo assim de diferentes recursos para enfrentar essa situação, quais sejam:

- Reconhecer: é uma segunda figura da alteridade, no nível do intersubjetivo interpessoal, dois sujeitos frente a frente exercem a função de se reconhecer. Essa função se desdobra em duas que são inseparáveis testemunhar e refletir/espelhar.

Cuidar, muitas vezes, é reconhecer no sentido de dar testemunho do que o sujeito tem de mais próprio e singular. É uma forma de cuidar discreta, que só ressalta quando falha, que tem a ver com estar atento ao que o outro necessita e responder quando for pertinente (FIGUEIREDO, 2009). Cumpre diferenciar que não se trata de identificação, mas de empatia. A identificação nos permite aproximarmos, mas pode nos tornar autoritários em relação ao que o outro precisa; a empatia, pelo contrário, é sentir com o outro.

A empatia é um se deixar afetar pelo outro. Reside na capacidade de afetar o outro em ressonância, o cuidador é como um diapasão capaz de sintonizar as modulações afetivas do paciente (KUPERMAN, 2017).

- Interpelar e reclamar: é um chamado à vida, uma forma de cuidado que podemos entender como uma mudança na posição do sujeito que é interpelado a abandonar a passividade e pode começar a exercer um cuidado sobre si. Interpelação e reclamação do objeto de cuidado para com o cuidador e vice-versa (FIGUEIREDO, 2009).
- Presença reservada: nada tem a ver com a indiferença, senão com um esperar e acompanhar o outro em silêncio, é uma presença em reserva. É uma aposta nas potencialidades do outro, uma confiança que o cuidador deposita nas capacidades do outro de vir a ser, talvez a presença em reserva seja bem difícil para o cuidador, já que essa aposta implica que o sujeito consiga atingir um grau de relativa autonomia (FIGUEIREDO, 2014).

A presença em reserva modera os fazeres do agente de cuidados e o protege dos excessos da implicação. O cuidador renuncia a sua ilusão de onipotência e aceita sua própria dependência. Consegue por limite a sua loucura, sem cair em fantasias reparadoras maníacas. Essa presença em reserva cria um espaço potencial para que possa ser transmitido um autocuidado, uma das funções do cuidar é que o objeto de cuidados possa passar a cuidar de si e de outros (FIGUEIREDO, 2009). Reside na aposta do cuidador de que o sujeito poderá cuidar de si mesmo, e exige resignação da onipotência do cuidador, que deve passar a se ver como prescindível ao objeto de cuidado.

Essas funções do cuidar precisam agir em equilíbrio dinâmico, pois podem acontecer excessos nas funções de cuidar como, por exemplo, um acolher excessivo pode sufocar o objeto de cuidados. O espelhamento exagerado, sem reconhecer a alteridade do outro, pode cair em uma identificação narcísica que impõe ao outro certos cuidados dos quais não precisa. Uma interpelação ou reclamação exagerada pode colocar o sujeito numa posição de impotência, ou se apresentar para o cuidador como uma exigência sacrificial super-egóica (FIGUEIREDO, 2009).

Para prevenir esses excessos no cuidado o cuidador precisa de um outro alheio a essa relação que o limite e segure. Precisa se deixar cuidar pelos outros e pelo próprio objeto de cuidados, o autor chama de mutualidade nos cuidados a esse exercício duplo de cuidados entre agente de cuidados e objeto de cuidados (FIGUEIREDO, 2009). Assim como a falta de cuidado e a invisibilidade provocam sofrimento nas pessoas em situação de rua, e as práticas de Consultório na Rua apaziguam esse sofrimento por meio do cuidado devolvendo-lhes o reconhecimento, os trabalhadores desse equipamento conseguem transformar o sofrimento em

prazer no trabalho, a partir do próprio cuidado que dispensam e pelo reconhecimento que recebem, seja dos usuários, colegas ou da gestão. O cuidado pode se transformar em prazer por diferentes vias que, por sua vez, convergem pela mutualidade de cuidados, pelas vias sublimatórias que abrem o caminho, a criatividade e o laço com os outros, e pelo reconhecimento que essa criatividade ou inteligência prática recebe dos outros. E ainda pela possibilidade de enriquecimento do próprio eu a partir do trabalho realizado.

- Mutualidade de cuidados: o objeto de cuidados pode exercer também funções cuidadoras, deixar-se cuidar pelo objeto de cuidados é uma forma eficaz de exercer cuidado (FIGUEIREDO, 2009).

Para Searles (2012) deixar-se cuidar pelo objeto de cuidados, na justa medida e sem exploração, confirma a potência do sujeito, é um chamado a uma responsabilidade ativa, tanto como uma confirmação e um reconhecimento do outro, seja o bebê, um aluno ou um doente. Figueiredo (2009) resgata o trabalho de Enid e Michael Balint e sua teorização sobre os *fair shares* (compartilhamentos justos), para quem desde a relação mãe e bebê se dá um intercâmbio de gratificações importantes, embora muito diferentes entre si. Cada polo dessa relação é um objeto de satisfação do outro. A ambivalência, a raiva também são parte dessa relação. O importante a se destacar é o trânsito desde essa relação primitiva à mutualidade de cuidados com outros agentes sociais, que os autores denominaram de compartilhamentos justos. O agente de cuidados capaz de manter o equilíbrio nas suas implicações e reservas é um agente social que coexiste junto a outros (FIGUEIREDO, 2014). Essa mutualidade de cuidados aparece como reconhecimento no trabalho de Consultório na Rua.

3.3 CONSULTÓRIO NA RUA

Maria Lucia Lopes Da Silva (2006) se propõe mostrar os laços entre a população em situação de rua e o sistema capitalista ao longo da história, e no Brasil atual. A autora qualifica a população em situação de rua como um fenômeno causado pela expansão capitalista, localiza o surgimento das pessoas em situação de rua a partir da constituição das cidades pré-industriais na Europa. A conformação de uma grande massa de pessoas que foram excluídas do mundo do trabalho teve seu início com o que Marx chamou de acumulação primitiva.

A acumulação primitiva foi um período histórico das sociedades pré capitalistas europeias, que consistiu em separar os trabalhadores dos meios de produção. Trata-se da

história de uma expropriação, uma vez que, até então, os camponeses trabalhavam a terra que possuíam. Essa acumulação primitiva, produto da expropriação iniciada no século XVI, deu origem à forma de produção capitalista, já que uma vez que os camponeses perderam suas terras e se viram obrigados a vender o único que lhes restava para subsistir: sua força de trabalho, que começou a ser vendida no mercado.

Nesse período começou a migração da população dos espaços rurais para as grandes cidades em busca de trabalho. A autora ressalta que Marx focaliza na Inglaterra pré-industrial esse modo de acumulação e expansão capitalista e que isso aconteceu em todas as grandes cidades da Europa. Entretanto, nem todos esses trabalhadores foram absorvidos pelo mercado de trabalho; grande parte da população ficou excluída, e essa exclusão, longe de ser um erro, faz parte da própria engrenagem do modo de produção capitalista cuja reprodução vemos se repetindo nos dias de hoje com similares consequências (DA SILVA, 2006).

Da Silva (2006) encontra no chamado pauperismo a origem da população em situação de rua. O pauperismo foi o fenômeno que se originou com aquelas pessoas que foram desapropriadas de suas terras e sem possibilidades de vender sua força de trabalho, algumas se transformaram em mendigos ou vagabundos em busca de oportunidades de subsistência. Na Europa foram criadas leis muito rígidas contra essas pessoas que ficaram excluídas do sistema, foram perseguidas, punidas e obrigadas a trabalhar em condições precárias.

O crescimento do capitalismo continuou reproduzindo essa população excluída que serve a própria expansão capitalista como um exército de reserva ou superpopulação relativa, essa massa de pessoas que ficou fora do trabalho alienado, serve para manter a mão de obra de reserva, garante que a oferta seja maior que a demanda e, assim, se mantém os salários em sintonia com as necessidades da produção capitalista (SILVA, 2006). Segundo o sociólogo francês Robert Castel (1997), a assistência social oferecida aos pobres na era pré-industrial estava baseada em dois critérios: por um lado, o pertencimento à comunidade, a assistência era oferecida a pessoas que habitavam um território comum e próximo; por outro lado, havia uma diferenciação em relação à aptidão para o trabalho, a assistência era destinada para as pessoas que comprovadamente não estavam em condições físicas para obter sua subsistência, as pessoas desse grupo eram os doentes, as crianças e os idosos. Os desfiliaados da era pré-industrial eram pessoas excluídas do mercado de trabalho e da assistência social, estigmatizadas porque, comprovadamente, não eram aptas para o trabalho, estigma que vemos prevalecer até hoje.

Assim, a população em situação de rua e suas condições de vida estão atreladas ao crescimento ou retração da expansão capitalista. Após a crise do capitalismo dos anos 70, vemos aparecer um fenômeno que Castel define como desfiliação. O autor utiliza o conceito de desfiliação para falar das pessoas que passaram a formar parte, na França, da nova questão social, isto é, um novo contexto de pobreza extrema perante a crise da sociedade salarial.

Para Castel (1997), após a Segunda Guerra Mundial, fatores como o crescimento econômico, o quase pleno emprego e os sistemas de proteção social oferecidos pelo chamado Estado de Bem-estar fizeram praticamente desaparecer a questão social. Porém, a precarização do trabalho e o que ele chamou de desestabilização dos estáveis, no final dos anos 70 deram lugar ao surgimento dos “supra-operários”, que constituem a nova questão social.

Da Silva (2006) se dedicou a revisar os estudos sobre população em situação de rua em três grandes cidades brasileiras Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre, no período de 1995 a 2005. Concluiu que a população em situação de rua no Brasil está dividida em dois grupos: o *lumpemproletariado* - pessoas que são aptas para o trabalho, mas não são absorvidas pelo mercado; e a população superlativa, que possui trabalhos precarizados e informais para subsistir.

Essa superpopulação relativa é caracterizada por Da Silva (2006) como flutuante, latente e estagnada. A forma flutuante refere-se aos trabalhadores dos grandes centros urbanos atraídos ou repelidos pelo mercado, a população reflete essas características já que muitas das pessoas em situação de rua do Brasil atual, foram empregadas e demitidas das indústrias nas grandes cidades. Nesse país também aparece a forma latente, já que muitas pessoas migraram do campo para a cidade durante o auge da indústria no Brasil, entre os anos 1930 e 1970. Nos anos 1980, com o avanço neoliberal, ajudado pelos golpes militares na América Latina, começou a mal chamada revolução produtiva que derivou na privatização dos bens públicos. Como resultado, muitas pessoas ficaram desempregadas e sem suporte social. A última forma, que a autora chama de estagnada, refere-se a pessoas que, embora estejam em situação de rua, são parte do mercado informal de trabalho (DA SILVA, 2006).

Da Silva (2006) utiliza o termo população em situação de rua para mostrar o enlace entre essa população e o sistema de produção capitalista. Considera que expressões como morador de rua ou pessoa de rua tem um viés enganoso, pois colocam a situação como se fosse uma característica pessoal e apagam as contínuas violências exercidas contra essas pessoas que estão atreladas a reprodução da desigualdade que a sociedade capitalista precisa para se

expandir. Do mesmo modo considera que falar de populações vulneráveis coloca a luz sobre o grupo excluído e não sobre os que vulnerabilizam esses grupos populacionais. A partir dessa revisão histórica, a autora encontra semelhanças entre as leis de repressão e exclusão da época do pauperismo na Europa para com os mendigos e a violência social e estatal que sofre a população em situação de rua no Brasil atual. As pessoas em situação de rua sofrem diversas violências, começando pelo abandono estatal à condição de subcidadão.

Para considerar a relevância que tem a política que implementou os Consultórios na Rua e a importância da sua manutenção é preciso remontar ao descaso que sempre sofreram as pessoas em situação de rua, e a violência que ainda hoje sofrem.

A partir do teorizado por Michel Foucault, Kasper (2006), afirma que o biopoder do século XIX atuava em dois níveis diferentes: mantinha o controle disciplinar individual dos corpos, incluindo esses corpos em mecanismos de controle da população, pois se tratava de fazer viver para que a mão de obra não faltasse no crescimento do capitalismo devido a expansão do trabalho industrial. O mecanismo disciplinar regularizava os corpos para evitar desvios na produção, enquanto o mecanismo de biopoder cuidava dos corpos no nível populacional para garantir a reprodução da força de trabalho. Era necessária a manutenção da vida para o trabalho, por isso começou a preocupação com a higiene, a saúde, o habitat da população. Esse duplo movimento ia no sentido da integração. Kasper (2006) chama esse momento de uma biopolítica integrativa e, ao contrário, afirma que na época atual se trata de uma biopolítica exclusiva, cujos mecanismos para manter a vida estão restringidos a uma elite, em relação às pessoas que são consideradas irrecuperáveis e vistos cada vez mais como um peso morto, uma vida prescindível, que incomoda, que não produz e consome recursos. Como a força de trabalho é o único bem negociável que interessa ao capitalismo, uma pessoa cujo corpo não serve ao sistema produtivo, fica reduzida a ser só um corpo no sentido biológico, um corpo sem valia, que incomoda. Kasper (2006) cita como exemplo a “arquitetura anti-mendigo” que encontramos espalhadas pelas cidades, que o autor compara com a eliminação de insetos e roedores, porque além de expulsiva é uma clara forma de desumanização.

O autor considera que a noção de uma ‘subumanidade’, composta por não-pessoas, é praticamente coextensiva à história do Brasil, onde a abolição da escravidão nada teve a ver com uma emancipação dos escravos e sua ascensão à cidadania. A mão de obra escrava foi simplesmente abandonada quando as necessidades da economia a tornaram contraproducente, e logo substituída por trabalhadores livres, em sua maioria importados da Europa. A sociedade

brasileira contemporânea é cheia de barreiras econômicas que constituem pontos de separação entre a subumanidade dos pobres e os chamados cidadãos. Rocha (2021) afirma que as pessoas em situação de rua, como as pessoas negras, não são tidas como cidadãos pela sociedade, pelo contrário são permanentemente negligenciadas e o estado só se volta para considerá-las pelos mecanismos de alerta e punição. Rocha pondera um laço histórico entre a escravidão e as pessoas pretas em situação de rua, e analisa que tanto as pessoas pretas como as pessoas em situação de rua são tidas como cidadãos de segunda classe, e alvo de violência e repressão, sobretudo, em governos que utilizam a necropolítica como política de Estado.

Boaventura Sousa Santos (2009) cria o termo “pensamento abissal” para se referir a um modo de pensamento que se edifica sobre uma série de distinções visíveis e invisíveis, sendo que as linhas invisíveis fundamentam às visíveis. São marcadas divisões entre o que está de um lado da linha e o que está do outro lado da linha. O que está do outro lado da linha aparece como inexistente, embora sirva como suporte ao que está desse lado da linha. As vidas dos “desfiliados” (segundo o termo utilizado por Robert Castel) parecem cumprir com essa condição, pois é preciso que sejam invisíveis, que o resto da sociedade consiga agir sobre sua conveniente inexistência para sobreviver à ameaça constante que sobrevoa desde esse outro lado da linha. Quando se fala deles, porque geralmente se fala deles e não com eles, se produz um fenômeno que os engloba: a massificação, que é uma outra forma de expressar sua inexistência.

Quem são esses desfiliados? A que são estrangeiros? Ao sistema de produção. O pensamento abissal se suporta sobre linhas que normalizam e acalmam, que protegem do desconhecido que ameaça. Esses desfiliados por não serem os donos da terra são os “condenados da terra” (Fanon), condenados a vagar sem pertencer e sem pertences.

Boaventura Santos (2009) também afirma que a negação de uma parte da humanidade é sacrificial na medida em que constitui a condição para que outra parte da humanidade consiga se afirmar em quanto universal. Também afirma que existem duas zonas dominantes que desenharam as linhas do pensamento abissal: o direito e a epistemologia, a divisão entre legal ou ilegal ou a ciência como estandarte que diferencia o verdadeiro do falso. Porém, existem pessoas que parecem não ser nem sequer sacrificáveis e que não encaixam dentro dessas linhas.

As pessoas em situação de rua parecem estar próximos dessa figura do direito romano antigo que Giorgio Agamben (2007) resgata, entendida como o “Homo Sacer”, aquele ser que podia ser morto por qualquer um, mas não podia ser sacrificado. Objetos de violência, excluídos de seus direitos cidadãos, percorrem essa zona cinza, condenados a uma vida nua de mera

sobrevivência. Estão mais do que o autor chama do lado sub-humano. Boaventura afirma que existe uma cartografia moderna dual: a cartografia jurídica e a cartografia epistemológica. Do outro lado da linha se estende um universo que vai além do legal ou do ilegal ou do verdadeiro e do falso. Esse universo é negado pelo pensamento abissal, essas duas formas de negação radical juntas produzem uma ausência, a ausência de humanidade, a sub-humanidade moderna. Seres sub-humanos que não são considerados sequer candidatos a inclusão social.

Ainda de acordo com o autor (SOUSA SANTOS, 2009), tudo o que não se podia encaixar entre o legal ou o ilegal corresponde à zona colonial “O pensamento colonial continua a operar mediante linhas abissais que dividem o mundo em humano e em sub-humano, de um modo que os princípios humanitários não são questionados por práticas desumanas”.

Do lado do conhecimento, do lado da ciência, são objetos de epistemologias que lhes dão um nome. Também certas políticas correm o risco de tentar impor um modo de vida que vão na contramão dos modos de viver no mundo que esses sujeitos conseguiram construir. Dar um nome que os englobe é um modo de apagar sua singularidade, impor um modo de vida, desconhecendo os percursos singulares que cada pessoa utiliza para sobreviver é um modo de desconhecer o saber do outro. Ambas são formas de apagar a existência.

A zona colonial é a zona do incompreensível do que não pode ser ajustado ao pensamento hegemônico abissal. Alguns trabalhadores de consultórios de rua falam da impotência e raiva que sentem quando alguns profissionais de saúde pedem para as pessoas em situação de rua documentos que testemunhem identidade e residência para ser atendidos nas clínicas da família. A burocracia de um aparato hegemônico que não consegue assimilar aquilo que não se lhe pareça (SOUSA SANTOS, 2009).

Para Gomes Faria (2018), o indivíduo como o “Homo Sacer” é entregue a quem o abandona, nesse caso o Estado é dispensado e ao mesmo tempo capturado, eliminado das cidades e mantido sob a forma da tutela. A autora refere que o poder administra essas vidas e as regula constantemente, seja por meio do extermínio ou pela negligência. Outra forma de administração são as práticas de tutela que não supõem nenhuma autonomia do sujeito nas suas próprias escolhas de vida. Há uma ausência de garantia de direitos básicos que é reforçada cotidianamente para as pessoas que estão em situação de rua. Esse dentro fora, é um ficar preso dentro da cidade, destinado a um perambular constante, fugindo da violência numa busca pela sobrevivência.

Serrano (2013) critica a forma com que são pensadas as políticas para as pessoas em situação de rua. Segundo o autor, nessas políticas se opera um reducionismo, como se as pessoas em situação de rua constituíssem uma população homogênea para a qual são destinadas ações pensadas desde a ciência e da academia sem considerar como afetariam aos sujeitos protagonistas. São práticas imaginadas a partir de uma norma ideal, focadas não tanto no que os sujeitos demandam, mas no que a sociedade considera que eles deveriam ter para ser “reinseridos” no sistema. Para dar conta dessa lógica assistencialista e, em consonância com o “Homo Sacer” de Agamben, propõe o conceito de “Homem Doente”. Embora Serrano ressalte que existem saberes que abordam a heterogeneidade e dão voz às pessoas em situação de rua, chama sua atenção que a maioria dos artigos falem de um “homem doente”, que precisa ser acessado e curado. A crítica do autor é que se pensa em qualquer intervenção a partir de uma suposta doença, pelo fato de a pessoa estar na rua, e quando essas práticas encontram resistências se responsabiliza ao indivíduo. O *Homo Doentis* brasileiro é a pessoa que, em primeira instância, foi reduzida a um corpo e, nesse mesmo ato, se constitui naquela que não possui mais um saber sobre seu próprio corpo. Um homem doente que, por sua irracionalidade pressuposta, justifica toda e qualquer forma de tratamento. O morador de rua é transformado em um corpo doente sobre o qual toda e qualquer terapêutica se justifica. Contrapondo essas formas de abordagem para as pessoas em situação de rua, Farias propõe pensar novas formas de cuidado, para isso auxilia-se do conceito do filósofo Jaques Derrida de “hospitalidade incondicional” (SERRANO, 2013).

A hospitalidade incondicional é um termo utilizado por Derrida, para se referir a um tipo de hospitalidade ideal, se comparada à hospitalidade tradicional. É um acolhimento sem filtros, sem exigência de reciprocidade, sem condições que possam ser vivenciadas como violência pela pessoa a ser acolhida. Derrida fala do estrangeiro, que sofre a violência de ter que pedir para ser acolhido na língua de outro, se submetendo às normas e códigos do hospedeiro. Pelo que foi posto anteriormente, as pessoas em situação de rua são estrangeiros na própria cidade que habitam por direito, não são quaisquer estrangeiros, mas estrangeiros expulsos, que incomodam. Gomes Faria (2018) fala que a população em situação de rua é estrangeira a uma realidade pretendidamente hegemônica, a um ideal de normalidade; as pessoas em situação de rua são vistas como destoantes, nas margens da ordem social aceita. Como para um estrangeiro que não fala a língua do hospedeiro, muitas vezes as instituições e serviços que deveriam acolher as pessoas em situação de rua sem precondições, falam uma

linguagem, cheia de normas, leis, regras, que são ininteligíveis ou inadequados ao seu viver cotidiano. O modo como a pessoa em situação de rua é vista define os modos de cuidado e de acolhimento que serão disponibilizados para ela.

3.3.1. Criação e trabalho do Consultório na Rua

Em relação à história das políticas públicas pensadas para a população em situação de rua, Rocha (2021) refere que a partir de final dos anos 1980 e início dos anos 1990, com a redemocratização paulatina do Brasil, o panorama começou a mudar. A constituição de 1988 passou a considerar o bem-estar social de todos os cidadãos. Outro fato transformador foi a reforma sanitária que teve como resultado a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que universalizou e transformou o modelo de cuidado em saúde. Em 1993 se estabeleceu a assistência social como política obrigatória.

A luta dos movimentos sociais, que junto a movimentos ligados às igrejas cristãs, através das Pastorais do Povo de Rua, tentaram mudar o olhar sobre a população em situação de rua. Buscava-se modificar as práticas assistencialistas, promover o protagonismo, e reivindicar os direitos de cidadania das pessoas em situação de rua. A partir da luta desses movimentos, em 1990 se realizou o Fórum Nacional de Estudos sobre População em Situação de Rua, com a participação dos trabalhadores da assistência, militantes de movimentos sociais e as Pastorais do Povo de Rua. Os Seminários Nacionais organizados pelo Fórum foram um instrumento fundamental da luta por direitos e possibilitaram maior organização e mobilização, o que resultou no 1º Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis e na primeira Marcha do Povo de Rua, em 2001. Ambos os eventos contribuíram para dar maior visibilidade para a população em situação de rua.

Entre os dias 19 e 22 de agosto de 2004 ocorreu uma tragédia que foi conhecida como a chacina da Praça da Sé, na cidade de São Paulo, onde sete pessoas em situação de rua foram barbaramente assassinadas e oito ficaram gravemente feridas. O triste acontecimento fez desencadear grandes mobilizações e reivindicações, que contaram com a participação de diversos grupos sociais e organizações da sociedade civil. A população em situação de rua começou a se organizar enquanto movimento social e a reivindicar políticas públicas, o que originou uma proposta de política nacional para a população em situação de rua. O movimento ganhou força nacional para suas reivindicações, o que provocou o fortalecimento das políticas públicas de inclusão desse segmento. O dia 19 de agosto foi proclamado como o Dia Nacional

da População em Situação de Rua, o que configurou um marco histórico. A partir dessa tragédia se deu um passo importante na ampliação da mobilização de grupos para lutar pelos direitos da população em situação de rua. Com a organização coletiva das pessoas em situação de rua e a colaboração da sociedade civil, constituiu-se o Movimento Nacional da População de Rua. A chacina ficou impune e essa população permanece sendo alvo de violência letal (ROCHA, 2021).

Entre agosto de 2007 e março de 2008 foi realizada a primeira e mais completa Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua, desenvolvida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. A pesquisa investigou 71 cidades brasileiras. Nesse período, foram identificadas 31.922 pessoas em situação de rua, maiores de 18 anos. A partir deste estudo, o poder público começou a elaborar resposta às reivindicações do Movimento Nacional de População em Situação de Rua (MNPR) e, em 2009, no governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, passou a promover normativas voltadas à democratização de direitos dessa população, sendo instituída a Política Nacional para População em Situação de Rua, por meio do Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2009b). Também foi instituído o Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento dessa Política (CIAMP–Rua), que deveria ser implantada em cada município. A Política Nacional para a População em Situação de Rua tem como maior desafio à prática da intersetorialidade, que significa estabelecer uma gestão integrada com outras políticas pela atenção integral aos cidadãos (ROCHA, 2021).

A forma de considerar a população em situação de rua redundante nas maneiras como se configuram as políticas para atender a essa população. Um estado que considera essa população como perigosa ou anormal, ou que precisa ser reinserida num modelo social estabelecido, seguirá práticas de recolhimento, imposição de modelos, permanência forçada em locais para sua salvação, como são as comunidades terapêuticas. De outra forma, considera essa população como sujeitos com direitos vulnerados, que precisam de proteção na sua singularidade, o que resultará em políticas que cuidam da singularidade (BORYSOW, 2018).

Segundo dados do último censo realizado no ano 2015, estima-se que 101,854 pessoas se encontram em situação de rua no Brasil (BORYSOW, 2018). Números que provavelmente aumentaram notavelmente devido à crise econômica e política do país dos últimos 6 anos, e a pandemia de COVID-19 vivida desde 2020.

Rodrigues do Vale e Dalla Vechia (2019) citam que na Pesquisa Nacional sobre População em situação de rua realizada no ano de 2008, verificou-se que 18% dessa população

encontravam barreiras para acessar aos serviços de saúde, com o agravante de que o contexto de rua tem consequências para a saúde e piora o tratamento e a cura de doenças.

Políticas de saúde governamentais voltadas ao cuidado específico a essa população são recentes e se iniciaram com diferentes experiências que deram forma ao dispositivo que hoje existe como Consultório na Rua.

Os Consultórios na Rua surgiram em um contexto de ampliação dos direitos sociais no Brasil pela extensão de políticas públicas para populações que antes não tinham acesso a direitos básicos garantidos pela Constituição brasileira, de forma a intervir nos coeficientes de desigualdade social. Também contribuíram para o seu surgimento a aposta, por parte do Ministério da Saúde, na Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do sistema, e o investimento na atenção básica por intermédio da Estratégia de Saúde da Família, e a priorização das redes de atenção à saúde (RAS); além do controverso e questionável plano de enfrentamento ao crack, surgido no bojo dos megaeventos realizados nos anos 2010 no Rio de Janeiro (Copa do Mundo da FIFA e Olimpíadas). Papel fundamental na luta pelos direitos da população em situação de rua teve e tem o Movimento de População em situação de rua, que se encontra em diferentes cidades do Brasil (BORYSOW, 2018).

A criação das equipes de Consultório na Rua se justifica pela grande vulnerabilidade das populações em situação de rua, associado à baixa capacidade da rede de atenção básica em acolhê-las (MACERATA & VARGAS, 2018). O primeiro Consultório na Rua surgiu em 1999, na cidade de Salvador (BA), com o nome de Consultório de Rua. Foi um projeto-piloto criado por Antônio Neury Filho em decorrência da problemática de crianças e adolescentes que se encontravam na rua e tinham uso problemático de drogas. A experiência foi desenvolvida pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. Em maio de 2004, um Consultório de Rua foi implantado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento em álcool e outras drogas (Caps-AD) de Salvador, estruturando o modelo assistencial dessa unidade. Em 2009, o Ministério da Saúde propôs que o Consultório de Rua se tornasse uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas, sendo incluído, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam crack, álcool e outras drogas (LONDERO et al 2013).

Outra experiência brasileira na base dos CnR foram os Programas de Saúde da Família sem Domicílio – PSF Sem Domicílio, mais tarde Equipe de Saúde da Família para População

em Situação de Rua – ESF Pop Rua. O primeiro PSF sem domicílio começou a atuar no ano 2004, em Porto Alegre, seguido das ESF sem Domicílio de Belo Horizonte, São Paulo e Rio de Janeiro.

Na atualidade, um Consultório de ou na Rua representa a convergência, sob diferentes modalidades, da experiência com a Redução de Danos e com o PSF Sem Domicílio. A passagem do Consultório de Rua, que estava vinculado à Política Nacional de Saúde Mental até 2012, para a Política Nacional de Atenção Básica, não representa apenas uma mudança de nomenclatura (Consultório “de” para Consultório “na” Rua), mas uma mudança nas diretrizes estratégicas deste dispositivo. Atende à prioridade do Governo do Brasil, de prevenção do consumo e da dependência de crack, álcool e outras drogas, mas não se reduz a essa problemática. Cabe lembrar a posição contrária à extinção do PSF Sem Domicílio pelo Movimento Nacional da População de Rua, que entende que não é apenas a atenção em relação ao consumo e dependência de crack, álcool e outras drogas que a população em situação de rua necessita (LONDERO et al, 2013).

Na gênese do que hoje são os Consultórios na Rua tal como os conhecemos, Borysow (2018) destaca um conflito entre os precursores do Consultório de Rua, que pretendiam um atendimento móvel focado na saúde mental e o consumo de substâncias, e outro grupo, que queria que o Consultório na Rua fosse um atendimento itinerante da atenção básica, tendo em conta que as problemáticas da população em situação de rua não se limitam ao consumo de substâncias. Esse fato também era considerado pelo primeiro grupo e ambos pretendiam um atendimento integral, mas certas formulações de como seria o Consultório na rua geravam uma falta de coordenação entre eles. Os pioneiros do Consultório de rua temiam que se o dispositivo formasse parte da atenção básica seria mais difícil conseguir a intersetorialidade e ele poderia adquirir o enfoque biomédico predominante na atenção básica naquele momento, segundo seu ponto de vista (BORYSOW, 2018).

Em 2011, com a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, o Ministério de Saúde adotou o CnR como um serviço estratégico da Atenção Básica, fazendo a composição entre os dispositivos da Saúde Mental e da Saúde da Família em vez de extinguir um em detrimento do outro. Em 2012, com a interposição do conceito de Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a rede básica participa com as unidades de atenção básica e os CnR. Atualmente, a rede pública

de saúde tem mais de cem CnR implantados em todo território brasileiro, com equipes situadas no interior da Estratégia Saúde da Família, que atuam com prática clínica de cuidado e percorrem a rede buscando promover a atenção e a inclusão da população em situação de rua. Devido a ampla ação que se passa na rua, o CnR é um serviço transversal, produzindo tanto uma atenção em relação à especialidade da saúde mental, como a disponibilidade de práticas da Atenção Básica.

Os Consultórios na Rua são de três tipos, diferenciando-se pela composição de suas equipes multiprofissionais. Os CnR do tipo três contam com a equipe mais completa: assistente social, enfermeiro, psicólogo, médico, técnico de enfermagem, agentes sociais, dentista e técnico de saúde bucal. Algumas equipes incluem ainda pessoas com a função de articulador e de redutor de danos. Trabalham na rua, mas têm sede em alguma clínica de saúde da família.

Pode-se constatar a produção de uma assistência primária, com o “uso de práticas de prevenção de doenças e promoção da saúde”, assim como a “melhoria do acesso aos serviços de saúde e a tentativa de proteção da qualidade de vida (BORYSOW, 2018). Como visto anteriormente, a população em situação de rua esteve historicamente negligenciada pelas políticas públicas, deixando a atenção dessa população em mãos da assistência social ou da polícia. Esta negligência está ligada à invisibilidade na qual a vida na rua está submetida, já que é um modo de vida que escapa aos padrões estabelecidos de moradia, configuração familiar, inserção no mercado de trabalho e consumo (MACERATA & VARGAS, 2018).

Para Londero et al (2013) sempre existiram formas de lidar com a rua: a primeira é a inclusão quase forçosa aos modos de “normalidade” que a sociedade impõe. Tenta-se pelo lado da beneficência moldar e adaptar as pessoas que estão em situação de rua. Outra forma é apelar para a violência física do isolamento e do extermínio.

A partir da saúde pública se tenta construir uma terceira forma já não de lidar, mas de acolher essa população e poder efetivar a integralidade do SUS. A função clínico política consiste em implementar essa outra forma de cuidado. Porém, essa nova forma de cuidado não acontece sem conflitos e desafios. Segundo Macerata (2013) a atenção em saúde ainda opera sob um padrão domiciliar, e existe um estranhamento sobre como atender a quem não possui moradia. Junto à população em situação de rua, os conceitos que organizam a APS são colocados em xeque: nem todos os habitantes de um território são domiciliados.

O território de vida da população em situação de rua coloca uma série de desafios ao SUS no que diz respeito à concretização de seus princípios, entre os quais a construção da

integralidade do cuidado, ou seja, o desenvolvimento de um olhar mais integral e menos “especialista” nas práticas de cuidado. Isso se desdobra em duas questões: na maneira como geralmente se considera o território, que não é apenas uma demarcação geográfica na qual somente pertencem as pessoas cadastradas formalmente nele; e na integralidade dos olhares e escutas de uma equipe multiprofissional, de modo que as dimensões biopsicossociais não sejam desmembradas (MACERATA & VARGAS, 2018).

Portanto, os Consultórios na Rua vieram para colocar em prática três princípios do SUS negados historicamente à população em situação de rua: universalidade, equidade e integralidade. Acesso universal é o acesso irrestrito ao atendimento em saúde como um direito cidadão e dever do Estado. Equidade seria então a adaptação dos serviços de saúde aos cidadãos e às condições nas quais eles se encontram, segundo as realidades de cada território.

Para Londero et al (2013) a ideia de rede não deve ser produzir serviços cada vez mais especializados, e o Consultório na Rua não é um sub SUS que atende aos que ficaram por fora. Sua implementação tem uma função ética e política. Os autores focalizaram um dispositivo que assentou suas bases no Consultório na Rua chamado Saúde na rua, e perceberam que o Rio de Janeiro é uma cidade que se desdobra em múltiplas cidades, e que a rua acaba sendo o lugar para onde vai o que não tem lugar na cidade. O trecho a seguir reforça tal entendimento, ao afirmar que: “[...]Não só a miséria leva as pessoas à rua, uma conjunção de fatores produz este território existencial. A rua se constitui como esta zona obscura na cidade, zona estrangeira, estranha e íntima, como um fora/dentro da cidade “(LONDERO et al, 2013, p. 5).

Segundo a visão de Macerata (2013), as situações de problemáticas de saúde para a população em situação de rua requerem uma abordagem complexa. As questões de saúde como ferimentos, enfermidades como tuberculose, HIV, estão associadas a transtornos mentais graves, abuso de substâncias psicoativas, vulnerabilidades sociais extremas. A complexidade dessas questões de saúde no contexto da rua, evidencia a inseparabilidade entre saúde física e saúde mental, fazendo do tratamento uma tarefa eminentemente transversal, devido à gravidade da situação. A integralidade possui um sentido amplo e de direito, que motiva e garante a participação do usuário em seu acompanhamento de saúde e a construção de diálogos sobre seus projetos de vida. Para as equipes, é um desafio acessar essa população que vive nas margens da cidade e dos serviços de saúde. As pessoas em situação de rua passam por estigmatização que redundam na falta de acolhimento e no agravamento da sua situação de saúde. Por sua vez, perdem a confiança e não se aproximam mais desses serviços, embora sofram de complicações muito graves (MACERATA, 2013).

A rua, tal como se configura na cidade do Rio de Janeiro, com toda gravidade e complexidade, tem o potencial de produzir outras linhas de cuidado. Ao pensar a inseparabilidade do cuidado e da política, o CnR vem buscando produzir saúde em sentido amplo (LONDERO et al, 2013).

Ensgtrom e Teixeira (2013) pesquisaram a implementação do Consultório na Rua em Manguinhos, Rio de Janeiro. A clientela atendida pelo Consultório na Rua, devido a suas histórias singulares e condições de vida, aos agravos clínicos e às dificuldades de acesso aos serviços de saúde, é um grupo de elevada vulnerabilidade. Não obstante, antes da implementação do Consultório na Rua, ou ainda, em locais que não contam com esse dispositivo, nos casos de emergência, as pessoas em situação de rua tendem a buscar atenção em hospitais ou nos Centros de atenção psicossocial, mas não é frequente que busquem atendimento na atenção básica. Isto subverte a lógica da atenção no Sistema, cuja porta de entrada deveria ser os serviços da rede da AB.

Por esse motivo se instituiu o cuidado organizado a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e do ordenamento da APS, esse nível de atenção básica precisava dar uma alternativa efetiva de cuidado a essa população, em vez de ficar apenas na posição crítica ao recolhimento e à internação involuntária dos usuários de crack e das pessoas em situação de rua. Dentre as particularidades apontadas para a abordagem da população em situação de rua está a complexidade da demanda desse público, envolvendo necessidades tais como a orientação sobre seus direitos, o agendamento de consultas e exames e a retirada de documentos, o que requer dos serviços uma composição multidisciplinar e uma potente articulação intersetorial. Os usuários também buscam serviços de saúde com a expectativa de banho, alimentação, local adequado para dormir e escuta. A escassez de serviços de proteção social (centros de convivência, Centro POP, albergues e abrigos) os leva a acessar os serviços de saúde para o atendimento de necessidades da vida diária.

As referidas autoras identificaram que o trabalho no Consultório na Rua passa por um processo de construção, em que os profissionais ofertam um cuidado se corresponsabilizando com os usuários. A equipe da pesquisa adotou o conceito de projeto terapêutico singular, extraído do trabalho das equipes de saúde mental, que significa não minimizar a complexidade dos casos, fazer o usuário ser partícipe do seu próprio cuidado, respeitar a singularidade de cada história de vida e a complexidade dos processos de saúde e doença, de forma a favorecer a autoestima e a adesão às terapêuticas pactuadas. Considerando o trabalho interdisciplinar

fundamental para a abordagem à população em situação de rua, a incorporação de profissionais da saúde bucal (dentista, técnico de higiene bucal) foi fundamental. Ao cuidar dos agravos orais dessa população, frequentes nos usuários de drogas inaladas, melhorava-se a autoestima dos usuários, e se ampliava o cuidado específico à população em situação de rua.

O vínculo pode ser estabelecido com qualquer profissional da equipe, que pode se tornar referência, ou seja, o responsável por acompanhar o plano de cuidado daquele usuário. Nesse plano, pactuam-se com o usuário ações de promoção e prevenção à saúde, tratamento e reabilitação. O atendimento clínico imediato (como fornecimento de analgésico, antibiótico, curativo, cuidado dentário) é, muitas vezes, a primeira forma para a aproximação ao usuário e a oportunidade para começar a construção de vínculo, no que a oferta de corte de cabelo também auxilia. A partir da confiança amplia-se a oferta de cuidados: vacinação, curativos, exames laboratoriais e radiológicos, preventivo ginecológico, acesso a medicamentos, insumos como preservativos e, também, voltados à saúde bucal, dentre outros. Na medida em que o vínculo se estabelece é possível planejar projetos terapêuticos, incorporando ações educativas, de promoção da saúde, de apoio e de inclusão social.

Além disso, a presença nos serviços de pessoas que já vivenciaram a situação de rua possibilita desmistificar medos, contribui para que os demais profissionais ressignifiquem preconceitos oriundos da formação profissional inicial e viabiliza a integração da equipe com a população em situação de rua (ENGSTROM & TEIXEIRA, 2013).

Para Londero et al (2013), o Consultório na Rua oferta a seus usuários um serviço aberto e de demanda espontânea, busca acolher aquilo que pessoas em situação de rua necessitam. As ações são construídas de acordo com as particularidades da pessoa e suas vulnerabilidades. Isso implica no desafio de produzir um cuidado capaz de absorver, em suas intervenções, o inesperado ou o não-programado em termos da atenção prevista.

(...) A falta de paredes. A não presença da mesa. O encontro em locais moventes. A luz do sol, o vento, o frio, o calor. A sujeira, o forte odor. A conversa sobre saúde em roda de uso de drogas. O medo da polícia e da chuva. Estranhas sensações, intempestivas alegrias. Há poucas condições prévias para coordenar a assistência de saúde, o caminho está sempre por se fazer junto ao usuário acolhido (no encontro real e a seu tempo), de modo que os ditos lugares identitários de cada profissão são reconfigurados em ato, o contexto da rua é dinâmico e a equipe deve ajustar seu trabalho frente ao inesperado (LONDERO et al, 2013, p. 6).

Produzir um serviço de saúde que ultrapasse o esperado, o programado, o prescrito, dentro de uma equipe tornava-se um grande desafio, sobretudo porque um CnR não trabalha isoladamente, ele necessita da rede de saúde e de uma abordagem integral do sujeito. Esse modo dinâmico de operar o cuidado no CnR pode entrar em confronto com a organização do trabalho da atenção básica que é mais prescritiva e normatizada (LONDERO et al, 2013).

É claro que investimento afetivo e angústia se processam em qualquer relação profissional em saúde, entretanto, trabalhar com essas populações e com o que elas demandam invoca um investimento “afetivo” que parece peculiar a esse serviço, pois tal trama de cuidado ocorre em lugares inesperados, em tempos ora acelerados e ora vagarosos, com pessoas a quem os serviços não viam. O cuidador sofre com a condição de completo desamparo do usuário em situação de rua, sente necessidade de resolver tal problemática o mais rápido possível, e acaba atropelando o tempo daquele a quem “acolhe”. Os cuidadores, atravessados pela lógica do cuidado prescritivo em saúde, têm ações que prezam pela objetividade e resolutividade (LONDERO et al, 2013).

Outra diferença importante na forma de organização do trabalho do Consultório na Rua, em relação a outras equipes de saúde, é que o primeiro vai até os usuários. Não para recolher nem impor demandas preestabelecidas, senão para ofertar o serviço e oferecer a escuta de quais são essas demandas (CASTANHO DUARTE, 2019).

Diferente do trabalho dentro de uma instituição, quando é o usuário que busca o serviço e cujas condições de atendimento já estão dadas, com toda a ambiência ajudando a compor o “setting” terapêutico, incluindo o lugar que o profissional ocupa na organização do serviço, na rua esses “lugares” precisam ser construídos a partir do trabalho e da posição em que os profissionais se colocam para os usuários.

Castanho Duarte (2019) entrevistou dez trabalhadores de Consultório na Rua da cidade de Porto Alegre e verificou que eles destacam que o carro utilizado para fazer seu trabalho, além de ser indispensável para o cumprimento de sua função, servia como marca identificadora da equipe pelos usuários. Nas unidades de saúde o usuário busca atendimento para suas demandas em um serviço com fluxos pré-definidos, ao passo que o CnR trabalha com o desafio do não programado, do não prescrito.

No referido estudo foram entrevistados usuários e profissionais da equipe de Consultório na Rua. Entre os 10 entrevistados, 9 afirmaram que o trabalho do CnR favorece o acesso dessa população aos serviços de saúde e da rede intersetorial. Identificam, assim, a

efetividade do acolhimento em saúde no espaço da rua como garantia do acesso desses usuários (CASTANHO DUARTE, 2019). A confiança que os usuários sentem em relação à equipe do CnR, é definida por eles como surgida a partir do atendimento prestado. A construção dessa confiança é fundamental para o acesso à população em situação de rua.

Outra modalidade específica do trabalho em Consultório na Rua tem a ver com os tempos do cuidado. Um dos trabalhadores fala sobre o respeito à temporalidade do usuário e considera que os membros das equipes devem, além de respeitar a autonomia do usuário, apropriar-se e adequar as rotinas de trabalho ao ambiente da rua, local de vida dessas pessoas.

A pesquisadora resgata o significante de *persistência acolhedora* como algo que condensa o trabalho de CnR, uma estratégia criada através do processo de trabalho e experiência destes trabalhadores. A persistência acolhedora se refere às diversas aproximações dos trabalhadores para construir um vínculo, respeitando os tempos, as recusas dos usuários; é uma construção de confiança que não desiste, mas não invade nem invalida os sujeitos. Essa construção de confiança é um desafio já que as pessoas que moram na rua estão acostumadas a discriminações e violências, são expulsos ou impedidos de acessar os locais, o que mina a confiança em si mesmos e os coloca numa atitude de defesa necessária para sua sobrevivência.

Os trabalhadores sabem que este usuário, sofre discriminação diária quando necessita acessar os serviços de saúde e que, além dessas dificuldades de acesso, vivencia uma *desqualificação social* que reverbera na relação com seu autocuidado. Essa população, muitas vezes, passa a apresentar baixa autoestima, desmotivação para cuidar de si, vergonha, medos e desconfiança dos serviços. Castanho Duarte (2019) coincide com o exposto anteriormente sobre a imprevisibilidade do trabalho na rua e como contrasta com outros serviços de saúde. Londero et al (2013) falam de um estranhamento, tanto dos profissionais dos consultórios na rua que veem suas funções modificadas e têm que lidar com um trabalho dinâmico sem protocolos estritos, como dos outros profissionais de saúde para os quais se produz um deslocamento nas formas habituais de atendimento que, muitas vezes, são extremamente normatizadas, organizadas a partir de saberes e fazeres profissionais rígidos ou com pouco tempo para interatuar com os usuários.

Esse estranhamento, às vezes, aparece como uma discriminação para com essa população e se configura como uma barreira no acesso, mesmo que se encontrem acompanhados pelos trabalhadores de Consultório na Rua (CASTANHO DUARTE, 2019). O achado de Castanho Duarte coincide com as colocações dos trabalhadores no estudo de Delgado

et al (2017), no qual afirmam que sentem que trabalham isolados na rede de saúde e solitários em suas unidades. Atribuem esse problema às dificuldades de interlocução, ao preconceito que os trabalhadores da saúde ainda têm em relação a essa população e ao fato de que não se sentem habilitados nem capacitados para atendê-la, pois consideram ser essa uma expertise própria ou exclusiva dos profissionais dos CnR.

No estudo de Delgado et al (2017) afirma-se que a organização da atenção básica ainda está centrada na figura do médico e em atendimentos muito prescritivos. Somente no trabalho diário entre ambas as equipes pode-se adequar essas duas formas de atuação para integrar a população em situação de rua.

Por esse motivo, os próprios trabalhadores colocam o matriciamento como uma ferramenta fundamental da sua prática para conseguir construir laços com outros profissionais de saúde, sem os quais nenhum trabalho de cuidado em saúde resulta possível (DELGADO et al, 2017).

O matriciamento foi definido como uma sensibilização do território para os problemas daquele que nele circula, realizado nas reuniões com os serviços, procurando implicar outros profissionais no cuidado, já que o CnR não pode ser responsável por todas as demandas da população de rua. Outras estratégias fundamentais no processo de trabalho foram: atenção psicossocial e redução de danos. A atenção psicossocial foi associada a uma maneira de acompanhar os usuários a partir de discussões de caso com os serviços, construindo estratégias conjuntas de cuidado. A redução de danos foi relacionada com o trabalho *in loco*, com a abordagem e tratamento realizados na rua, incluindo as questões de saúde e do uso abusivo de drogas. Redução de Danos em um sentido ampliado, tanto no atendimento do usuário, quanto na relação com a rede e com a cidade. Esta é a função clínico/política do dispositivo (DELGADO et al, 2017).

O estudo de Alecrim et al (2016) com profissionais do Consultório na Rua de São Paulo focalizou o tratamento da tuberculose. Os trabalhadores destacaram que é na própria experiência que eles aprendem como construir vínculos com essa população. Marcaram também a dificuldade que têm para lidar com as angústias e impotências que padecem por presenciar o sofrimento alheio, porque as ferramentas que eles têm para trabalhar se esgotam perante uma doença como a tuberculose, que precisa de várias condições das quais a população em situação de rua carece.

Por outro lado, nesse encontro com o outro o trabalhador desenvolve novas formas de cuidado, até então não visibilizadas, o que significa tornar possível um novo modo afetivo e inventivo de cuidar. Para elaborar essas especificidades do cuidado e suas repercussões no próprio trabalhador é necessário contar com momentos de pausa. Nesses instantes de desaceleração coloca-se em palavras o sensível que emerge daquilo que se encontrava instituído, e parece que os cuidadores se colocam ao lado daqueles que estão a cuidar, numa “composição” de cuidados (LONDERO et al, 2013).

3.4 SOFRIMENTO E PRAZER NO TRABALHO

A Psicodinâmica do Trabalho é uma vertente das clínicas do trabalho criada por Christophe Dejours. Dejours é médico psiquiatra francês, formado em psicanálise e psicossomática, professor do Conservatoire National des Artes et Métiers em Paris onde dirige o laboratório de psicologia do trabalho e da ação. Pesquisa a vida psíquica no trabalho há mais de 30 anos, tendo como foco o sofrimento e as estratégias que os trabalhadores utilizam para se defender desse sofrimento e transformar essas vivências em prazer.

A Psicodinâmica do Trabalho começou nos anos 70 dentro das clínicas do trabalho e da psicopatologia do trabalho, corrente iniciada por Begoin, Fernandez-Zoila, Le Guillant, Sivadon e Viêl. Busca analisar a psicodinâmica dos processos intra e intersubjetivos mobilizados pela situação de trabalho (BUENO & BARBOSA MACEDO, 2012).

No ano de 1980, Dejours publicou seu primeiro livro “Trabalho e desgaste mental: um ensaio da psicopatologia do trabalho”, surgido das suas primeiras pesquisas com trabalhadores.

No Brasil, o livro foi publicado sete anos depois sob o título “A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho”, título chamativo, porém enganoso, já que a partir dessas pesquisas com trabalhadores, Dejours, muda seu enfoque. Abandona o modelo causalista próximo da psicopatologia do trabalho, não mais considerando o trabalho como um fator enlouquecedor, como o título do livro sugere, que levaria aos trabalhadores a adoecerem. Pelo contrário, a partir das pesquisas realizadas, ele descobriu que os trabalhadores não eram passivos perante o sofrimento gerado na organização do trabalho (ATHAYDE, 2005).

Os trabalhadores faziam uso de uma liberdade bem limitada para transformar esse sofrimento em prazer, o que significa colocar algo de si próprios no trabalho e estabelecer estratégias para se defender desse sofrimento. Portanto, as perguntas mudaram: já não se tratava de pesquisar o que leva os trabalhadores a adoecer, mas como é que, sob essa organização do

trabalho, eles não adoecem? A normalidade é colocada em questão, ela é entendida como um equilíbrio instável e precário entre sofrimento e defesa.

Nos anos 80 do Século XX, uma série de eventos, organizados por Dejours, contribuíram para a repercussão e o crescimento da psicodinâmica do trabalho. Em 1984, Dejours colaborou na organização do primeiro colóquio internacional de psicopatologia do trabalho, que contou com a presença de diferentes teóricos das clínicas do trabalho e com sindicalistas. A partir do interesse suscitado, Dejours passou a ministrar seminários sobre Psicopatologia do Trabalho, durante 1986 e 1987, centrados na Psicodinâmica do trabalho. Foram eventos que convocaram profissionais de diferentes disciplinas e sindicalistas. Assim, a teoria e a clínica nascente da Psicodinâmica do trabalho foram crescendo e se modificando com a contribuição desses aportes (ATHAYDE, 2005).

Um exemplo dessa mudança foi a inclusão da perspectiva de gênero, a partir da intervenção de Helena Hirata e Danièle Kergoat no Seminário de 1988. As sociólogas apontaram que os fundamentos e as primeiras descobertas da psicodinâmica estavam endereçadas a um coletivo “masculino neutro”, sem buscar compreender as distintas situações vivenciadas pelas mulheres trabalhadores. Era preciso incluir na psicodinâmica do trabalho (PDT) a leitura das relações sociais de sexo (DORNA e MUNIZ, 2018). No ano de 1992 a abordagem já era reconhecida na comunidade científica. Bueno e Barbosa Macedo (2012) distinguiram as diversas fases da Psicodinâmica do Trabalho, e mencionam o começo da psicodinâmica nos anos de 1970, como um estudo fundado na psicossomática e enfoque no sofrimento psíquico. No entanto, delimitam três grandes etapas marcantes no desenvolvimento de sua concepção:

- Primeira etapa (1980): Foco na análise do sofrimento psíquico provocado pela organização do trabalho, entendendo esse sofrimento como intrínseco ao trabalho. Análise do sofrimento e das estratégias defensivas, individuais e, sobretudo, coletivas
- Segunda etapa (1990): Estudos focados no prazer e nos mecanismos que os trabalhadores utilizavam para torná-lo saudável. As pesquisas buscavam conhecer os ganhos identitários do trabalho a partir da dinâmica do reconhecimento.

- Terceira etapa (após 1990): Privilegiou os processos de subjetivação e as patologias sociais associadas ao trabalho. As pesquisas buscam aprofundar a análise dos processos relacionados à saúde dos trabalhadores.

A Psicodinâmica do Trabalho busca compreender os aspectos psíquicos e subjetivos que são mobilizados a partir da situação do trabalho, sua organização e as relações que nele se estabelecem. Reconhece a centralidade que o trabalho tem na vida dos sujeitos, na sua saúde e na construção da sua identidade, e como o trabalho se estende para toda a vida do sujeito. Como método, busca estudar e intervir nos aspectos menos visíveis da relação sujeito e trabalho, a partir de como os trabalhadores os vivenciam. A Psicodinâmica do Trabalho é um método e uma teoria, mas é, antes de tudo, uma clínica. Como clínica, parte do trabalho de campo (os trabalhadores em situações concretas e suas falas sobre essa experiência), e a teoria se desenvolve a partir desse campo. Dejours afirma que assim como o trabalho pode levar a adoecer, também pode ser fundamental para a saúde mental. Ainda no concernente à clínica, a abordagem em questão não busca a cura dos sujeitos, mas oferece uma escuta mediante a qual os sujeitos possam expressar seu sofrimento, desvencilhar os aspectos invisíveis do trabalho e descobrir o oculto, para coletivamente poder transformar o sofrimento em prazer (BUENO & BARBOSA MACEDO, 2012).

Aprender e compreender as relações de trabalho exige mais do que a simples observação, exige uma escuta voltada a quem executa o trabalho, pois o trabalho implica relações subjetivas menos evidentes que precisam ser desvendadas. Para apreender o trabalho em sua complexidade é necessário entendê-lo e explicá-lo para além do que pode ser visível e mensurável. É necessário que se considere a qualidade das relações que ele propicia. A escuta proposta pela Psicodinâmica do Trabalho é realizada de forma coletiva e desenvolvida a partir de um processo de reflexão, realizado com o conjunto de trabalhadores. Diferentemente da ergonomia, essa abordagem não busca formular recomendações e modificações a serem implantadas nos postos de trabalho estudados e sim favorecer processos de reflexão e de elaboração, que criem uma mobilização entre os trabalhadores, de forma que estes possam alavancar mudanças no trabalho ou em suas relações laborais. É somente a partir desse processo reflexivo sobre o próprio trabalho que o indivíduo se torna capaz de se reapropriar da realidade de seu trabalho, e é essa reapropriação que pode permitir aos trabalhadores a mobilização que vai impulsionar as mudanças necessárias para tornar esse trabalho mais saudável. Essa escuta se dá em grupos, entendidos como uma ampliação do espaço público de discussão, o que possibilita a transformação de compreensões individuais em reflexões coletivas (DEJOURS, 1995, 16).

3.4.1 Sofrimento e Prazer no trabalho do Consultório na Rua

Dejours é um psiquiatra formado em psicanálise, como tal ele fez uma leitura psicanalítica do trabalho. Seguindo o afirmado por Mendes et al (2017), para a psicodinâmica do trabalho a relação do sujeito com seu trabalho surge a partir de um confronto com o real, essa distância entre o que deveria ser (o prescrito) e o que realmente ele encontra para além das prescrições (trabalho vivo). Dejours (2007) remarca constantemente a centralidade do trabalho na vida dos sujeitos, para ele nenhum trabalho poderia ser neutro, o trabalho para ser feito precisa de engajamento, da mobilização subjetiva do trabalhador. Inconformado com a pouca relevância que Freud deu ao trabalho na sua teorização acerca da sublimação, Dejours (2007) criou o conceito de mobilização subjetiva, a partir do conceito de sublimação freudiana, para se aproximar do que acontece nessa relação especial entre um sujeito e seu trabalho, para a qual, muitas vezes, não alcançam as palavras. No presente tópico busca-se trazer os principais conceitos da psicodinâmica do trabalho a partir do conceito de mobilização subjetiva e os diferentes níveis de sublimação que o autor propõe na relação sujeito e trabalho. Para isso, é preciso tecer algumas considerações mais relevantes acerca desse conceito na obra freudiana.

A sublimação foi um conceito importante na metapsicologia freudiana, que continuou sendo investigada por Freud até o final da sua vida. Diferente de outros conceitos metapsicológicos, não lhe foi dedicado um texto específico, mas é tocado em diferentes momentos da sua obra.

Brito e Torezan (2012) seguem a construção, ainda inacabada, do conceito de sublimação e das diferentes problemáticas que esse conceito foi gerando ao longo da obra freudiana. Assim, situam cronologicamente o ano de 1897 como a primeira aparição desse conceito numa carta de Freud a Fliess. Segundo esses autores, essa carta pertence a uma etapa que pode ser considerada “pré-psicanalítica”, dando assim a noção de como esse conceito acompanhou Freud ao longo de toda sua vida. Na carta 61 a Fliess (2013[1895]), a sublimação não se diferencia do recalque, é ligada a uma defesa da sexualidade, e sua função é esquecer lembranças dolorosas. Apenas no texto de 1910, “Uma lembrança infantil de Leonardo Da Vinci”, Freud (2013 [1910]) aprofunda a reflexão sobre o processo sublimatório e começa a diferenciar o processo sublimatório do recalque. A teorização proposta por Freud neste estudo fundamenta-se na hipótese de que a curiosidade infantil sobre a sexualidade é transformada em busca por conhecimento, em pulsão de saber. Freud considera que a libido permanece sendo a

energia em questão, sublimada desde o começo, ou seja, independente do recalque. Assim recalque e sublimação são mecanismos distintos.

No texto “Pulsões e seus destinos”, de 1915, Freud define a pulsão como um conceito fronteira entre o psíquico e o somático, como um representante psíquico dos estímulos originados no corpo. Constrói esse conceito para falar das especificidades da sexualidade humana que, diferente dos animais, regidos pelo instinto, não conhece um caminho único para satisfação do desejo. Essa diferença faz com que o desejo dos seres humanos nunca se encontre plenamente satisfeito (FREUD, 2011 [1915]).

A sublimação promove a satisfação pulsional do sexual através de alvo e objeto não sexuais. Com estes argumentos, a sublimação, além de defesa contra o sexual, também é via de satisfação pulsional. Já no texto, “Introdução ao narcisismo” (FREUD, 2010 [1914]), esboça uma definição mais detalhada da sublimação, que permite a apreensão de uma das condições necessárias para que se dê a sublimação: a retirada do investimento libidinal do objeto sexual pelo eu, retornando tal investimento sobre si mesmo e, mais tarde, reorientando-o para novas metas e objeto não sexuais.

Na leitura desse texto freudiano, verificam-se quatro afirmações significativas que enriquecem e mitigam ambiguidades em relação ao conceito de sublimação. É possível encontrar: a mudança de objeto no processo sublimatório, a presença da libido e da satisfação sexual na sublimação, a intermediação do eu na efetivação da sublimação e o reconhecimento do ideal do eu como favorecedor do processo sublimatório. Havendo tal satisfação, o sexual não se ausenta da sublimação e a libido é redirecionada através do ideal do eu para novos objetos socialmente valorizados. Esse mecanismo de sublimação pode ser encontrado no prazer que decorre do trabalho, quando os sujeitos sentem orgulho e reconhecimento pelo trabalho realizado.

Em relação ao sofrimento e à sublimação, Freud, no texto “Mal-estar na Civilização”, de 1930, aborda o sofrimento, e como o ser humano é constantemente mortificado pela renúncia a uma satisfação das pulsões em virtude da vida em sociedade, conforme abaixo:

O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens. O sofrimento que provém dessa última fonte talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro. Tendemos a encará-lo como uma espécie de acréscimo gratuito, embora ele não possa ser menos faticamente inevitável do que o sofrimento oriundo de outras fontes (FREUD, 2010 [1930], p. 30).

E no mesmo texto Freud descreve as diferentes formas que os homens encontraram para paliar ou evitar esse sofrimento imposto pela sociedade. Para os infortúnios cotidianos, ele afirma que existem três medidas: derivativos poderosos, que nos fazem extrair luz de nossa desgraça; satisfações substitutivas, que a diminuem; e substâncias tóxicas, que nos tornam insensíveis a ela. Essas satisfações substitutivas são obtidas pelo mecanismo da sublimação. Assim, a sublimação aparece como uma técnica para minimizar o sofrimento.

Outra técnica para afastar o sofrimento reside no emprego dos deslocamentos de libido que nosso aparelho mental possibilita, através dos quais sua função ganha flexibilidade. A tarefa aqui consiste em reorientar os objetivos pulsionais de maneira que iludam a frustração do mundo externo. Para isso, o sujeito conta com a assistência da sublimação das pulsões. Obtém-se o máximo quando se consegue intensificar suficientemente a produção de prazer a partir das fontes do trabalho psíquico e intelectual. Quando isso acontece, o destino pouco pode fazer contra nós (FREUD, 2010 [1930]).

Uma satisfação desse tipo, como, por exemplo, a alegria do artista em criar, em dar corpo às suas fantasias, ou a do cientista em solucionar problemas ou descobrir verdades, possui uma qualidade especial que, sem dúvida, um dia poderemos caracterizar em termos metapsicológicos. Atualmente, apenas de forma figurada podemos dizer que tais satisfações parecem ‘mais refinadas e mais altas’. Contudo, sua intensidade se revela muito tênue quando comparada com a que se origina da satisfação de impulsos instintivos grosseiros e primários; ela não convulsiona o nosso ser físico. E o ponto fraco desse método reside em não ser geralmente aplicável, de uma vez que só é acessível a poucas pessoas. Pressupõe a posse de dotes e disposições especiais que, para qualquer fim prático, estão longe de serem comuns (FREUD, 2010, p.34, [1930]).

Ainda nesse texto Freud considerava os produtos da sublimação à luz da criação artística, portanto, reservada a poucos seres. No entanto, em uma nota em rodapé descreve a sublimação relacionada à atividade cotidiana dos seres humanos como é o trabalho.

[...] nenhuma outra técnica (de influência sobre o corpo e a felicidade) para a conduta da vida prende o indivíduo tão fortemente à realidade quanto a ênfase concedida ao trabalho, pois este, pelo menos, fornece-lhe um lugar seguro numa parte da realidade, na comunidade humana. A possibilidade que essa técnica oferece de deslocar uma grande quantidade de componentes libidinais, sejam eles narcísicos, agressivos ou mesmo eróticos, para o trabalho profissional, e para os relacionamentos humanos a ele vinculados, empresta-lhe um valor que de maneira alguma está em segundo plano quanto ao de que goza como algo indispensável à preservação e justificação da existência em sociedade. A atividade profissional constitui fonte de satisfação especial, se for livremente escolhida, isto é, se, por meio de sublimação, tornar possível o uso de inclinações existentes, de impulsos instintivos persistentes ou constitucionalmente reforçados. No entanto, como caminho para a felicidade, o trabalho não é altamente prezado pelo homem. As pessoas não se esforçam em direção a ele como o fazem em relação a outras possibilidades de satisfação. A grande

maioria das pessoas só trabalha sob a pressão da necessidade, e essa natural aversão humana ao trabalho suscita problemas sociais extremamente difíceis (FREUD, 2010, p. 99, [1930]).

Pela leitura dessa passagem fica evidente que o trabalho só pode ser o principal elo do sujeito com a realidade, na medida em que implica o deslocamento e utilização de uma grande quantidade de libido, sem esse deslocamento da libido não há trabalho possível.

A sublimação das pulsões atuaria em dois níveis para minimizar o sofrimento: por um lado é um mecanismo diferente do recalque e da produção de sintomas; e por outro possibilita os laços sociais pela sublimação das pulsões sexuais e agressivas dos seres humanos.

Para Freud, a cultura se erige em virtude das pulsões sublimadas dos sujeitos. As pulsões sexuais e agressivas dos seres humanos deverão ser recalçadas e sublimadas para possibilitar a vida em sociedade, e as obras da cultura foram construídas a partir desse desvio da pulsão sexual. A vida humana em comum só se torna possível quando se reúne uma maioria mais forte do que qualquer indivíduo isolado e que permanece unida contra todos os indivíduos isolados. O poder dessa comunidade é então estabelecido como ‘direito’, em oposição ao poder do indivíduo, condenado como ‘força bruta’ (FREUD, 2010 [1930]).

A essência da comunidade radica na renúncia dos seres humanos a satisfazer suas pulsões em benefício do contrato social. A primeira exigência da civilização, portanto, é a da justiça, ou seja, a garantia de que uma lei, uma vez criada, não será violada em favor de um indivíduo. O desenvolvimento da civilização impõe restrições a ela, e a justiça exige que ninguém fuja a essas restrições. As pulsões sexuais e agressivas deverão ser sublimadas em favor do convívio.

Dejours (2012) questiona a pouca importância, outorgada por Freud, ao papel da sublimação no trabalho cotidiano, reservando a sublimação apenas para pessoas excepcionais ou para o trabalho artístico ou científico. Para Dejours, pelo contrário, o trabalho cotidiano, cumpre um papel decisivo na saúde mental. Segundo ele “trabalhar não é apenas produzir, mas ainda transformar-se a si próprio e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade de provar-se a si mesma, de realizar-se” (Dejours, 2012, p. 34)

A partir do conceito de sublimação construído por Freud, Dejours cria a ideia de mobilização subjetiva para afirmar que o trabalho é uma forma sublimada de obter satisfação. A mobilização subjetiva é um processo intersubjetivo, suscitado pela experiência de trabalho, que permite ao trabalhador transformar o sofrimento em prazer resgatando o sentido do trabalho. Para Dejours existem três modos de transformar o sofrimento em prazer, relacionados

com diferentes níveis da sublimação, sendo eles: *inteligência prática, mecanismos de cooperação e dinâmica de reconhecimento*.

Inteligência prática, criativa ou astuciosa.

Nesse primeiro nível, Dejours (2017) descreve que o trabalho convoca e modifica a relação do sujeito consigo mesmo. Para compreender melhor esse primeiro nível, é preciso lembrar o que significa o trabalho para Dejours (2017), segundo o qual trabalhar é preencher o vazio existente entre o trabalho prescrito e o real. O trabalho prescrito são as regras, as prescrições, os protocolos, o que deveria ser o trabalho, é a tarefa. Pelo contrário, o trabalho real, é a atividade tal e como aparece perante os trabalhadores. Esse trabalho real requer sempre um engajamento por parte dos sujeitos, que os trabalhadores acrescentem algo de si próprios. Portanto, sem sublimação não há trabalho possível. Se os trabalhadores se limitassem a tentar cumprir o que é prescrito, o trabalho entraria em colapso, porque é a partir do acréscimo de si que o trabalho se torna vivo.

Para Dejours (2020), a experiência do trabalho real é uma experiência de fracasso que provoca sofrimento, porque o trabalho vivo é imprevisto, é aquele trabalho real no qual em dado momento as técnicas conhecidas falem, são limitadas, e o trabalhador deve encarar as dificuldades com as ferramentas que ele mesmo precisa criar. A experiência de fracasso, pelo confronto com o trabalho real, é eminentemente corporal, gera impotência e sofrimento, porém, suscita a inteligência prática ou astuciosa para poder sair do atoleiro que o trabalho vivo apresenta.

A inteligência prática ou astuciosa é um conceito chave na psicodinâmica do trabalho. É aquela inteligência intuitiva que transpassa a consciência, está fortemente enraizada no corpo, por isso é difícil para o sujeito colocá-la em palavras. É a inteligência que lhe permite, por estar engajado ao ofício, resolver as dificuldades que o imprevisto do trabalho lhe apresenta. É também uma inteligência antecipatória, que prevê um risco e o resolve.

O zelo, para Dejours (2017), se refere a essa inteligência que permite inventar soluções para dar conta do hiato entre o trabalho prescrito (tarefa) e o real do trabalho (atividade), o que constitui um enigma porque nunca se sabe o que é preciso mobilizar para que o trabalho aconteça.

Para dar conta do trabalho o sujeito precisa de um envolvimento da sua subjetividade, para poder suportar o sofrimento que o fracasso do confronto com o real suscita, tanto tempo quanto for necessário, até encontrar uma solução. Para isso é preciso uma familiarização

subjetiva e afetiva do corpo com o real do trabalho. Para definir o primeiro nível da sublimação, Dejours (2017) define que existe um modo de transformar o sofrimento em prazer que não depende, como no segundo nível, do reconhecimento do outro. Esse prazer está relacionado a si mesmo, é o maior prazer que alguém pode obter do trabalho, é a transformação do vínculo entre si e o mundo.

Dejours (2008) afirma que a partir da mobilização da inteligência prática o próprio corpo se transforma. Um carpinteiro talvez não tenha consciência de como descobre a qualidade de uma madeira pela carícia, nem um psicólogo da disposição do seu corpo na escuta atenta de um paciente em crise numa emergência, ou uma enfermeira quando percebe o desconforto de um paciente sem que ele fale ou esteja escrito no protocolo. É essa transformação de si que o sujeito acrescenta ao trabalho que lhe produz prazer. Ela está presente tanto no trabalho manual, como no trabalho intelectual, na forma de concatenação astuciosa de ideias. É uma inteligência criadora, subversiva, no sentido de que sabe o que fazer com os imprevistos que o trabalho real apresenta continuamente. Uma última e fundamental característica da inteligência criadora é que ela está presente em todos os sujeitos, arraigada nas suas formas de trabalho. Para Dejours (2004), o trabalho nasce na forma com que os trabalhadores preenchem essa lacuna. O autor utiliza a metáfora do iceberg, o que está acima e é visível, é o trabalho prescrito, o que está embaixo, invisível é aquilo que o trabalhador acrescenta de si, que transforma o trabalho prescrito em trabalho real, o que ele chama de inteligência prática (DEJOURS, 2004). Em consequência, quando o trabalhador se encontra impedido de colocar no trabalho o que mais tem de si, aparece o sofrimento patogênico, um sofrimento sem saída.

De onde surge essa inteligência criativa que é colocada no trabalho? Donald Winnicott parte do pressuposto de que todo ser humano carrega consigo uma capacidade inata para viver experiências criativas, essa capacidade está relacionada com a possibilidade de experimentar a vida. Para Winnicott (2005 [1975]) é através da experiência da criatividade que o ser humano toma contato com seu eu, utiliza sua personalidade integral e sente que a vida é digna de ser vivida (MIRANDA, 2013).

Winnicott pensa que a criatividade se plasma em um todo colorido de atitudes em relação à realidade e não na concretização bem-sucedida de obras de arte, em uma clara diferença do conceito de sublimação de Freud, para quem a sublimação estava destinada a alguns indivíduos e se relacionava a obras sublimes. No pensamento freudiano a criatividade é uma forma de defesa associada à sublimação, podendo ser classificada como indestrutível já

que o indivíduo sempre precisará dela para dar outro destino às forças psíquicas traumáticas provocadas pelo ambiente (MIRANDA, 2013).

Se em Freud a criatividade é indestrutível, porque parte de uma força pulsional constante, para Winnicott ela é extremamente precária, pois depende da mãe no começo da vida e, posteriormente, de uma rede confiável. Winnicott define a criatividade como primária, inata, que não é estruturada como defesa, nasce com a ilusão que tem o bebê de criar o mundo circundante, que a mãe lhe apresenta paulatinamente. Portanto, no início e no percurso da vida, o sujeito não consegue experimentar a criatividade se não tiver uma ancoragem em relações confiáveis, que suportem suas criações e seu modo singular de apreender a realidade. Um modo próprio que é resultado da relação do sujeito com o mundo e com os outros.

A criação exige movimentos de contato entre mundo interno e externo, singular e coletivo e entre passado e futuro. Para Joel Birman (2003) o ponto no qual os conceitos de sublimação de Freud e de criatividade de Winnicott se encontram, é nesse espaço interno e externo habitado pelo sujeito, que Winnicott chamará de transicional, que lhe serve para criar bens culturais.

A criatividade não é uma criação solipsista e original do ser humano, ela se apoia nas construções que a civilização já edificou. Segundo Winnicott (2005 [1975]) nossa tarefa de aceitação da realidade nunca é inteiramente concluída; precisamos relacionar, continuamente, realidade interna e externa, o que é possível pela produção de bens culturais. Para Miranda (2013) o trabalho é um modo de produzir bens culturais de juntar realidade interna e externa. Sem a criatividade, sem poder colocar algo de si, o sujeito acaba por ter uma relação de submissão com a realidade, de adaptação ou acatamento silencioso das regras no trabalho. A submissão traz consigo o sentimento de inutilidade, de não ter nada valioso para aportar de si. O profissional que não pode desenvolver sua criatividade singular no cotidiano do trabalho, apenas cumprirá funções burocráticas, estabelecendo relações de indiferença com pacientes e colegas, e sem poder elaborar o imprevisto perante o qual tem poucas ferramentas que não sejam passar ao ato (MIRANDA, 2013).

A dimensão criativa do trabalho tem um papel fundamental para a construção de sentidos da prática cotidiana, construção de relações empáticas entre profissionais e pacientes, para reconhecer o espaço de trabalho como um lugar de realização de prazer para além do inevitável sofrimento que o compõe (MIRANDA, 2013).

Para Miranda (2013) é na experimentação da espontaneidade, na expressão criativa no trabalho que podem se desenvolver as marcas singulares de cada sujeito, marcas que desejam ser reconhecidas e legitimadas. Através das ações criativas, o profissional de saúde pode sentir que a clínica do cuidado que ele exerce vale a pena, mesmo com todo o sofrimento que o trabalho envolve.

Tem que existir uma confiança nos colegas e no ambiente de trabalho, a capacidade de ambos oferecerem suporte e reconhecimento para que o trabalhador possa responder criativamente aos imprevistos no trabalho. Miranda (2013) lembra que o sujeito criativo também está perpassado pelo ódio e pela destrutividade. O que se sublima, como bem afirmava Freud, em favor da civilização são as pulsões egoístas, sexuais e agressivas dos seres humanos, em prol da comunidade. Para Winnicott, criatividade e agressividade caminham juntas, a agressividade certifica que existe um mundo externo àquele que cria, sem esse mundo externo a criatividade não pode se desenvolver, sem a criatividade o sujeito se resigna e se submete ao mundo.

Para revelar a importância, o ganho subjetivo que tem para o sujeito um trabalho bem-feito, vale resgatar um conceito central da psicodinâmica do trabalho como é a centralidade do trabalho. A relação do sujeito com seu trabalho nunca é neutra, pelo contrário o trabalho sempre tem efeitos sobre a subjetividade do trabalhador, pode gerar o pior, como é o caso do sofrimento patogênico. Uma organização de trabalho muito rígida que impede que os sujeitos coloquem algo de si, produz sofrimento patogênico. Como será abordado em seguida, a quebra de laços entre colegas também provoca sofrimento nos trabalhadores na forma de solidão e desamparo.

Mecanismos de cooperação

Richard Sennett (2012), ao estudar os rituais, os prazeres e as políticas da cooperação na obra Juntos, sustenta que todos os animais sociais trabalham em equipe e colaboram uns com os outros para sobreviver. Como Freud, Sennett atribui a cooperação entre os seres humanos à necessidade e à luta pela sobrevivência. Reconhece a existência de um equilíbrio frágil entre cooperação e competição nas trocas humanas e afirma que a competição pode fortalecer a cooperação ou levar à violência.

Dejours (2013) indica que os trabalhadores precisam estar enlaçados socialmente para produzir, e esse processo envolve laços libidinais. Um traço afetivo precisa ligar os coletivos

de trabalho. Sem esse afeto que dá sentido, a tendência é de desagregação dos coletivos e de acirramento do individualismo.

Eugene Enríquez (1994) retoma o postulado freudiano da criação dos grupos em Psicologia das massas e análise do eu, e postula que os sujeitos desejam ser reconhecidos como integrantes daquele grupo, mas para que isso aconteça é preciso que eles coloquem o mesmo objeto no lugar do ideal do eu e estabeleçam laços libidinais sublimados entre si. A convivência de equipes de trabalho, colaborativas e cooperativas, inclui brigas e disputas, não se trata de um espaço harmônico nem pacífico, mas as equipes precisam de certa sustentação organizacional para que a agressividade de seus membros possa ser experimentada e utilizada em processos de reconhecimento do outro e de si. Sem o desenvolvimento dessa agressividade não é possível a criatividade.

Tanto para Winnicott como para Freud existe uma coexistência entre amor e ódio, entre destruição e reparação. O trabalho pode ser um mecanismo essencial para que os sujeitos possam fazer esse processo de reparação, consigam suportar a culpa que acompanha a ambivalência e desenvolvam o reconhecimento do outro.

É preciso ter espaços nas organizações para que as vivências subjetivas e intersubjetivas da equipe possam ser elaboradas. São exemplos desses espaços: supervisões clínicas, grupos de trabalho, colegiados de gestão, oficinas de planejamento, equipes de referência, atendimento conjunto. A criatividade no trabalho não surge por geração espontânea, precisa de dispositivos que a facilitem e sustentem (MIRANDA, 2013).

Assim, como o cuidado dos trabalhadores para com a população em situação de rua consiste, num primeiro momento, em desnaturalizar essa dor e se oferecer como referente para auxiliar no sofrimento, os trabalhadores também precisam compartilhar esse sofrimento para poder transformá-lo. Uma das formas que Dejours (2014) afirma que pode transformar o sofrimento em prazer é mediante a cooperação entre trabalhadores, fato que se vê impedido pela falta de laços entre eles. Uma dor que não se fala, que permanece invisível, às vezes para o próprio trabalhador, vai corroendo a existência subjetiva e os laços com os outros (DEJOURS, 2014).

Certa vez Freud foi consultado sobre o propósito da terapia analítica, e afirmou que ela consiste em devolver ao sujeito sua capacidade de amar e trabalhar. Dejours, seguindo essa afirmação, postula que existem duas vias para a construção de nossa identidade, uma delas é o erotismo e a vida amorosa, outra é a via do campo social representada pelo trabalho.

Se o primeiro nível da sublimação, para Dejours (2017), se refere à relação do sujeito consigo mesmo, o segundo nível está em relação aos laços que se estabelecem no trabalho. O trabalho sempre se relaciona aos outros, ainda que a atividade possa parecer solitária.

No nível da gestão também existe uma discrepância entre trabalho prescrito e trabalho real, o trabalho prescrito aparece como o que conhecemos como a coordenação, se refere a como as relações deveriam ser: regras, normas, funções de cada um, e divisão de tarefas e hierarquias. O trabalho real é a cooperação, como esse trabalho coletivo se dá na realidade, é o lugar do exercício de poder e dos reajustes conveniados no interior de um coletivo, através da criação e deliberação de regras práticas. Trabalhar não é somente produzir, é também viver junto. Tal atividade de construção coletiva de regras é denominada por Dejours de “atividade deôntica”.

Essa deliberação não é sem conflitos, em princípio porque devem conciliar-se as inteligências singulares, existe uma renúncia por parte de cada sujeito, como no pacto da horda primitiva entre os irmãos que Freud descreve em Totem e Tabu (2010 [1913]), a impor ou exercer o poder absoluto em virtude do trabalho coletivo. Também, cada trabalhador deve se mostrar, se expor, revelar os truques criados pela sua inteligência, isso somente é possível em um espaço de confiança e acolhimento.

Dejours (2013) se preocupa em definir que esse coletivo é uma construção, não é um grupo determinado pela gestão, mas sim a partir desse estabelecimento, e essa discussão de regras constante, para o que é preciso que os trabalhadores contem com espaços de deliberação. Dejours (2017) debate amplamente como as novas formas de gestão atentam contra a saúde mental dos trabalhadores e como os métodos que as fundamentam provocam adoecimento neles. Os pilares da gestão atual são: a avaliação individual pelo rendimento, a qualidade total e a precarização do trabalho. A avaliação individual do rendimento coloca os trabalhadores numa permanente concorrência com os outros, os colegas passam a ser rivais; com a precarização como pano de fundo predomina a lógica do “é ele ou eu” na permanência do trabalho. O resultado são vínculos fragilizados, ausência de coletivo, o que desemboca na prevalência das patologias da solidão no trabalho. Essa exacerbação da concorrência individual está a favor da precarização laboral, destrói as possibilidades de consolidação de um coletivo de trabalho que proteja os sujeitos.

Os espaços de deliberação, tão importantes para a construção do coletivo, são desqualificados pela nova forma de gestão, considerados como perdas de tempo e improdutivos,

os próprios sujeitos são descartados quando não podem cumprir com a demanda. No lugar da cooperação aparece a coordenação, os laços se empobrecem como meros intercâmbios burocráticos de informações, a proteção do vínculo entre pares some e aparece a crueldade do “salve-se quem puder”. Perde-se o sentimento de pertencimento a uma equipe, a um trabalho conjunto que excede os sujeitos envolvidos, o sujeito fica exposto à solidão e à desconfiança.

Outra consequência que as novas formas de gestão tem sobre os trabalhadores é o sofrimento ético. Dejours (2007) chama “sofrimento ético” a um tipo de sofrimento provocado quando o sujeito deve realizar um trabalho do qual discorda o que se encontra em contraposição com seus valores éticos. O fato de não poder oferecer um trabalho de qualidade por razões externas a ela provoca esse tipo de sofrimento.

Dinâmica de reconhecimento

Para Dejours (1992), uma das formas que o trabalhador transforma o sofrimento em prazer se dá através da dinâmica do reconhecimento, que tem a ver com as contribuições singulares dos trabalhadores, que vão além das prescrições, inscrevem suas práticas numa rede de sentidos na qual se forjam suas identidades de trabalhadores.

O reconhecimento por parte da gestão, dos colegas ou dos usuários, faz com que os trabalhadores sintam que sua prática é algo valioso, que faz sentido para os outros e para si mesmos. A falta de sentido no trabalho produzido pela falta de contribuição ou de reconhecimento pode desencadear doenças físicas ou psíquicas (FONSECA, 2014).

Para Dejours (2004), o reconhecimento no trabalho tem duas dimensões: uma é a dimensão que refere à contribuição que o trabalhador faz à organização do trabalho (dimensão da constatação). Outra diz respeito à dimensão da gratidão que o trabalhador recebe por essa contribuição.

O reconhecimento revela o caráter de valorização social da sublimação, o reconhecimento é pelo trabalho realizado. Esse autor diferencia dois tipos de julgamento: o de utilidade e o de beleza. O julgamento de utilidade é proferido pela gestão ou pela chefia também pelos próprios usuários, se refere a eficiência e utilidade na realização do trabalho; o julgamento de beleza, diz respeito a qualidade do trabalho, é proferido pelos próprios colegas, por isso é mais importante para os trabalhadores já que parte dos colegas que conhece as dificuldades para que o trabalho aconteça e valoriza o aspecto criativo desse trabalho. A ausência do reconhecimento em ambas as dimensões provoca sofrimento (DEJOURS, 2004).

Esse reconhecimento recai sobre o saber fazer, isto é, sobre o aporte singular de cada trabalhador, o que tem consequências na identidade, já que o trabalho cumpre um importante papel na identidade dos sujeitos. Além desse papel intrassubjetivo, o reconhecimento atua como um amalgama nas relações intersubjetivas, portanto, promove as relações de cooperação. É a partir desses três mecanismos interligados que, segundo Dejours, o sofrimento se transforma em prazer: dinâmica do reconhecimento, mecanismos de cooperação e inteligência prática.

Assim como o sofrimento patogênico aparecia quando a via da inteligência astuciosa era impedida de se desenvolver, quando não aparece esse reconhecimento, enquanto retribuição simbólica pelo trabalho se produz uma profunda desvalorização nos sujeitos e a atividade perde sentido. Como visto anteriormente, o trabalho está relacionado com a identidade, mas quando não é valorizado, o sujeito não se sente reconhecido nem valorizado, sente-se invisível. No caso dos trabalhadores de Consultório na Rua essa invisibilidade é sentida como a da população que cuidam.

Um trabalho sem regras afundaria os trabalhadores e os pacientes na imprevisibilidade da inconstância, sobretudo seria traumatizante para as pessoas em situação de rua que já vivenciam o desamparo da imprevisibilidade. Porém, em um trabalho principalmente protocolar, regrado, mecânico, sem dar lugar a subjetividade do usuário e do profissional, tornaria impossível o exercício do cuidado, já que o cuidado apela ao singular de cada sujeito.

Estratégias coletivas de defesa

Como vimos anteriormente, a Psicodinâmica do Trabalho nasceu quando Dejours, a partir dos achados nas pesquisas que realizou com trabalhadores, mudou o foco e passou a buscar as causas do sofrimento no trabalho e a se questionar sobre a normalidade. A normalidade concebida por Dejours (1992) é um certo equilíbrio psíquico mantido pelos trabalhadores no seu confronto com o sofrimento no trabalho. Passou, então, a se perguntar como é que os trabalhadores não se descompensam nesse confronto. Deparou-se com a resposta de que os trabalhadores fazem uso de estratégias, tanto individuais como coletivas, para manter esse equilíbrio psíquico e não sucumbir.

No livro a “Loucura do trabalho”, Dejours (1992) refere que em todos os trabalhos está presente o medo, inclusive nos trabalhos repetitivos ou de escritório, nos quais, aparentemente não há risco. Ele diferencia a angústia inconsciente da qual trata a psicanálise, suscitada por um conflito intrapsíquico, do medo desencadeado por um perigo real. A partir do estudo dos operários da construção, Dejours (1992) teoriza que o medo está presente ainda quando os trabalhadores não se encontram frente a um risco e, nesse caso, o medo aparece como risco

residual, que é um pressentimento constante frente a um perigo. O risco aparece primordialmente como risco ao corpo, pouco se faz menção aos riscos psíquicos desse medo. Contudo, um perigo real que se apresenta como antecipação do risco gera ansiedade. Contra esse medo os trabalhadores elaboram estratégias defensivas específicas, quando essas defesas são eficazes, não se encontram traços de medo no discurso dos trabalhadores. Essas estratégias são necessárias porque com uma constante percepção do perigo, o trabalho não seria possível, porém, essas estratégias não modificam a realidade, elas são uma negação do medo.

Para Pascale Molinier (2013), as estratégias coletivas de defesa constituem a descoberta mais importante e original da psicodinâmica do trabalho. Desde a psicanálise encontramos defesas individuais para se proteger e fugir do sofrimento, além disso a inadequação dessas defesas inconscientes são o que aparece como sintoma na clínica. A partir das pesquisas da psicodinâmica foram vislumbradas, além dessas defesas individuais, estratégias coletivas de defesa, isto é, estratégias criadas e mantidas pelo próprio coletivo de trabalhadores, para se defender de um perigo ou um sofrimento no trabalho.

O destaque dessas defesas é que são coletivas criadas e mantidas pelo grupo e que estão imbuídas das condições específicas dessa organização do trabalho, e do que causa sofrimento. Os trabalhadores evitam o perigo ou o sofrimento que o trabalho apresenta por meio dessas estratégias, sem modificar a situação de perigo ou de sofrimento real, senão apenas sua percepção. Trata-se, nas palavras de Molinier (2013), de uma tentativa de domínio da situação de perigo, portanto, as estratégias dependem da construção de um universo simbólico comum e são organizadas a partir de crenças, atitudes que tem por objetivo a redução da percepção do sofrimento no trabalho, operam como uma negação coletiva.

As estratégias são necessárias para a saúde mental, mas impedem que as condições que concorrem para gerar o sofrimento possam ser transformadas. As principais características que Molinier (2013) destaca das estratégias coletivas de defesa são as seguintes:

- São intencionais, embora não sejam conscientes;
- Não modificam os riscos;
- Atuam na dimensão do domínio simbólico do perigo;
- Constituem um sistema de atitudes e condutas que somente tem sentido dentro dele.

Os primeiros grupos pesquisados por Dejours (1992) foram de trabalhadores homens, operários da construção. Nesses grupos foram diferenciadas algumas características próprias como: ideologia da virilidade, obediência estrita às provas de coragem, proibição na evocação

de determinados temas. A ideologia da virilidade encontra nesses trabalhadores, se baseia na crença na invulnerabilidade masculina, essas provas de coragem, também são exigência para pertencer ao grupo, pois esconder a vulnerabilidade é ser digno do pertencimento. Quem não dá provas dessa virilidade constante, é perseguido e humilhado.

Dejours (1992) percebeu essas condutas, das quais os próprios trabalhadores pouco sabem, mediante a análise das chamadas condutas insólitas, aqueles atos que em um primeiro olhar poderiam parecer absurdas, desprovidas de sentido e próprias da irresponsabilidade ou selvageria dos trabalhadores, para o pesquisador significavam algo. A partir dessa análise, tais condutas tornaram-se compreensíveis na luta contra o sofrimento no trabalho. Todo trabalho implica um perigo, as vezes físico, outras vezes psíquico, isso suscita medo, tanto o médico que tem medo de errar numa cirurgia, o trabalhador que teme cair de um andaime, o motorista de caminhão que teme ter um acidente, o medo de ser demitido nos cargos de gestão. Para realizar o trabalho o medo deve ser suprimido, caso contrário o corpo, lugar onde se sente o medo, desmorona. Alguém com medo não é confiável nem para si nem para os outros. As estratégias por serem coletivas exigem ser compartilhadas por todo o grupo o tempo todo, se alguém sucumbe ao medo, torna-se um recordatório ao outro do seu próprio medo, como um jogo de dominó em que uma peça pode arrastar todas as demais.

Molinier (2013) lembra a fragilidade das estratégias de defesa, que buscam evitar que o medo apareça, por exemplo, com competições de provas absurdas de virilidade, e deboche para com os que se mostram fracos. Tais brincadeiras perigosas servem como uma reviravolta contra o medo, deixando de temer ser vítimas de um acidente e passando a não respeitar as medidas de segurança e a brincar com o risco, desenhando uma falsa sensação de controle. Essas brincadeiras constroem a ilusão de que são eles que inventam o risco e que não estão realmente expostos a uma fatalidade. A negação coletiva da realidade necessita se alimentar de representações simbólicas.

Em seu pensamento destaca, inclusive, que a virilização exacerbada e heroicização do trabalhador podem se converter num eufemismo da sua exploração ou na sua dissimulação. Tais condutas para se proteger de um perigo são promovidas e sustentadas por um determinado imaginário social, constituído de imagens, de slogans, de frases ouvidas e incorporadas sem ser mediadas pela reflexão, as imagens que o constituem são coletivas, legadas pela tradição, é uma captura do imaginário. O autor sublinha também que as estratégias coletivas de defesa podem se radicalizar, caso não haja espaços de deliberação nos quais os trabalhadores possam falar

sobre sua relação com o trabalho, em ideologias defensivas de ofício, conceito que Dejours (1992) definiu como a estratégia adotada quando já não há melhora possível na organização do trabalho, quando as ideologias têm como objetivo manter as estratégias defensivas em si, tornando-as imodificáveis. Diferente das estratégias defensivas que surgem para evitar o sofrimento, embora o sofrimento possa ser transferido às próprias estratégias e aparecer quando essas são impedidas de realização.

Dejours (1992) teoriza que o sofrimento do trabalho, além de aparecer como medo, pode aparecer como ansiedade ou tensão nervosa. O autor descreve três tipos de ansiedade que provêm do trabalho:

- 1- Ansiedade relativa à degradação do funcionamento mental e do equilíbrio psicoafetivo. Risco de alteração do funcionamento mental e degradação da relação com colegas ou vínculos fora do trabalho.
- 2- Ansiedade relativa à degradação do organismo, o chamado risco residual, que ameaça a saúde física.
- 3- Ansiedade por medo de ser demitido.

Outra descoberta importante de Dejours é como a organização do trabalho aproveita esses mecanismos defensivos individuais ou coletivos para aumentar a produção. Para ilustrar, cita o caso das telefonistas, que não podem descarregar a agressão já que são permanentemente monitoradas. Então, como mecanismo de defesa da ansiedade esse coletivo de trabalho busca acelerar o processo de atendimento, defesa que redundava no aumento da produtividade, o que é proveitoso para a empresa. Diante do sofrimento, a defesa estrutura-se inicialmente, portanto, como defesa de proteção; depois, passa a ser adaptativa e, por fim, é explorada (Dejours, 2004).

Assim, ao buscar a proteção, as estratégias defensivas podem anular a capacidade de transformação dos sujeitos, o que acabaria por proteger as organizações de questionamentos e reclamações sobre condições de trabalho dignas. No caso da saúde, Ferrer (2007) realizou pesquisa com trabalhadores de Caps. Descobriu que eles se ancoravam na incompreensão e solidão às quais os outros trabalhadores e a gestão da rede os relegavam, segundo suas palavras, numa ideologia militante. Deviam trabalhar mais em condições precárias para manter o serviço, e para que não feche as portas. Essa ideologia os defende do sofrimento ético que produz não trabalhar segundo seus próprios valores pelas condições de precarização do trabalho, porém tende a ser aproveitada pela organização do trabalho para não melhorar essas condições e subsume os trabalhadores num dilema ético. As estratégias coletivas de defesa são diferentes

da elaboração do sofrimento por parte dos trabalhadores. Elas conseguem inibir essa elaboração, já que as estratégias defensivas se configuram em ações, e para elaborar o sofrimento é preciso encarar o sofrimento de frente, analisar suas causas para poder transformar esse sofrimento (SANTIAGO, 2013).

Segundo Dejours (2017), as estratégias de defesa têm em comum a propriedade de prejudicar a simbolização do “trabalhar” efetivo, pois a denegação do sofrimento leva a um embotamento intencional, mesmo que inconsciente, da atividade de pensar e, portanto, da capacidade de simbolização. A negação da percepção da realidade traz consigo um enfraquecimento da capacidade de pensar. As defesas contra o sofrimento sempre apresentam efeitos cognitivos. Orientam o curso do pensamento, ou barram-lhe até mesmo o caminho, ao ocultarem parte substancial da realidade que não é mais colocada em pauta. Produzem distorções da comunicação ao impedir pensar naquilo que provoca sofrimento e que seria importante transformar. Acarretam uma redução da subjetividade, produzem “resistência à mudança” e podem servir para a servidão voluntária e para a reprodução da dominação.

3.4.2 Pressupostos teóricos

1. Todo trabalho implica um tipo de sofrimento que lhe é próprio gerado pela organização do trabalho;
2. O trabalho em saúde tem características que lhe são próprias;
3. O trabalho no Consultório na Rua implica em se confrontar com diferentes formas de violência que produzem sofrimento nos trabalhadores;
4. Os trabalhadores de Consultório na Rua utilizam estratégias defensivas para minimizar esse sofrimento;
5. O trabalho de Consultório na Rua produz prazer nos trabalhadores.

CAPÍTULO 2: OBJETIVOS E METODOLOGIA

Objetivo Geral

Estudar sofrimento e prazer no trabalho a partir das vivências dos profissionais dos Consultórios na Rua do Município do Rio de Janeiro.

Objetivos específicos

1. Conhecer como se desenvolve o trabalho de Consultório na Rua;
2. Conhecer o que produz sofrimento e o que produz prazer no trabalho do Consultório na Rua;
3. Investigar se o sofrimento e o prazer no trabalho repercutem no atendimento ao usuário do Consultório na Rua, e como isso acontece;
4. Identificar e analisar quais estratégias os trabalhadores do Consultório na Rua utilizam frente ao sofrimento no trabalho.

4.1 METODOLOGIA

A metodologia é o caminho do pensamento a ser seguido pelo pesquisador na sua abordagem do objeto, portanto, as escolhas metodológicas devem corresponder à necessidade de conhecimento do mesmo (MINAYO, 2001).

Pretende-se realizar uma pesquisa qualitativa, exploratória, que se desenvolverá como um estudo de casos múltiplos.

A pesquisa qualitativa preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação das relações sociais. Busca o aprofundamento de um determinado fenômeno num grupo social (SILVEIRA & CORDOVA, 2009).

Segundo a definição de Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de representações, crenças, motivações, valores e atitudes que correspondem ao espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos.

Construir o caminho que se pretende seguir consiste em definir os sujeitos que serão parte da pesquisa, as estratégias e técnicas que serão utilizadas para abordar esse objeto, e a forma com que o material coletado será analisado.

Estudo de casos múltiplos

O estudo de caso é uma modalidade de pesquisa que busca abordar um caso em profundidade, e contextualizá-lo. Nela, toma-se o caso como uma unidade de análise que é parte de um todo. Esse tipo de estudo permite o aprofundamento nos fenômenos e é útil quando se trata de problemáticas nas quais intervém uma grande variedade de fatores e ou relações (SILVEIRA & CORDOVA, 2009). Os estudos de caso mais comuns são os que têm foco numa

unidade (estudo de caso único) ou que pesquisam várias unidades simultaneamente (estudo de casos múltiplos). Para esta pesquisa foi escolhida essa segunda forma porque, como dito anteriormente, embora os Consultórios na Rua sejam parte da mesma política, eles podem ser abordados como uma unidade em si mesma, já que cada equipe enfrenta diferentes demandas e problemáticas, segundo o território, história e característica que lhe são singulares.

Os Consultórios na Rua do Município do Rio de Janeiro

Esses equipamentos surgiram por demanda de alguns setores da sociedade e de movimentos sociais formados principalmente por pessoas que estiveram em situação de rua e que se organizaram em torno da preocupação com a problemática de saúde dessa população. A criação dos Consultórios na Rua no nível Federal já foi relatada neste estudo. Contudo, de modo complementar, abordaremos neste tópico como se deu a construção destes equipamentos especificamente na cidade de Rio de Janeiro.

A região do Centro da cidade do Rio de Janeiro é tida como espaço “precursor” desta iniciativa. Em setembro de 2010, foi criado o projeto “Saúde em Movimento nas Ruas”, também denominado Estratégia de Saúde da Família para População em Situação de Rua (ESF POP RUA), que serviu como base para a construção da proposta das equipes de Consultório na Rua. A Política Nacional de Atenção Básica (2011) e as Portarias 122 e 123 de 25/1/2012 instituíram as equipes de Consultório na Rua. No ano de 2011, o município do Rio de Janeiro contava com equipes de Saúde Mental que trabalhavam no cuidado da população em situação de rua, e elas se juntaram a duas equipes básicas de Saúde da Família e iniciaram a nova proposta de trabalho com a população em situação de rua vinculada a Atenção Primária à Saúde. Assim, sua denominação passou de Consultório *de* Rua para Consultório *na* Rua, visando a atender à população de rua na perspectiva da integralidade da atenção em saúde, sendo essa integração o eixo principal de suas práticas. Também visavam à articulação intersetorial, incluindo a redução de danos, e à abordagem biopsicossocial a essa clientela. É importante esclarecer que o atendimento realizado não é exclusivo das equipes de Consultório na Rua, mas deve ser compartilhado com as demais equipes e serviços que integram a rede de atenção à saúde. Os Consultórios na Rua possibilitam o acesso dos usuários às equipes da atenção básica responsáveis pelo cuidado dessa população.

Para Trino, Machado e Rodrigues (2013), alguns conceitos são fundamentais para pensar o cuidado da população em situação de rua. Sob esta denominação se inscrevem histórias singulares que os trabalhadores do Consultório na Rua devem pesquisar para poder construir

um vínculo com cada usuário. Cada pessoa vem de uma trajetória singular e, por sua vez, cria uma forma de viver com os recursos de que dispõe. É importante conhecer essas histórias e vivências para encarar o desafio que significa construir um vínculo com essas pessoas. Outro conceito importante é o de vulnerabilidade, porque considera os riscos aos quais a população está exposta por se encontrar em situação de rua, mas, também leva em conta os recursos que esses sujeitos possuem, tendo em vista que as pessoas em situação de rua são cidadãos sujeitos de direitos e, assim, têm direito de ser atendidos e cuidados, sempre na linha de um projeto de autonomia, para evitar atitudes paternalistas e tutelares (TRINO et al, 2013).

O quadro 1 apresenta os Consultórios na Rua (CnR) do Município do Rio de Janeiro de acordo com as áreas programáticas, denominação, local onde se situa e área de abrangência.

Quadro 1: Consultórios na Rua no Município do Rio de Janeiro

CAP	Unidade	Equipe de CnR	Área de Abrangência
1.0	CMS Marcolino Candau	Centro I	Centro, Lapa, Bairro de Fátima, Cidade Nova, Praça Onze (parte)
1.0	CF Nélio de Oliveira	Centro II	Gamboa, Saúde, Santo Cristo
3.1	CF Victor Valla	Manguinhos	Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo de Alemão, Complexo da Maré, Cordovil, Ilha do Governador, Parada de Lucas, Manguinhos, Olaria, Penha, Vila da Penha, Vigário Geral, Penha Circular, Ramos
3.2	CF Anthídio Dias da Silveira	Jacarezinho	Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Camarista de Méier, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de dentro, Engenho novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Pilares, Piedade, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos, Triagem, Bairro Carioca, Tomás Coelho
3.3	CF Marcos Valadão	Acari	Acari, Fazenda Botafogo, Barros Filho, Cajueiro, Chapadão, Costa Barros, Coelho Neto, Morro União, Parque Colúmbia, Pavuna
5.1	CF Faim Pedro	Realengo	Bangu, Magalhães Bastos, Campo dos Afonsos, Deodoro, Padre Miguel, Realengo, Senador Câmara, Sulacap, Vila

			Militar, Gericinó
5.2	CMS Sávio Antunes	Antares	Paciência, Piedade, Sepetiba

(Prefeitura Rio de Janeiro, 2017).

As equipes do Consultório na Rua ficam lotadas em Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde, entretanto, o trabalho acontece prioritariamente na rua, ficando a unidade de saúde como base de apoio.

Estão conformadas segundo três modalidades diferentes, de acordo com a quantidade de profissionais.

Modalidade 1: composta por dois profissionais de nível superior e dois de nível médio.

Modalidade 2: composta por três profissionais de nível superior e três de nível médio.

Modalidade 3: composta por três profissionais de nível superior, três de nível médio e um profissional médico.

No Município do Rio de Janeiro a modalidade três predomina e as equipes contam, ou deveriam contar, com os seguintes profissionais: agente social, assistente social, articulador, auxiliar em saúde bucal, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, técnico de enfermagem, enfermeiro, médico, psicólogo e terapeuta ocupacional. No momento da pesquisa somente dois Consultórios na Rua contavam com a função de articulador, Manguinhos e Realengo. O articulador é um profissional cujas funções no CnR são: promover a educação permanente e a promoção de saúde e, principalmente, facilitar a integração dos profissionais da equipe do CnR, com outros profissionais de saúde da atenção básica e de outros dispositivos de saúde, como assim também promover as relações intersetoriais.

Dos Consultórios na Rua pesquisados (Manguinhos, Centro 1 e Acari), somente Manguinhos contava com dentista, e nenhum dos CnR contava com auxiliar administrativo (no início da pesquisa a auxiliar administrativa de Acari foi transferida e não havia sido substituída por outro trabalhador). O CnR Centro 1 tem uma gerente específica, nos dois outros CnR pesquisados não existia a função de terapeuta ocupacional.

Além dos profissionais que trabalham diretamente com a população em situação de rua, formam parte da equipe um auxiliar administrativo, duas pessoas encarregadas das tarefas de gestão e conexão com a rede, como são o gerente da área técnica dos Consultórios na Rua e o apoiador de Consultório na Rua. (Prefeitura Rio de Janeiro, 2017).

No processo de trabalho as equipes buscam auxiliar o acesso das pessoas que vivem em situação de rua à rede de serviços públicos de saúde e às ações de cidadania, como a Assistência Social, Educação, Defensoria Pública, Ministério Público, Trabalho e Renda, entre outras, com o objetivo de favorecer o cuidado integral conforme as necessidades singulares dos sujeitos. Na saúde, as ações devem ser integradas às Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde e, quando necessário, também com outros pontos de atenção, como por exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os serviços de Urgência e Emergência, segundo a necessidade do usuário, constituindo uma rede para o cuidado. Neste trabalho inclui-se a articulação intersetorial e, nesse contexto, o acesso ao sistema de abrigamento/acolhimento (quando desejado pelo usuário), além da obtenção de documentação civil e demais benefícios sociais e atividades que se façam necessários para a garantia da cidadania.

As ações das equipes dos Consultórios na Rua são voltadas para a orientação e cuidado integral à saúde, principalmente em relação às doenças crônicas transmissíveis (tuberculose, IST, HIV/AIDS, hepatites virais, sífilis, dermatoses, dentre outras) e não transmissíveis (hipertensão, diabetes, câncer, dentre outras), ao acompanhamento pré-natal e questões relacionadas à saúde mental, ao uso de álcool e outras drogas lícitas ou não. Além de realizar o acompanhamento em todas as linhas de cuidado descritas na Carteira de Serviços da Atenção Primária da SMS-RJ para crianças, adolescentes, adultos e idosos. Também desenvolvem um trabalho de matriciamento com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), compartilhando suas experiências no modo de acolher e cuidar das pessoas em situação de rua.

No município do Rio de Janeiro, fóruns permanentes como Ciclos de Debates, Seminários e Fóruns de Saúde Mental possibilitam o compartilhamento destas experiências entre profissionais que atuam em diferentes pontos da rede. Portanto, o Consultório na Rua busca ampliar a oferta de um cuidado integral à população que se encontra em situação de rua, identificando suas necessidades, buscando construir uma atenção em rede. Logo, o cuidado à saúde desta população cabe a toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Para qualificar o trabalho das equipes do Consultório na Rua e o cuidado junto à população de rua, o gestor municipal deve disponibilizar veículo para deslocamento das equipes, e viabilizar o cuidado presencial para a população de rua, consoante as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Este veículo deverá manter a identificação visual com o logotipo da Saúde, da Prefeitura do Rio de Janeiro e do Consultório na Rua, de acordo com o padrão pactuado pelo município (Prefeitura de Rio de Janeiro, 2017).

4.2 ESPAÇO E SUJEITOS DA PESQUISA

Para esta pesquisa foram escolhidos três dos sete Consultórios na Rua localizados no Município do Rio de Janeiro: **CnR Centro 1**, **CnR de Manguinhos** e **CnR de Acari**.

CnR Centro I: O centro da cidade conta com dois Consultórios, que se desdobraram no ano de 2015, a partir daquele que foi o primeiro implementado no Município no ano 2010. Apesar dessa origem comum, atualmente ambos os consultórios atravessam realidades diferentes, por esse motivo foi escolhido o Consultório na Rua Centro I situado no CMS Marcolino Candau. Esse Consultório estava situado até abril de 2021 no CMS Oswaldo Cruz. Sua escolha para fazer parte deste estudo foi devido às características da população atendida (pessoas que moram na rua para pedir ou fazer pequenos trabalhos); pela grande sobrecarga de trabalho da equipe; e pela pressão da gestão sobre os trabalhadores por estarem localizados em área geográfica de grande visibilidade.

CnR Manguinhos: O Consultório na Rua de Manguinhos está localizado em uma área que sofre não somente a violência da pobreza e da desigualdade social, mas também é um território onde ocorrem constantes operações policiais. Situa-se próximo da Fiocruz e da comunidade da Maré, e realiza um importante trabalho em rede. Por outro lado, uma das maiores problemáticas que afetam às pessoas em situação de rua do território é a do consumo de substâncias psicoativas. Os trabalhadores fazem a abordagem dessa população nas cenas de uso, por meio da estratégia de redução de danos.

CnR Acari: Trata-se de um Consultório na Rua que se encontra em uma zona bastante atingida pela violência urbana. Por se localizar em bairro afastado do centro da cidade, encontra-se mais isolado e não foi objeto de pesquisas como outros Consultórios na Rua. Possuem carro há pouco tempo, antes tinham dificuldades para se deslocar. Localizado em um dos bairros do Município com mais baixos IDH (índice de desenvolvimento humano).

Crterios de incluso/exclusão dos participantes

Foram incluídos na pesquisa todos os trabalhadores desses Consultórios, que prestam assistência direta à população em situação de rua e que se encontravam trabalhando ao momento da pesquisa. Foram excluídos os trabalhadores que, embora trabalhassem nos Consultórios na Rua estudados, não prestavam assistência direta a essa população. Por exemplo, o pessoal

vinculado à gestão. Também não foram incluídos trabalhadores que, no momento da pesquisa, se encontravam afastados de suas funções temporariamente por licença médica ou férias.

Os trabalhadores incluídos na pesquisa, foram convidados pela pesquisadora para participar, esclarecendo sua participação voluntária. Nesse contato, tanto para as entrevistas individuais como grupais, foram tomadas as medidas sanitárias para a prevenção da COVID-19 ditadas pela OMS: distanciamento de dois metros de cada pessoa, uso permanente de máscara de proteção facial (cobrindo nariz e boca), evitar levar mãos ao rosto, sobretudo aos olhos e boca, higienizar continuamente as mãos com água e sabão, e álcool gel, caso não tivesse água disponível. Não compartilhar objetos pessoais. Higiene com álcool gel das superfícies após cada entrevista. Além das medidas antes citadas, a pesquisadora adotou outros equipamentos de proteção individual.

Com base nos contatos com a Coordenação das equipes de Consultório na Rua e outros agentes (pesquisadores, apoiadores das equipes de Consultório na Rua), foi possível perceber que o sofrimento e o prazer presentes no trabalho encontram-se ligados às problemáticas do território e aos recursos que cada equipe dispunha. Embora todos os Consultórios na Rua do Município sejam do tipo três, nem todos contam com os mesmos recursos.

4.3 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

A fim de atingir os diferentes objetivos do estudo foram pensadas diferentes técnicas de coleta de dados. Assim, foram utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada individual e em grupo.

Entrevista individual semiestruturada: a entrevista é muito utilizada em pesquisa qualitativa, já que permite uma aproximação dos sujeitos e de suas vivências a partir do seu próprio discurso. Assim, essa técnica permite que cada trabalhador possa expressar suas vivências subjetivas em relação ao trabalho. É uma técnica de interação social na qual se estabelece uma relação assimétrica em que uma das partes busca obter informação e a outra relata sua experiência e sentimentos sobre um assunto determinado (GERHARDT, 2009).

Na modalidade semiestruturada, o entrevistador possui um roteiro sobre as questões principais de interesse do estudo, mas, também disponibiliza e incentiva um espaço livre para que o entrevistado possa ampliar seu parecer sobre um assunto determinado (GERHARDT, 2009).

Foram realizadas 24 entrevistas individuais semiestruturadas presenciais com os trabalhadores dos três Consultórios na Rua pesquisados, sendo 09 entrevistas no do Centro 1; 057 entrevistas no de Manguinhos; e 08 no de Acari.

O roteiro da entrevista buscou conhecer as vivências de cada trabalhador em relação ao trabalho que realiza no Consultório na Rua. As questões versaram sobre diferentes aspectos do trabalho, focando em como se sentem em relação ao mesmo, com o objetivo de identificar o sofrimento e o prazer que o trabalho produz e se existem formas de diminuir o que provoca sofrimento e de aumentar os momentos de prazer. Portanto, abrangeu o percurso do trabalhador no Consultório na Rua, as atividades que ele executa, a satisfação que sente com esse trabalho, a importância que dá ao seu trabalho, como o trabalho afeta sua saúde física e psíquica. Por considerar as relações humanas que se estabelecem no trabalho uma fonte fundamental de prazer e sofrimento, a entrevista também indagou sobre as relações que os profissionais estabelecem com o território, com a equipe, com os usuários, com a gestão e com a rede de saúde. E, finalmente, se as dificuldades que enfrenta no trabalho afetam o seu atendimento.

Os participantes foram informados sobre a pesquisa em uma reunião de apresentação antes do seu início. Foram contatados presencialmente durante o acompanhamento das práticas, e convidados para a entrevista, mas sua participação foi voluntária. As entrevistas foram realizadas em horário e local mais conveniente para os trabalhadores, buscando-se o máximo de privacidade possível, em uma sala da Clínica da Família onde as equipes atuam. Tiveram duração aproximada de uma hora e foram gravadas com o consentimento dos entrevistados.

Entrevista em grupo: o trabalho do Consultório na Rua é fundamentalmente em equipe. A maioria dos estudos que pesquisaram os Consultórios na Rua considera a equipe como essencial para o equilíbrio psíquico dos trabalhadores, que se apoiam nos colegas e são enriquecidos pelo seu reconhecimento (DEJOURS, 2017). No presente estudo foi aplicada a entrevista individual semiestruturada por considerá-la a técnica que permite que cada trabalhador possa expressar suas vivências subjetivas em relação ao trabalho. Porém, para abordar determinadas questões é preciso acessar os modos que os trabalhadores encontram coletivamente para realizar e significar seu trabalho, e o que o grupo pensa sobre o trabalho que realiza. Para investigar a mitigação do sofrimento, o prazer no trabalho, a relação com a rede e com a gestão, e a existência de estratégias coletivas de defesa foi escolhida a técnica de entrevista em grupo.

Bonfim Trad (2009) define a entrevista em grupo como uma técnica de pesquisa qualitativa que coleta informações por meio das interações grupais. O objetivo principal dessa técnica é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico a partir de um grupo de participantes selecionados. Essa técnica busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços.

Por basear-se na interação entre as pessoas para obter os dados necessários à pesquisa, a entrevista em grupo obedece a critérios previamente determinados pelo pesquisador, de acordo com os objetivos da investigação, cabendo a ele a criação de um ambiente favorável à discussão, que propicie aos participantes manifestar suas percepções e pontos de vista (BONFIM TRAD, 2009). Dessa forma, foram realizadas três entrevistas em grupo com cada equipe dos CnR estudados, envolvendo 22 pessoas, sendo 08 pessoas no CnR do Centro 1; 06 em Manguinhos; e 08 no CnR de Acari. Nem todos os trabalhadores entrevistados participaram da entrevista grupal, já que alguns se encontravam de férias. Foram aplicadas pelo pesquisador após as entrevistas individuais, tiveram a duração aproximada de 90 minutos e foram gravadas com a autorização dos participantes. As entrevistas ocorreram nas Clínicas da Família nas quais as equipes atuam usando o espaço da sala em que ocorre a reunião de equipe.

O roteiro da entrevista em grupo abordou o sofrimento e o prazer no trabalho, as relações da equipe entre si, com a gestão e com a rede de serviços de saúde e de outros setores. Também investigou a existência de estratégias coletivas de defesa para transformar o sofrimento em prazer.

Considerando que tanto a população em situação de rua, como as pessoas implicadas no cuidado dessa população encontram-se entre os grupos mais afetados pela pandemia do novo coronavírus, já que viram recrudescer não somente seus padecimentos, mas também o descaso em relação a essa população por parte do Estado. Foram incluídas perguntas sobre essa situação nas entrevistas individuais. O enfrentamento da pandemia e a proteção aos usuários impuseram modificações na organização do trabalho, portanto, consideramos importante conhecer quais foram as repercussões e como esse momento os afetou. O cronograma da pesquisa foi modificado perante as circunstâncias impostas pela crise sanitária da COVID-19.

Para a entrevista individual e grupal, foi combinado com os trabalhadores o dia e horário mais viável para eles, com o intuito de não os sobrecarregar com uma atividade extra. Essas atividades tiveram a anuência da coordenação e dos trabalhadores.

Em momentos distintos, os trabalhadores de cada um dos três CnR pesquisados foram convidados para uma reunião prévia, no local de trabalho, em um ambiente com privacidade. Durante essas reuniões foi informada a natureza da pesquisa, seus objetivos, as metodologias que seriam empregadas, e ainda o porquê de eles terem sido convidados a participar. Nessa mesma reunião foi esclarecida a forma e os objetivos da entrevista grupal, explicando para cada trabalhador que eles podiam concordar em participar da entrevista individual e não da grupal e vice-versa.

Foi esclarecido como os dados fornecidos por eles seriam utilizados, quanto a garantia do sigilo nos casos da entrevista individual e se conversou sobre isso na entrevista grupal. As formas de garantir o sigilo, o anonimato e a confidencialidade foram substituir os nomes dos participantes e identificá-los como Profissionais de Nível Superior (PNS), e Técnicos de Nível Médio (TNM). Foi oferecido algum tempo para decidirem se queriam ou não participar do estudo.

Ao concordar em participar, a entrevista individual era agendada com o trabalhador. No momento dessa entrevista a pesquisadora leu o termo de consentimento e esclareceu as dúvidas que foram explicitadas, e os participantes assinaram o TECLÉ. Cada uma das partes ficou com uma cópia assinada. É importante frisar ainda que todas as medidas sanitárias foram cumpridas.

Análise dos dados: Para o tratamento dos dados foi escolhida a análise de discurso (AD), que é de origem francesa e foi criada por Michel Pêcheux no final dos anos 1960. Florêncio Gama, et al (2016) falam de uma dupla filiação entre Jean Dubois, linguista renomado na época, e Michel Pêcheux, filósofo.

A análise de discurso tem sua origem em três teorias disruptivas do século XIX: a linguística, o marxismo e a psicanálise. Porém, não pode ser reduzida a nenhuma delas, porque as interpela e as transcende. A linguística se consolida pela não transparência da linguagem e a AD se afirma nesse postulado, segundo o qual a relação linguagem, pensamento e mundo não é unívoca. Assim, a AD busca compreender os processos de produção de sentido, já que os dizeres não são mensagens de significação unívoca. A partir do marxismo e da psicanálise a AD constrói sua concepção de sujeito, que para a AD é um sujeito escindido, susceptível do mal-entendido, um sujeito histórico, situado social e simbolicamente, constituído a partir de práticas sociais e da ideologia (ORLANDI, 2020).

A análise de discurso foi pensada para ser, ao mesmo tempo, uma intervenção científica e política consolidando uma teoria do discurso, influenciada pelas ideias de Althusser e Foucault

relativas a dois conceitos centrais: ideologia e discurso. Portanto Pêcheux não pensa a análise de discurso apenas como um campo de estudo, mas como um meio de luta política. Na perspectiva de Pêcheux o discurso não se confunde nem com a fala, nem com a língua nem com o texto, não é transmissão de informações, também não surge do psiquismo individual, é acontecimento que articula uma atualidade a uma memória discursiva, já que todo discurso está em relação a outros discursos (FLORENCIO GAMA, et al, 2016).

Portanto, para Pêcheux a língua não é somente estrutura, é um acontecimento, já que a língua é tudo o que o sujeito diz e tudo o que se encontra envolvido nesse dizer. A língua é história, valores, afetos, conceitos, imagens. Quando um sujeito fala, o faz desde uma posição de sujeito, desde um lugar simbólico, a partir do qual produz sentidos (FREIRE, 2021).

Para Pêcheux (1997) todo discurso é a relação da língua com a ideologia que determina a posição desde a qual o sujeito fala e produz sentidos. O conceito de discurso, embora Pêcheux tenha outras divergências teóricas, é tomado de Michel Foucault, para quem os discursos são práticas de pensamento, pois aprendemos a pensar porque praticamos pensar de determinada forma durante toda a vida. Os discursos nos habitam, e falamos tentando reproduzir seus sentidos e, por sua vez, os discursos tentam invalidar os seus contrários. Para Freire (2021) a língua é uma prática social de sujeitos ideológicos que, por prática de pensamento, querem que seus sentidos prevaleçam. Claro que os discursos se transformam e produzem novos sentidos e isso se deve ao conceito de deriva. Esse aparente determinismo encontra sua potencialidade porque o sujeito do discurso do qual trata a AD é o sujeito do inconsciente. Ferrari afirma que a ideologia interpela o sujeito, via linguagem e o sujeito resiste via inconsciente. Esse sujeito do inconsciente é um sujeito clivado, que não tem controle absoluto do que diz, que luta entre o que reprime e o que volta transfigurado e aparece na fala, não está determinado a reproduzir eternamente os mesmos sentidos.

Na AD cabe ao analista, a partir de um texto, isto é, uma materialidade significativa susceptível de interpretação a partir de elementos metodológicos, circunscrever uma formação discursiva filiada a uma formação ideológica, e compreender de onde o sujeito fala e produz sentidos. A riqueza da AD está não somente nas palavras ditas, mas também nas não ditas, as escolhidas e as esquecidas, e no silêncio.

Para Freire (2021) existem dois momentos na análise de discurso: a análise em si mesma e a escrita da análise. O pesquisador se pergunta como um texto constrói sentidos sobre determinado tema, a análise surge de duas formas pela definição do interesse do analista ou

pelo surgimento do sentido durante o próprio processo da análise. No primeiro caso, o pesquisador deve se perguntar quem tem algo a dizer sobre esse tema, e o material será obtido a partir desses enunciadores que o pesquisador escolheu. Uma vez que o pesquisador tem o corpus, aparecem três perguntas que a análise irá revelando, nesse movimento em espiral entre descrição, compreensão e interpretação que o analista deverá percorrer uma e outra vez. Essas perguntas são: Qual é o eixo estruturante presente no texto? Como o texto constrói esse eixo estruturante? A que discurso pertence esse objeto discursivo que o texto apresenta?

A segunda fase que Freire (2021) descreve é a escrita da análise, onde o analista apresenta os dados obtidos e a interpretação realizada sobre esses dados.

No presente estudo os enunciadores escolhidos foram trabalhadores de três Consultórios na Rua do Município de Rio de Janeiro, de territórios diferenciados: Centro 1, Acari e Manguinhos. Os eixos estruturantes delimitados pela pesquisadora antes de iniciar a pesquisa - *Trabalho, Consultório na Rua, Sofrimento, Prazer, Estratégias coletivas de defesa* - são descritos a seguir.

Trabalho

Partimos da concepção de Dejours (1999) que afirma a centralidade do trabalho, pensamos que o trabalho incide no equilíbrio psíquico dos sujeitos e aporta ganhos para sua identidade. Os sujeitos se apropriam do trabalho quando faz sentido para eles, e quando podem colocar algo de si mesmos no labor que realizam. Dejours elabora uma definição que diferencia o trabalho prescrito, tal como deve ser feito e que pode ser impraticável, do trabalho real, ou seja, como se desenvolve na prática singular dos sujeitos. É chamado singular porque, embora seja um trabalho coletivo a forma como cada trabalhador se apropria dele é singular.

Por meio das entrevistas individuais foi indagado o que era e o que significava o trabalho no Consultório na Rua para cada um desses trabalhadores. Perguntado como chegaram ao CnR se o conheciam desde antes, que trabalho singular e coletivo desenvolviam, quais eram as dificuldades enfrentadas, e as satisfações vivenciadas, como se estabeleciam as relações entre eles como equipe, com a rede, e com os usuários, ou o que mudariam do trabalho se pudessem. E ainda, como a pandemia afetou o trabalho de cada um deles.

Para além da política, que define o trabalho prescrito, suas diretrizes, estratégias de ação e metas, esse eixo estruturante desta pesquisa se refere ao trabalho real, busca saber como a política de atenção a população em situação de rua é traduzida e se desenvolve no cotidiano, e como cada trabalhador se posiciona na sua prática e seu percurso de trabalho.

Consultório na Rua

No eixo do Consultório na Rua se indagou sobre esta política de atenção à saúde, que importância este equipamento tem para os trabalhadores, o que se espera desses trabalhadores segundo a concepção de cada um deles e quais são os obstáculos e as facilidades para a implementação da política. Subjacente a esse eixo aparece a percepção que cada trabalhador tem sobre a população em situação de rua, quem são esses sujeitos e qual consideram ser a melhor forma de cuidado para essa população. No eixo também está subjacente a concepção de saúde e de cuidado que cada um dos trabalhadores tem. Qual é, para eles, o objetivo do CnR, e que lugar este equipamento ocupa no SUS. Para Dejours (1992), o trabalho é a brecha entre trabalho prescrito e trabalho real, portanto, esses dois primeiros eixos buscam conhecer como os sujeitos se posicionam perante essa brecha.

Sufrimento

É pela distância inerente entre o trabalho prescrito e o real que, segundo Dejours, todo trabalho provoca sofrimento. Este eixo e os seguintes buscam apreender esse sofrimento e a possibilidade que os trabalhadores encontram de transformar esse sofrimento em prazer. O trabalho de cuidado implica em se confrontar com a própria vulnerabilidade e a própria história, sobretudo quando lida com uma população tão vulnerabilizada socialmente. Nesse eixo perguntamos sobre as consequências físicas e psíquicas do trabalho, e sobre as estratégias individuais e coletivas para dirimir esse sofrimento e buscar o prazer. As perguntas para esse e para o eixo seguinte, relativo ao prazer, versam sobre reconhecimento, relação com os colegas de equipe e com os usuários, sabendo que os motivos para adoecer podem ser também os mesmos que transformam o sofrimento em prazer. Enfatizamos os espaços coletivos para falar sobre esses sentimentos que o trabalho desperta.

Prazer

Dejours (1999) diferencia sutilmente formas de sofrimento presentes no trabalho. Por um lado, há o sofrimento que pode se transformar em prazer, entendido como os obstáculos cotidianos que dependem da possibilidade dos trabalhadores de exercerem sua inteligência criativa. E, por outro lado, existe o sofrimento patológico, quando esse engajamento do sujeito é impedido. Como vimos anteriormente a Psicodinâmica do trabalho surgiu quando Dejours deixou de se perguntar exclusivamente pelo sofrimento e passou a se questionar por que esses trabalhadores não adoeciam? Quais eram os elos que os faziam permanecer e encontrar satisfação no que faziam? No presente estudo, as perguntas relacionadas ao prazer focalizaram

a relação com colegas e usuários, o reconhecimento do trabalho executado. Qual é, para eles e para o coletivo, o sentido e a importância do que fazem. Finalmente, se têm possibilidade de ser ouvidos e de resolver coletivamente os obstáculos.

Estratégias coletivas de defesa

O trabalho de cuidado do Consultório na Rua é coletivo, é pensado como uma abordagem do sujeito na sua integralidade. Portanto, as equipes de CnR são multiprofissionais. Na entrevista grupal buscou-se aprofundar determinadas questões e inquietações despertadas pelo acompanhamento das equipes nas suas práticas cotidianas, que mostrou que era preciso ouvir a fala grupal, para além dos posicionamentos individuais. Para isso, buscou-se escutar as concordâncias e divergências em relação às dificuldades do trabalho, sobre o trabalho em rede, e se existia algum pacto coletivo para a superação dessas dificuldades. A entrevista grupal se propôs a ser um momento de encontro que possibilitasse o surgimento de falas coletivas nas quais poderiam aparecer novas concepções sobre o trabalho. Portanto, o objetivo principal destas entrevistas em grupo foi abordar as estratégias coletivas de defesa.

Para Dejours (1992), tais estratégias são modos inconscientes que os trabalhadores criam coletivamente para se proteger dos riscos que o trabalho apresenta. São ações ou práticas que os sujeitos levam a cabo, às vezes sem perceber, para continuar realizando seu trabalho sem que esses riscos os paralisem. No grupo foi perguntado sobre os momentos de maior satisfação, para conhecer se a equipe consegue transformar o sofrimento em prazer, de modo coletivo. A fala grupal é importante já que tanto Dejours (1992) como Antunes (1999) destacam a importância do coletivo para evitar o adoecimento. Embora o grupo possa ser um motivo de sofrimento, ele é de grande suporte psíquico, pois quando os laços sociais são enfraquecidos, aparecem novas formas de adoecimento no trabalho.

Considerações éticas: Esta pesquisa foi aprovada em 7 de setembro de 2021 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, sob o parecer número 4.956.989. O projeto foi aprovado pelo CEP da instituição coparticipante CEP/SMS, parecer 4.630.173, emitido em 05/04/2021. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, os eventuais riscos e formas de mitigá-los, sobre seu direito à confidencialidade e à privacidade, bem como de interromper a qualquer momento a entrevista sem sofrer nenhum tipo de consequência ou prejuízo. Essas e outras informações constam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE), que é um processo mediante o qual um sujeito acede a participar de uma pesquisa, conforme recomenda a orientar a Resolução nº 510/2016 a qual dispõe sobre as normas

aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nessa Resolução.

A participação na pesquisa foi negociada entre o pesquisador e cada participante. No presente estudo todos os participantes assinaram o TEACLE.

5 CAPÍTULO 3: RESULTADOS

Os dados de cada Consultório na Rua serão apresentados separadamente, iniciando com a caracterização de cada CnR, seguido por um quadro com as características dos trabalhadores, seguidos pelos resultados agrupados segundo os eixos estruturantes, descritos anteriormente, que são as enunciações relativas a esses eixos, proferidas pelos trabalhadores de cada CnR.

5.1 Consultório na Rua Centro 1

O CnR Centro 1 foi o primeiro a ser implantado na cidade de Rio de Janeiro, no ano de 2010, pela Secretaria Municipal de Saúde, no Centro Municipal de Saúde (CMS) Oswaldo Cruz. Encontra-se próximo da Praça Cruz Vermelha, zona central do município. No ano de 2012, foram promovidas mudanças na atenção à população em situação de rua, com a junção do dispositivo do CnR, com atenção focada na saúde mental e nas problemáticas de consumo de substâncias ilícitas e do programa Estratégia Saúde da Família sem domicílio, a partir do qual o Consultório

na Rua surgiu e se consolidou como política pública, passando a formar parte da política de saúde da Atenção básica.

Inicialmente, este Consultório na Rua atendia a zona centro e portuária do Rio de Janeiro. No ano de 2015, para cobrir uma população maior, se dividiu em Centro 1 e Centro 2 (ou equipe Anastácia). O Centro 1 abrange os bairros do Centro, Lapa, Fátima, Cidade Nova, parte da Praça Onze, e o Centro 2 compreende os bairros de Gamboa, Saúde e Santo Cristo. Os trabalhadores, para simplificar, descrevem sua zona de abrangência como o território que se estende desde a Avenida Presidente Vargas até o bairro da Glória, sendo que a população em situação de rua da Glória é atendida por organizações não governamentais (ONG) e pelo CMS do Catete. Estar situados em zonas tão próximas pode ser uma complicação para o entendimento dos usuários, e os trabalhadores precisam explicar para que local eles devem se dirigir para encontrá-los, caso precisem.

A zona que o CnR Centro 1 abrange uma grande população de rua que vem de outros locais para morar nas adjacências, pois o centro da cidade geralmente é um bom lugar para eles fazerem bicos, ou conseguirem mais doações e ajuda de ONG. Portanto, além da população antiga que ali ficava, esta área passou a agregar novos moradores que vieram para ela devido à crise econômica e à pandemia. Como esta região congrega muitos voluntários e ONG que os trabalhadores dos CnR desconhecem, o que pode gerar confusão com os usuários, a equipe tenta organizar e conhecer os diferentes grupos que oferecem assistência à população em situação de rua. Diferente de outras equipes, a população atendida CnR Centro 1 tem como principal problemática o consumo de álcool e não o de crack ou inalantes, e a equipe não trabalha em cenas de uso. Como os usuários se encontram na zona central da cidade, eles são alvo frequente das ações de despejo pela prefeitura, sendo expulsos da Cinelândia (praça em área histórica que reúne o teatro municipal, a biblioteca nacional e a câmara dos vereadores). Embora alguns ainda permaneçam ali, parte deles foi para a Rua Augusto Severo (em frente à Praça Paris, área não muito longe da Cinelândia).

Durante a pandemia, vários hotéis da área deram acolhimento a algumas destas pessoas, porém, os usuários tinham que sair cedo pela manhã e só voltar à noite. Uma das problemáticas da equipe é que os usuários têm uma grande demanda de atenção à saúde mental, e esta área programática não dispõe de recursos específicos para fornecer tal atendimento. Os trabalhadores se referem à AP 1.0 (Área Programática) como um vazio sanitário. Diferente do que ocorreu com o Centro 2, onde não ficou nenhum dos trabalhadores que faziam parte desse serviço no

início, segundo uma trabalhadora mais antiga da equipe, o Centro 1 ainda conta com três profissionais que atuam praticamente desde o início, duas agentes sociais e a trabalhadora social. Na época do início desta pesquisa eles estavam em processo de mudanças na equipe e do local de trabalho.

No mês de abril de 2021 a equipe mudou de CMS, saiu do Oswaldo Cruz e foi para o CMS Marcolino Candau, localizado em frente ao metrô Praça Onze. Essa mudança foi complicada para alguns usuários, sobretudo para os que moram na Praça Cruz Vermelha, já que deviam deslocar-se para um local mais distante, a fim de serem atendidos. Contudo, para a equipe a mudança foi proveitosa, porque no Centro anterior eles sentiam que tanto os pacientes como a equipe eram discriminados, ao passo que no novo CMS eles se sentem acolhidos e respeitados no seu trabalho.

No momento da pesquisa a equipe estava composta por: médica, enfermeira (houve uma transição de um enfermeiro que estava saindo e a enfermeira que começou a trabalhar no mês de junho), técnica de enfermagem, assistente social, psicóloga, e três agentes sociais.

No seguinte quadro são apresentadas as características dos trabalhadores que formavam parte da equipe no momento da pesquisa. Um dos trabalhadores que tinha saído participou da entrevista individual, mas não da entrevista grupal e não está presente no quadro.

Quadro 2: Características dos trabalhadores da equipe do Consultório na Rua Centro 1

Nome	Função	Idade	Caraterísticas	Tempo que trabalha no CnR	Conhecia o CnR
Alice	Médica	33	Fez estágio no CnR Manguinhos, pediu para trabalhar no CnR Centro 1.	2 anos	Sim
Beatrice	Enfermeira	31	Fez residência em saúde mental, trabalhava numa CF e mora com a	1 mês	Sim

			mãe e irmão.		
Caroline	Psicóloga	33	Fez residência em saúde da família.	2 anos	Não
Lorena	Agente Social	48	Casada, dois filhos, é uma das trabalhadoras mais antigas da equipe.	11 anos	Não
Mariana	Assistente Social	33	Casada, fez residência em saúde da família, estudava sobre CnR.	6 anos	Sim
Sonia	Agente Social	64	Uma filha, trabalha no CnR desde o início	11 anos	Sim
Vera	Técnica de enfermagem	51	Casada, dois filhos, é educadora.	2 anos	Sim
Vitória	Agente Social	34	Casada, um filho	3 anos	Não
Rodrigo	Enfermeiro	40	Está saindo do CnR Centro, quer trabalhar em outro CnR.	4 anos	Sim

Alice é médica em saúde da família, tem 33 anos, é de um estado do Nordeste, é solteira e reside na Zona Oeste de RJ. Conheceu o consultório na rua quando passou uma semana trabalhando no Consultório na Rua de Manguinhos e, como gostou da experiência, solicitou fazer o estágio eletivo da residência de um mês no consultório Centro 1. Ao concluir a residência pediu que a avisassem caso surgisse uma vaga. Foi convocada e faz parte da equipe desde 2019.

Atualmente é a única médica da equipe com 40 horas semanais. À época da pesquisa outro médico foi incorporado à equipe, mas após um mês foi transferido para o Centro de Atenção Psicossocial Maria do Socorro.

Beatrice é enfermeira, tem 31 anos. Entrou no lugar de um outro enfermeiro que saiu. Nessa ocasião tinha assumido a coordenação da equipe. Fez residência em saúde mental, e trabalhou na ESFA do posto de saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), situada em frente ao CSM Marcolino Candau.

Caroline é psicóloga, tem 31 anos, é solteira, e trabalha há um ano no consultório na rua. Fez residência em saúde da mulher pela UFRJ, e entrou no CnR porque havia uma vaga, mas não conhecia muito sobre esse serviço. Começou suas atividades em março de 2020, com o início da pandemia de COVID-19, época em que a maioria da equipe estava afastada por licença médica, e os trabalhadores que permaneceram estavam sobrecarregados com a carga de trabalho. Nesse momento pensou em sair, porque sentia que não estava encontrando seu lugar.

Lorena tem 48 anos, é casada e tem um filho, mora no Catete. Durante o campo desta pesquisa seu pai adoeceu de COVID-19, chegou a ir para a UTI, mas se recuperou. Trabalha há nove anos no CnR desde que os dois consultórios na rua ainda eram unificados. Atua como Agente social. Era professora e foi convocada pela gerente, mas não conhecia o trabalho do Consultório na Rua e não tinha trabalhado na área de saúde até então.

Mariana, casada, sem filhos, tem 33 anos, é trabalhadora social, e é uma das mais antigas da equipe, está há 6 anos trabalhando no Consultório na Rua. Ela fez residência em saúde da família pela UFRJ. Entretanto, se identificou com o trabalho porque gostava de lidar com essa população. Uma vez finalizada a residência, começou a participar em grupos de estudo e fez processo seletivo com o desejo de ser parte da equipe do consultório na rua.

Sônia trabalha como Agente Social há oito anos no consultório na rua, é uma das mais antigas. É professora aposentada. Sua irmã, uma das primeiras a trabalhar nos consultórios na Rua do Rio de Janeiro, sugeriu que ela se inscrevesse. Tem 64 anos, mora com a filha de 26, em São João de Meriti. Sofreu muito com a pandemia porque não podia trabalhar e gosta de estar ativa, tem algumas questões de saúde “pela idade” e, algumas vezes, quando falta medicação na farmácia, ela dá a sua para o paciente.

Vera é técnica de enfermagem, tem 51 anos, é casada, tem dois filhos e mora com eles, o marido e a mãe dela. Trabalha na estratégia saúde da família há 14 anos, durante nove anos foi agente comunitária, fez curso de técnica de enfermagem e, também, trabalhou com

educação, é professora de alfabetização. Como técnica de enfermagem entrou no Consultório na Rua há dois anos e se identificou imediatamente. Já conhecia o trabalho desse equipamento de saúde, e já tinha lidado com pessoas em situação de rua quando trabalhou em uma clínica da família na Mangueira. Seu sonho é voltar a estudar pedagogia ou enfermagem.

Vitória é agente social, tem 34 anos, é casada e tem um filho de um ano. Atua no consultório na rua há 3 anos, antes era da assistência social e não conhecia o trabalho do Consultório na Rua. Ficou desempregada, fez o processo seletivo e entrou. Pensava ficar só por um tempo até conseguir outro emprego, entretanto se identificou com o trabalho e pretende permanecer.

Rodrigo é enfermeiro, mora próximo do CnR Centro 1, no momento da pesquisa estava saindo do CnR Centro 1, por uma decisão da gestão, está buscando trabalho em outro CnR, diz que morar perto dos usuários faz que consiga estabelecer um vínculo especial.

Em relação à infraestrutura do CnR, a equipe conta com três salas pequenas para atender, sendo que uma delas é usada para acolhimento dos pacientes e tem uma entrada separada pela qual os pacientes entram diretamente e aguardam em uma sala de espera. Tem outra sala na qual os trabalhadores guardam seus pertences e se reúnem informalmente. As reuniões de trabalho da equipe são realizadas nas salas da gerência que se encontram no primeiro andar do prédio. Existe ainda um pequeno consultório onde os usuários são atendidos. À época da pesquisa o CMS estava sendo reformado, porque os trabalhadores queriam um espaço maior. O prédio já possui uma sala maior que vai ser um centro de convivência para fazer outras atividades. No momento está sendo utilizada para atender COVID-19. Também tem uma sala que utilizam para guardar as doações de roupas que, semanalmente, são colocadas em uma arara na sala de acolhimento para que os usuários possam escolher e levar as que quiserem.

O CMS Marcolino Candau tem poucas equipes da estratégia saúde da família trabalhando, e Alice também é a responsável técnica da unidade. Esse serviço está localizado em frente a um CMS maior pertencente a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) dentro do Hospital escola São Francisco de Assis. Nesse Hospital está localizada a farmácia onde os trabalhadores ou os pacientes buscam sua medicação, nele também são atendidos os casos com algum problema de saúde mais complexo. Esse CMS conta com residência multiprofissional em saúde da família, portanto, muitos residentes fazem estágio no CnR. O CnR conta com uma gerente da Clínica da Família e com uma gerente do Consultório na rua, sendo o único dos três CnR pesquisados que conta com essa função.

O fluxo dentro da unidade é o seguinte: os pacientes chegam, os que são cadastrados vêm espontaneamente, outros são encaminhados e fazem o cadastro na unidade e aguardam numa sala de espera maior, depois passam para o acolhimento com a agente social e, segundo as necessidades de atendimento, passam para fazer curativo com a técnica de enfermagem ou para consulta com médico ou enfermeiro. A psicóloga e a assistente social participam dessas consultas. A equipe não está satisfeita com a superlotação da sala de espera, pois diariamente tem que atender muitos pacientes, sobretudo às segundas-feiras. Para eles o trabalho de Consultório na Rua deve ser na rua e sentem que, ao não sair, negligenciam os pacientes que não conseguem se deslocar até a unidade.

Contudo, reconhecem que essa situação é por causa da pandemia. Reportam que no CMS anterior os pacientes não conseguiam entrar na unidade, então veem esse retorno deles como um restabelecimento do trabalho. Porém, sabem também que as vezes não conseguem sair para a rua porque não têm profissionais suficientes para se organizar. Relatam que antes se organizavam em duas equipes, uma saía para a rua todos os dias e a outra ficava, mas no momento desta pesquisa estavam com uma médica e a enfermeira começando seu trabalho ali e não podiam sair como queriam, já que a médica era muito demandada dentro da unidade e a enfermeira estava conhecendo o trabalho na unidade. Com o decorrer das semanas conseguiram se organizar e uma equipe saía diariamente para o território de manhã e outra de tarde. Para ir ao território as equipes se dividem em agente social e médica ou enfermeira, são acompanhadas por psicóloga ou assistente social. A técnica de enfermagem vai todos os dias, acompanhada por uma agente social, para fazer curativos na rua com os pacientes que não podem se deslocar até a unidade. No território a equipe realiza consultas multiprofissionais, e atendimentos tal e como são realizados dentro da unidade. Os agentes sociais são os encarregados de realizar a busca ativa, repartem a medicação, entregam as datas de SISREG (local e data na qual os pacientes devem realizar exames com especialistas). Os pacientes também têm uma rede solidária entre si e se algum paciente não se encontra quando a equipe chega, porque está trabalhando, eles avisam, recebem documentos importantes, também falam para a equipe onde se encontra alguém que sumiu, ou se a pessoa está com algum problema.

Para o trabalho no território e para trasladar pacientes que precisam chegar em outras unidades, a equipe dispõe de uma van e de um carro, que nas quartas-feiras de tarde é emprestado a unidade já que a equipe de CnR faz sua reunião de equipe semanal.

Em relação aos recursos materiais que o CnR dispõe, observou-se que, durante a pesquisa, a unidade ficou por um mês sem internet e com um computador ruim. Esse problema dificultou o trabalho, sobretudo o pedido de exames para os pacientes e o cadastro de pacientes novos. Com o intuito de não acumular tais atividades, a médica levava o trabalho de pedido de exames para casa. Em relação às condições de trabalho todos os trabalhadores são contratados por uma Organização Social (OS).

A relação com a rede de saúde é problemática, sobretudo com os hospitais que não atendem os pacientes e/ou os deixam na porta se não vão acompanhados pela equipe. Para internações ou intervenções mais complexas a equipe os acompanha.

Durante a pesquisa aconteceram algumas situações de violência com usuários do CnR dentro da unidade que mortificaram a equipe porque não sabiam como reagir. Durante o campo desta pesquisa, um paciente por duas vezes consumiu droga dentro da unidade e tentou agredir a equipe. Foi expulso pelo segurança, que não chamou a polícia porque ele ia ser maltratado. Outro episódio aconteceu quando uma paciente em crise deixou cair um tubo de oxigênio e agrediu a técnica de enfermagem. Para além desses episódios pontuais, a relação com os usuários é de muito afeto e cordialidade, tanto dos trabalhadores para com eles como dos usuários para com a equipe, que se refere a eles como cidadãos, às vezes como meninos, e eles chamam as trabalhadoras de tia. A maioria é conhecida da equipe porque estão há muitos anos no território e passaram a ir ao novo local do CnR.

Após o momento mais duro da pandemia, durante o qual a maioria da equipe ficou trabalhando online, por ser população de risco, dois profissionais foram dispensados por decisão da gerência, e isso mobilizou os demais membros da equipe que permaneceram, os motivos da demissão não foram esclarecidos para o grupo, pelo qual cada trabalhador tinha suas suposições ao respeito.

Essa saída imprevista revelou uma fragmentação na equipe, havia dois grupos, alguns dos agentes sociais se sentem pouco valorizados por não serem técnicos, e perceberam a saída do enfermeiro como uma estratégia intencional de outros profissionais. Essa tensão aumentou pela rotatividade de profissionais, um médico se incorporou a equipe, além de Alice, porém ficou dois meses apenas na função, não conheci as motivações da sua transferência.

As reuniões de equipe são realizadas todas as semanas, com os profissionais que estiverem presentes na unidade. Os trabalhadores reclamam que não há tempo para falar nas reuniões sobre o processo de trabalho deles, por causa de outras pautas, como pessoas e/ou

gestor que fala sobre o trabalho conjunto, sobre as campanhas de vacinação, dentre outras. Esses temas se estendem ocupando o tempo das reuniões e deixam pouco espaço para a equipe falar sobre suas questões e organizar o seu trabalho.

Consultório na Rua

Os trabalhadores consideram que a política que deu origem aos Consultórios na Rua é importante e necessária. Para Mariana (PNS), os CnR garantem acesso e visibilidade:

Acesso dos usuários aos serviços de saúde por causa do estigma, do preconceito, das barreiras de acesso, assim, a gente precisa enquanto equipe, sempre tentar desconstruir essas barreiras de acesso, às vezes é difícil.

A gente acaba como um mediador, de algo burocrático, mas que é superimportante. A gente tem essa função de dar visibilidade, que muitas vezes é uma escuta, é que a dor na coluna tem a ver com como ele dorme, que às vezes tem a ver com a necessidade de ampliar abrigo, moradia, eu acho que a equipe tem também esse potencial. Enquanto a gente vive numa sociedade capitalista o consultório na rua vai ser muito importante, porque a miséria, a pobreza e essa expressão, esse fenômeno da população em situação de rua tem uma função para o capital, então eu acho que sempre vai ter muita importância.

Seus depoimentos são de que essas barreiras de acesso não deveriam existir e, portanto, também não deveriam existir os CnR, conforme expressou Beatrice (PNS) ao afirmar que “(...) esse trabalho não precisasse existir, né? O ideal é que a gente pudesse ter uma estratégia de saúde da família, as clínicas, a atenção básica, que as pessoas tivessem acesso a partir do território e que a gente tivesse menos pessoas em situação de rua”.

Com o que Alice (PNS) concorda dizendo que:

[...] num cenário ideal não seria necessário a gente pensar que seria preciso construir uma equipe específica para atender determinados públicos, determinadas populações que são vulneráveis. Mas a gente sabe que a gente vive num país muito preconceituoso, muito homofóbico, muito racista, muito machista, muito em tudo. Então são pacientes que, infelizmente, sofrem muito preconceito, são muito estigmatizados, então, há uma dificuldade de acessarem o sistema de saúde. (Alice, PNS).

E acrescenta, listando o que para ela seria o objetivo do CnR: “(...) diminuir as negligências que essa população sofre, e garantir que de alguma forma esse paciente possa acessar não só o sistema de saúde, mas outros dispositivos que são importantes.”(Alice, PNS).

Nas falas dos trabalhadores se percebe uma posição política em relação a responsabilidade do Estado com essa população e o porquê de existir uma população em situação de rua. As trabalhadoras colocam que o sistema capitalista não somente exclui senão

que precisa para sua própria reprodução que exista a desigualdade social e por tanto a população em situação de rua.

E é o que eu falei (na reunião de equipe do CMS), a diferença é que a clínica da família tem as pessoas que tem endereço e número de casa e o consultório na rua aqueles que moram na calçada, mas, o trabalho oferecido, até então, pelo posto seria igual para todos, eles têm o direito ao SRG, eles têm o direito de entrar e sair a hora que querem de qualquer ambiente hospitalar só que isso não acontece. (Vera, TNM)

Esse acesso não é unicamente uma mediação, senão que é possibilitado como Rodrigo (PNS) fala a partir do vínculo:

o usuário que chega aqui à maioria das vezes não chega bem, chega triste, chega com fome, o bom atendimento também cria um vínculo para ele voltar naquele lugar porque eu fui bem atendido e nem todos os lugares o pessoal em situação de rua é bem atendido (Rodrigo, PNS).

O CnR mostra que por preconceito as pessoas em situação de rua não conseguem acessar. E esse preconceito que impede o acesso se expressa de diferentes maneiras e por parte do próprio Estado que deveria cuidar dessa população, os trabalhadores se pronunciaram contra as ações de “higienização” levadas a cabo pela prefeitura. Nesse sentido Caroline (PNS) afirma que: “essa higienização é uma ação da Guarda Municipal junto com a COMLURB e às vezes a Secretaria de Assistência Social tira as pessoas dos locais onde eles têm a referência ali na rua”

O paradoxo é que a política que foi criada para garantir acesso e officiar a mediação, pelo preconceito e pelo descaso acabou se ocupando quase exclusivamente do atendimento da população em situação de rua. E isso aparece de diferentes maneiras. Caroline (PNS) expressa a falta de articulação com a rede e a falta de serviços da AP1.0. “A gente fala que aqui tem um vazio sanitário, não tem um Caps, não tem nenhum serviço para tratamento”. As clínicas que existem continuam tratando com preconceito, Caroline coloca que o CnR deveria ser um mediador para que os pacientes sejam atendidos nas clínicas: “Ter essa mudança do papel do consultório ser mais um apoiador dos outros, e não ter que focar no atendimento”, com o que Sônia (TNM) coincide, ao afirmar que: “O CnR foi criado para que a gente pudesse estar encaminhando essas pessoas a uma clínica da família. Hoje aqui está cheio, não seria uma consulta [a mais] aqui [para] ficar cheia”.

Trabalho

Quando perguntados pelo trabalho, os trabalhadores começam se referindo à sua especificidade profissional, porém, acabam concluindo que o trabalho no CnR não pode ser restringido às atribuições específicas da profissão. Como disse Mariana (PNS): “Eu sou assistente social de formação, mas, eu acho que o trabalho aqui é muito mais do que o núcleo de formação”. E, nas palavras de Vera (TNM):

O trabalho da técnica de enfermagem em si, é tudo o que requer cuidado de procedimento, mas, aqui no consultório na rua eu não fico fixa nessa questão, eu faço os acolhimentos, eu vou com as meninas na rua a fazer visitas, eu faço abordagem junto com elas, não ficar só naquele meu quadrado. (Vera, TNM).

Se bem que alguns trabalhadores acreditam que sua formação específica os orienta para prestar atenção a determinadas questões como disse Caroline (PNS): “Outros profissionais não perguntam, a história de vida, a história deles e, a maioria deles traz uma história de muita luta, muito sofrimento, para muitas pessoas deve ser difícil tocar nesse assunto, mas acho que isso aproxima.”. Existe uma especificidade do trabalho do CnR que faz com que as singularidades devam ser deixadas de lado como disse Rodrigo (PNS): “A equipe tem que ser unida, porque se não for unida não anda, se cada um fizer só sua parte isso não dá certo”.

Essa especificidade também aparece na fala de Alice (PNS), na qual afirma que: “A diferença do CnR para as outras equipes de saúde da família é o trabalho estar desenvolvido no território, [no mais] é semelhante ao de qualquer outro médico”.

Com as falas de Beatrice (PNS) e Vera (TNM) esse “estar na rua” começa a se delinear com outros contornos mais precisos no cotidiano do trabalho. Para Beatrice o estar na rua dá ao trabalho um caráter horizontal e os pacientes se sentem mais no seu lugar. Falam de outra maneira, se expressam de outra maneira. Mas esse estar na rua também exige que o trabalho e a forma de cuidado que os trabalhadores oferecem deva ser modificada. Caroline (PNS) fala que ela não faz diferença entre os pacientes, mas acha que os pacientes do CnR têm outro tipo de demanda, e afirma que: “[...] Tem bastante demanda, eu acredito que tem bastante demanda, mas muitos não sustentam, não tem isso de vir aqui uma vez por semana, duas vezes por semana, não. São atendimentos bem pontuais, bem para esse momento.” (Caroline, PNS).

Outra opinião relevante acerca da rotina dos atendimentos no CnR considera que:

O curativo feito na rua e curativo feito aqui no ambulatório é bem diferente, até pelas condições de higiene, você faz um curativo hoje você fala “eu volto amanhã por aqui para cuidar de você” e você chega e não estão mais porque eles são ciganos cada dia estão num lugar, e no ambulatório não, eles vêm. Então tem esse comprometimento é diferente de quem está na rua, de quem vêm no ambulatório. Mas tem as pessoas na rua, tem um usuário que está na calçada da Senador Dantas, ela tem dias que aceita,

tem dias que não aceita fazer curativo, mas as condições dela em si, da pessoa em si não permitem que o curativo evolua. A gente está fazendo o que a gente chama de paliativo para não piorar, teria como melhorar, mas as condições dela de saúde mental não permitem um trabalho conclusivo, aí, fica nesse paliativo, mas é satisfatório também do mesmo jeito (Vera, TNM).

O trabalho no CnR parece exigir realmente um trabalho multiprofissional, para Lorena (TNM) “trabalhar no Consultório na Rua não tem aquela diferença de você é isso ou você é outra coisa, somos todos iguais”.

Segundo os trabalhadores, o trabalho do CnR não pode ser reduzido às incumbências profissionais, porque o cuidado que as pessoas em situação de rua precisam extrapola o restrito à saúde, eles são levados a oferecer um cuidado integral. As agentes sociais relatam que, antes da pandemia realizavam ações sociais, rodas de conversa na rua, com lanche para que as pessoas em situação de rua se sentissem convocadas, mas, que depois permaneciam ouvindo, participando, desenhando, também faziam doações de roupa. Dizem que têm o projeto de voltar com atividades coletivas dentro e fora da unidade quando a emergência sanitária permitir. Portanto, o cuidado da população em situação de rua é um cuidado ampliado.

A gente inicia um trabalho, um cuidado, um vínculo muito pela via do corpo. Esse cuidado corporal que depois acaba se desdobrando para outras coisas, aí você percebe que o cara também precisa de um atendimento, de uma escuta em saúde mental que o cara também está procurando um trabalho e aí a gente tenta articular com outros setores, as vezes o cara está sem documentação, é um trabalho de cuidado que as vezes se inicia pela via do corpo mesmo, desse cuidado em saúde assim mais reduzido e que se amplia e que acaba chegando num conceito de saúde ampliada. (Beatrice, PNS).

O que encontra eco nas palavras de Vera (TNM):

Quando eu pego para fazer eu tento fazer da melhor forma possível, o eu gostar de fazer faz muita diferença, porque eu não só faço o curativo, às vezes, eu demoro mais conversando do que fazendo o curativo, eu gosto, faz muita diferença eu gostar. (Vera, TNM).

Beatrice (PNS) conta que gostaria que esse acesso a saúde, que ela considera ser o objetivo do seu trabalho, pudesse ser ampliado a um acesso cultural, levar aos pacientes a algum passeio. Esclarece que o ideal seria que eles pudessem ir sozinhos, porém os próprios pacientes relatam que não é fácil para eles acessar espaços públicos, porque são excluídos pela polícia. Quando falam do trabalho que realizam aparece subjacente o que pensam do Consultório na Rua e das pessoas que estão em situação de rua, e deixam claras algumas contradições entre colegas de equipe. Assim, para Beatrice, a importância do trabalho que ela faz é “facilitar acesso”, ela disse se sentir incomodada com a ideia “romantizada de que faço um trabalho bonito”.

É um tom meio romântico e tem muita gente que acha que é um trabalho voluntário, que é um trabalho de caridade ou que eu sou uma pessoa melhor por isso, e aí eu digo

que não, eu tenho o meu pagamento todo mês para estar nisso, que senão eu não faria de graça. Mas o meu trabalho, ele é garantir acesso (Beatrice, PNS).

Ao contrário, outras trabalhadoras dizem que “para trabalhar no consultório na rua você tem que se entregar de corpo e alma”, o que parece estar mais próximo dessa entrega incondicional baseada numa ideologia religiosa. Para Vera (TNM) a importância do trabalho radica em ver a evolução do paciente, sem desconhecer que eles podem ajudar, porém a situação social dos pacientes continua:

É de extrema importância, eu vejo paciente chegar aqui com 600 de glicose e aceitar o tratamento pela questão da confiança que a gente passa, então o bem-estar físico e emocional dele consegui alcançar, então eu quero muito que todos tenham condições sociais, bem-estar social. (Vera, TNM).

Sofrimento

Os trabalhadores expressam que as formas pelas quais o sofrimento se faz sentir são: o sofrimento devido ao não reconhecimento simbólico de um trabalho real, invisibilizando-o ao ponto de considerá-lo fácil, e como algo que não deveria existir; também invisibilizando o trabalho ao tratá-lo como caridade, estigmatizando tanto os trabalhadores como as pessoas em situação de rua. O exemplo desse não reconhecimento simbólico é o caso de Vera (TNM).

Vera é técnica de nível médio, cujo protocolo de trabalho informa que ela não deveria realizar algumas tarefas sozinha, sem a supervisão de um trabalhador de nível superior. No entanto, ela desenvolve seu trabalho real, cotidiano, embora no papel conste a assinatura de profissional. E em relação a essa situação de precarização ela expressa a sua insatisfação, angústia e o medo de ser demitida:

Então, não cabe a mim técnica fazer o curativo, cabe ao enfermeiro, então, mas sou eu que faço. É isso, por que que eu não posso? Já que eu que executo? Aí dá vontade de fazer assim, então tá não vou fazer mais, não vou executar mais. (...) É isso que me angustia, dá vontade de falar então não vou fazer mais, se vira aí, faz, executa você aí, aí eu vou ser ruim, eu vou ser quem disse não. (...) É quem vai ser focado e na próxima oportunidade que tiver vai ser desligado. (Vera, TNM).

Vera sente que não ter ensino superior a impede de levar a cabo algumas ações que enriqueceriam seu trabalho: “*fico muito restrita a decisões pelo grau de escolaridade que eu tenho, isso é o que mais me chateia, o que mais me incomoda.*” (Vera, TNM). Sua frase: “*Quem aí fora sabe que eu existo aqui dentro?*”, se invertida para: *Quem aí dentro sabe que eu existo aqui fora?*, remete a condição das pessoas em situação de rua.

A invisibilidade e falta de reconhecimento pelo trabalho realizado também surgem neste discurso: *“Parabéns pelo seu trabalho, falta dizer isso, parabéns por fazer um trabalho de excelência, acho que por questão de ego também a gente tem. Não para receber medalha, só um parabéns”* (Vera, TNM).

Em relação à unidade anterior onde funcionava o CnR, Alice (PNS) e outros trabalhadores manifestam a discriminação no trato para com os usuários que refletia na ausência de reconhecimento para com os trabalhadores.

Na unidade onde eu estava eu não me sentia em hipótese alguma reconhecida ou valorizada, eu digo como equipe né? Entender que aquela equipe era uma equipe de saúde, que fazia um trabalho exatamente igual as outras equipes de estratégia de saúde, que estar no território não é passear, que estar no território é garantir, cuidar de pessoas que às vezes não conseguem chegar até a unidade. O cenário de, as pessoas demonstrarem, deixarem assim bem explícito de que não entendiam o porquê que existiam consultório na rua, que não entendiam por que que a gente trabalhava dessa forma, de ter que ir para o território e que o nosso trabalho era muito fácil, simples. (Alice, PNS)

Durante a pandemia de COVID-19 parte dos trabalhadores permaneceu na linha de frente, e outra parte foi afastada e passou a trabalhar online por ser grupo mais vulnerável ao risco. Sobre essa situação particular, Alice ressaltava o sofrimento causado pelo cansaço físico, que associa às inúmeras horas que trabalharam, como consequência do preconceito para com o trabalho que eles realizavam. Além do cansaço, ela sentia que o sofrimento aparecia porque o trabalho que realizava havia perdido o sentido:

Eu cheguei ao ponto de cinco turnos que eu estava na unidade, três, quatro, estar no atendimento de COVID-19. E os meus, e os pacientes do consultório na rua? Aí chega um momento que a gente pensa, não faz sentido eu estar aqui, a sensação que a gente tinha era que desfalca o consultório na rua porque consultório na rua não trabalha mesmo. Os pacientes deles não são pacientes. (Alice, PNS).

Beatrice (PNS) coloca o desconforto que sente porque seu trabalho não é reconhecido por outros profissionais de saúde e quando o fazem ela qualifica seus comentários como um “reconhecimento problemático”. E comenta que:

Porque às vezes eu acho que rola um certo fetiche, um fetiche social, o reconhecimento é num discurso assim, “caramba vocês fazem um trabalho, eu tenho muita admiração pelo trabalho de vocês, porque eu nunca conseguiria estar nesse trabalho, eu já ouvi uma fala, né? de uma profissional que ela falou assim: ‘eu não consigo lidar com essas pessoas lá do consultório na rua’, ‘como que você sabe lidar com pessoas?’ (Beatrice, PNS)

Beatrice considera necessário refletir permanentemente sobre seu desejo de estar no CnR para não ser um braço opressor do Estado e para se distanciar da ideia da caridade e da

bondade, considerando que: “(...) acho que se a gente for dessa forma a gente não faz um trabalho bacana. A gente acaba apagando o outro em favor da nossa vaidade”. (Beatrice, PNS).

O sofrimento causado por esse reconhecimento problemático identifica os trabalhadores e os trata com o mesmo preconceito endereçado às pessoas em situação de rua, invisibilizando o trabalho.

A população que a gente lida é muito vulnerabilizada, muito estigmatizada, então se você trabalha, se você gosta de trabalhar com essas pessoas você também tem alguma esquisitice aí. E aí estigmatiza aos usuários e a gente, né? Acho que é um pouco desse reconhecimento que tem, e que me incomoda, a gente é pouco reconhecido e quando é de uma maneira problemática. (Beatrice, PNS).

Os trabalhadores falam da angústia que sentem quando não conseguem fazer seu trabalho por entraves burocráticos, e por barreiras no acesso à saúde por preconceito. Em relação à burocracia uma das trabalhadoras fala:

Dificuldade, às vezes, da gente não conseguir acessar, às vezes, no SISREG, que a gente precisa assim de imediato, demora, e muitas das vezes o paciente morre nesse caminho, porque a gente não conseguiu chegar. Isso daí desanima um pouco a gente, entendeu? Parece que a gente não correu atrás e a gente correu muito atrás, entendeu? Dá, tipo assim, a gente trabalhou tanto para quê? Para no final acontecer isso (Lorena, TNM).

A burocracia impede o acesso e pode ser considerada um preconceito indireto já que não se adequa às necessidades e possibilidades da população em situação de rua. A esse respeito, Mariana (PNS) disse que:

[...] a gente tem toda uma burocracia de entrar num sistema que é só online, que entrega documentação que não tem dia para agendar para fazer a perícia, a avaliação. Isso tudo gera uma grande dificuldade, isso me causa muita angústia, porque você não consegue garantir o mínimo, e muitas vezes tem que falar para aquele usuário que ele não tem direito àquele benefício, que ele não vai conseguir (Mariana, PNS).

Outras barreiras mencionadas pelos trabalhadores são produto do preconceito. Todos os entrevistados coincidem com a visão de que na anterior unidade onde estavam alocados, os pacientes eram discriminados.

A relação com a unidade, com o gestor estava muito cansativa, porque a gente tinha muitas barreiras, de acesso à unidade, de preconceito dos profissionais com os usuários, esse ter que ficar tipo ‘é direito’, é SUS, sabe? E essa unidade é SUS, o usuário pode entrar na hora que ele quiser, então isso era muito desgastante (Mariana, PNS).

A gente vai precisar encaminhar um paciente para o cirurgião, cardiologista, para fazer uma tomografia, se quando chega no outro setor o paciente não é atendido como gente, como uma pessoa. Se não é visto, se não é atendido, se é expulso da unidade, acabou ali o nosso trabalho, assim, tipo, não valeu tudo que a gente fez até (Alice, PNS).

Ainda de acordo com Alice (PNS), uma das razões para a reprodução dessa violência tem a ver com a formação dos profissionais:

Se hoje o hospital funciona com um profissional que se acha no direito de não atender um paciente porque ele é (está) em situação de rua, é porque ele está reproduzindo algo da sociedade preconceituosa, mas, porque ele não está sendo cobrado, não está vivenciando experiências que o façam refletir sobre isso (Alice, PNS).

As relações com os colegas da equipe e os conflitos na relação com os usuários são apontados como fontes de grande sofrimento. Quanto aos usuários o sofrimento aparece por alguns conflitos diretos na relação com eles, como aponta Vera (TNM), ao declarar que: “(...) eu ter levado uma joelhada na virilha? Para ela foi defesa, para mim foi uma agressão, faz parte do meu trabalho ser agredida? Como vou me comportar daqui para frente para isso não acontecer de novo?”.

Lorena (TNM) fala de um certo paciente:

(...) é um problema, é uma coisa horrorosa, ele não pode me ver que diz que vai me matar. Não é que ele é uma pessoa ruim. Já chegou, quase a me agrediu. Ele fica rondando, quando ele sabe que eu estou aqui ele fica rondando. Isso me incomoda um pouco (Lorena, TNM).

Para além dos conflitos com alguns usuários, o que mais causa sofrimento é acompanhar o sofrimento deles, e esse sentimento se expressa nas falas como uma impotência de não poder fazer o suficiente:

é um trabalho que a gente precisa ter algum dispositivo para lidar com o desgaste, com a dor, porque a gente vê pessoas negligenciadas o tempo inteiro e aí é muito ruim, a gente não tem como, a gente fica com aquela sensação, né? Que a gente não está fazendo o suficiente. Será que eu posso fazer mais? Só isso, por si só, já causa uma angústia, né? Já causa um algo que a gente precisa trabalhar para que não se transforme num sofrimento, uma doença. É muito ruim essa sensação de você saber que você vai consultar o paciente, mas ele vai voltar para a rua. Então é uma angústia, que é, assim, constante (Alice, PNS).

Essa preocupação constante também aparece na fala de Vera (TNM): isso tudo me afeta, porque “*na hora que eu vou comer, caramba, será que eles comeram? querendo ou não acaba mexendo com o nosso emocional.*” Verifica-se que este sofrimento aparece ainda como vergonha para Alice (PNS):

[...] eu ficava extremamente mal e envergonhada de passar com a minha bolsinha térmica para esquentar comidas. Era inadmissível, na minha cabeça, eu poder passar para almoçar e paciente estar aguardando para consulta estavam um, dois dias, uma semana sem se alimentar.

‘Vai pegar fulano que está de alta no hospital’, isso afetaria a minha saúde mental porque você vai pegar a pessoa no hospital e vai deixar na rua? Aí eu não acho justo que a gente vai lá e pega a pessoa, tira a pessoa do hospital, porque a gente vai deixar numa calçada. Isso para mim é doloroso, eu não consigo lidar com isso. (Sônia, TNM).

Beatrice (PNS) fala do sofrimento e como mexe com a própria história pessoal de cada um:

Eu fico muito tomada muito afetada com algumas das histórias. E aí fico né? me examinando. O que que é esse afeto né? Como é que eu lido com isso? Por que que eu estou nesse trabalho? Por que que eu gosto de estar com essa galera que ninguém quer estar perto? Também coloca a necessidade de sem naturalizar esse sofrimento poder encontrar uma brecha para continuar trabalhando, mas isso também não pode paralisar a gente porque senão a gente não consegue seguir com o trabalho, e acreditar né? Tem que investir naquele sujeito de que tem possibilidade de vida mesmo na rua. (...) Muito triste com algumas histórias, mas, também é um trabalho de insistência né? De não esse corpo por mais marginalizado que ele seja, né? Por mais estigmatizado que ele seja, enfim, né? Todo corpo tem direito a vida e é esse o meu trabalho (Beatrice, PNS).

Em relação ao sofrimento causado pela equipe colocam que tem a clínica dos usuários, mas, também tem a clínica da equipe diante dessas situações com as quais lidam enquanto equipe.

Para mim o que é mais difícil são alguns momentos mesmo com a equipe em que a gente não consegue se ouvir, eu percebo a equipe muito fragmentada, é muito desorganizada também, então para mim é o mais difícil é isso (Beatrice, PNS).

Quando isso está difícil para a equipe isso reverbera em como os usuários chegam, acho que quando a equipe está mais desorganizada, brigando internamente, os usuários chegam mais em crise para a gente, chegam mais quebrando, mais não ouvindo, acho que tem muito de como a gente está se relacionando entre a gente, como está o clima ali, isso claramente vai manifestar em como eles chegam, os usuários percebem. (Mariana, PNS).

Por trás das dificuldades da equipe e de outros sofrimentos aparece a precarização, a equipe sofreu com perdas de vários profissionais por questões políticas, mas, sobretudo pela alta rotatividade cuja origem é a precariedade das condições laborais. Em relação à rotatividade Alice (PNS) comenta que: “Dentro da equipe não tem como não citar como dificuldade a alternância de profissionais. Eu não vou saber de cabeça quantos profissionais passaram pela equipe, rompe muito o vínculo com o paciente isso é muito negativo.”

Mariana (PNS) fala do desgaste e do cansaço e cita, como exemplo, uma médica que pediu demissão porque *o desgaste emocional era muito maior do que existir*.

Para Vera (TNM), a mudança de profissionais repercutiu porque perdeu um colega que era seu suporte na equipe:

A gente passou aí por um processo que você acompanhou da saída do Rodrigo, aquela tensão de o que que vai ser? Quem vai vir? Como vai ser? O que que vão querer? Eu me senti muito fragilizada naquele momento porque o Rodrigo era minha base, minha âncora aqui. (Vera, TNM).

Outras formas em que a precarização aparece é como a falta de recursos atrapalha e chega a impedir o trabalho:

Não tem tanta medicação, falta muita coisa, falta às vezes uma alimentação para quem faz tratamento de tuberculose, a gente tenta fazer o máximo, mas tá faltando algumas coisas aqui que não era para faltar, a falta da internet, computador ruim, isso que atrapalha a gente, isso que atrasa o atendimento, atrasa tudo (Rodrigo, PNS).

Acho que para a gente que tem esse trabalho também enquanto militância e um trabalho que a gente acredita, que a gente quer garantir, é muito difícil a gente ver o trabalho, o serviço funcionando de uma maneira em que a gente sabe que poderia ser melhor. Então, claro que isso afeta a nossa saúde mental, acho que toda precarização mesmo né? Dos serviços, às vezes falta algum tipo de insumo e os salários também né? Eu, por exemplo, não estou satisfeita com meu salário (Beatrice, PNS).

Os trabalhadores falaram como a pandemia de COVID-19 acrescentou e evidenciou um sofrimento preexistente. Para Alice (PNS):

A pandemia impactou muito. Mas, não foi só a pandemia em si. Foi como a unidade se organizou para enfrentar a pandemia. E aí o nosso trabalho foi totalmente descaracterizado, a equipe perdeu completamente o controle, não existia mais gestão de equipe, não existia mais acompanhamento de casos. (Alice, PNS).

Alguns profissionais permaneceram em casa porque era pessoas de risco, e outros ficaram na linha de frente. Esses últimos viram seu trabalho descaracterizado e sofreram com o cansaço extremo. Nesse sentido, Vera (TNM) relata:

(...) eu trabalhava por 6 ou 5 [pessoas], tem dias que eu me sentava, assim, e não conseguia levantar de tão cansada que estava. E nossos pacientes, de forma geral, ficaram desassistidos, não conseguíamos ir para a rua, não sei como é que a gente sobreviveu. Peguei COVID-19, mas achei que era estafa, estava tão cansada só de respirar, meu corpo, minha cabeça, a ponta dos meus dedos doía. (...) Emocionalmente, nossa! Cada semana, eu perdi meu compadre, na outra semana perdi um amigo, tem um dia que eu surtei, tem um dia que me deu uma crise de ansiedade, eu queria parar de chorar e não conseguia, o emocional ficou muito abalado. (Vera, TNM).

Quando perguntados sobre os efeitos do trabalho sobre a saúde física e mental, os trabalhadores colocaram que ambas são afetadas, Mariana (PNS) referiu que durante anos sentiu dores no corpo por causa do sofrimento psíquico

(...) chegar todos os dias reclamando do trabalho em casa, então com certeza eu vivenciei isso, fisicamente, de sentir dores. Na época eu não conseguia ter essa clareza, eu precisei me afastar em alguns momentos, e era muito claro: eu saía de férias e melhorava. (Mariana, PNS).

Outra fala indica como era difícil para delegar as tarefas para outras pessoas da equipe. Atualmente, ao sentir uma maior parceria, Vera declara que sua saúde melhorou.

Sim, eu tenho sentido no momento muitas dores na perna, por conta da postura de ficar agachada, na calçada, coluna de um modo geral, o emocional porque querendo ou não, “ah mas você deve deixar os problemas do trabalho no trabalho, os problemas de casa em casa, não deixar interferir um no outro, mas eu sou um ser humano, é como te falei, passando a madrugada toda vendo a chuva torrencial como é que está a pessoa? Como é que a dona Elena está com aquele papelão? Como é que está o paciente que saiu ontem para pedir vaga zero e que com certeza vaga zero devolveu? (Vera, TNM).

Para Vitória (TNM) o estresse lhe causa dores de cabeça que expressam o desgaste e o desânimo pelo cansaço de lidar com algumas situações como desentendimentos entre usuários ou entre usuários e colegas da equipe. Somado a essas consequências, os trabalhadores consideram que não existe um cuidado para com o trabalhador por parte da gestão, o que encontra eco nas palavras de Alice quando pontua que “Não deveria ser preciso que o profissional ele encontrasse sozinho uma maneira de se cuidar, porque é muito injusto, é um trabalho que é potencialmente adoecedor” (Alice, PNS).

Os trabalhadores sentem falta de um espaço para poder dialogar, se encontrar e falar sobre como são afetados pelo trabalho. Entretanto, no geral, mal dá tempo de a gente discutir o processo de trabalho, e sentem falta de ter um espaço resguardado. Para a equipe se ouvir, enquanto pessoas que estão ali e são afetadas pelo processo de trabalho. Entretanto, não têm esse espaço. Lorena (TNM) lembra que já tiveram um espaço de terapia, que se reuniam em outro lugar para poder conversar sobre eles, porém esse espaço se *perdeu no meio do caminho*.

Prazer

O reconhecimento aparece nas falas dos entrevistados como um motivo de prazer no trabalho. Alguns se sentem valorizados pelo reconhecimento e pelo intercâmbio com os próprios usuários.

Acho que o reconhecimento mesmo que eu gosto é dos usuários. Quando eles chegam e falam ‘ó enfermeira, pô, que bom que você conseguiu me ouvir naquele dia’, ou ‘a partir daquele atendimento, eu consegui isso ou aquilo que você me falou serviu para tal coisa’. Acho que é por isso que eu falei de atender na rua, porque eu acho que fica um negócio mais horizontal, também, eu acho que o reconhecimento deles é o que vale mesmo para mim (Beatrice, PNS).

Tanto Rodrigo (PNS) como Lorena (TNM) marcam uma diferença entre o reconhecimento dos usuários e do Governo.

Sinto que é muito reconhecido e se não fosse reconhecido assim, não falando de direção, de prefeitura os próprios usuários reconhecem meu trabalho, e pelo início já fico satisfeito com isso (Rodrigo, PNS).

Digo mesmo pelos próprios usuários, eles reconhecem o nosso trabalho de um olhar diferenciado, eles acham que a gente os trata com muito amor. Tirando o Governo porque o Governo quer números (Lorena, TNM).

Lorena (TNM) ainda reafirma que para ela o trabalho é um enorme aprendizado:

(...) é uma coisa que você não esquece, porque quando você está dentro é uma coisa totalmente diferente, é uma coisa inexplicável. Você se emociona, você ri, você chora, entendeu? Eu acho muito gratificante, você aprende muita coisa.

Por outro lado, Vitória (TNM) fala do reconhecimento que sente na equipe:

Agora, com relação à equipe, no momento eu sinto a valorização, porque a gente pode livremente falar sobre uma questão que a gente identifica num território, e você pode falar assim abertamente sobre o que você pensou, mas já teve momentos, há uns tempos, eu sentia como se a gente não tivesse muita relevância na função, mas isso foi um tempo atrás.

Vitória (TNM) também destaca o lugar de troca com os usuários, o que ela ganhou nesse intercâmbio. Tanto Vitória (TNM) como Lorena (TNM) marcam a diferenciação entre estar dentro e fora do CnR como um aprendizado, por fora o trabalho pode ser visto como caridade, dentro, na vivência dos trabalhadores eles conseguem perceber o que eles recebem dos usuários.

Se não fossem eles, se eles não se permitissem que a gente os escutasse, se eles não se permitissem que a gente acolhesse, não permitisse que a gente caminhasse junto com eles nesse acompanhamento da saúde, a minha formação, nesse nosso lado profissional ficaria muito prejudicado. Então assim, eu devo muito aos usuários porque o pouco que eu sei, como agente social, foram os usuários que contribuíram para a minha formação (Vitória, TNM).

No sentido de trocas com os usuários os trabalhadores falam que, na rua, sua relação com os usuários se modifica, fica “mais horizontal” e que esse tipo de vínculo produz muita satisfação neles. A fala de Alice confirma tal premissa, quando a mesma afirma que: “Hoje a

gente está voltando a se reestruturar para poder estar mais no território, eu não vejo a hora de voltar para o território” (Alice, PNS). Outra opinião segue pelo mesmo viés:

Eu gosto muito de estar na rua, de estar no território e poder estar com eles nesses momentos. Ontem, por exemplo, a gente fez coleta de sangue no território, né? Que é um procedimento muito simples, né? Mas eu voltei assim muito feliz, tipo ‘caramba, que bom que a gente conseguiu!’ (Beatrice, PNS).

O vínculo com os usuários aparece como o motivo de maior prazer para os trabalhadores, porém os trabalhadores definem de diferentes modos o vínculo que constroem com os usuários, deixando claro que se trata de uma construção, como referem alguns deles:

Eu tenho, com boa parte dos pacientes um vínculo bem fortalecido assim. E consigo identificar que há uma diferença do início do trabalho para agora, que há uma identificação do paciente com a equipe e, conseqüentemente, comigo, que também faço parte da equipe, com boa parte dos pacientes eu sinto que eu tenho um vínculo (Alice, PNS).

Eu respeito muito cada um deles e sinto que eles me respeitam muito, meu vínculo deles é a base do respeito, independente de virem sujos, limpos, é o respeito, eu vejo que tem pessoas mais velhas, bem mais velhas do que eu que me chamam de tia? é o respeito, o carinho que eles têm, é uma forma deles expressar o carinho, no trabalho meu vínculo com os usuários é o respeito (Vera, TNM).

A construção desse vínculo possibilitado a partir da confiança permite que os trabalhadores consigam colocar algo de si mesmo no trabalho, em conjunto com o paciente, como relata Vera (TNM):

Eu gostava muito de dentro da sala, da minha sala de atendimento, botar música, aí falava com quem vinha todos os dias da semana para fazer os cuidados escolher a música, aí eu tinha um paciente, seu Ademar, que veio já a óbito, que escutava sempre Altemar Dutra, ah ‘seu Ademar que quer escutar Altemar Dutra?’. Aí botava no celular ligava a musiquinha para ele, e é isso tento ouvir música, tento dançar, ser mãe dos meus filhos, danço com eles me chamam de maluca, tento ser o mais extrovertida possível senão a gente pira (risos).

Se para alguns trabalhadores esse vínculo é singular, outros colocam a especificidade do vínculo nas características da população. A fala de Rodrigo é basilar neste sentido, quando declara que:

Adoro o Consultório na Rua, tanto que eu estou saindo daqui para ir para outro Consultório na Rua, é minha população preferida. Para mim é a melhor população que tem. [...] Meu vínculo é, eu acho que meu vínculo é ímpar, acho que eu devo ter o vínculo maior do que todos aqui, porque eu moro perto deles. Atender onde você mora, o vínculo fica muito maior, mais próximo (Rodrigo, PNS).

Lorena (TNM) também aborda a questão do vínculo, entendendo-o como uma troca, como um ser cuidado pelo sujeito que se cuida:

Às vezes eu me sinto bem, às vezes eu não estou bem né? E às vezes uma palavrinha que eles falam, assim, para gente sabe, nos emociona tão grande, a gente se sente tão importante, sabe? É o reconhecer, ter um usuário que veio aqui hoje me chamar, para dizer (...) que saiu do abrigo e está num quartinho morando e conseguiu. Então, isso daí é uma vitória, ele está vivendo a vida dele, está caminhando, conseguiu um trabalho. Então, isso é muito gratificante quando eles vêm, quando eles nos procuram quer dizer que você está indo pelo caminho certo, é sinal de que você, eles gostam realmente de você, só veio aqui para me procurar, só para falar comigo.

O vínculo que também produz prazer nos trabalhadores é o vínculo com a gestão e a equipe. Os entrevistados falaram de muito sofrimento na unidade onde estavam locados anteriormente.

Nossa mudança para essa unidade foi algo que me deu um gás diferente, de contar com gestores muito parceiros, e a entrada de novos profissionais que estão muito desejosos de estar nesse lugar, está me deixando muito animada (Mariana, PNS).

Mas eu acho que no momento é isso, assim, ter uma equipe que quer estar junto, quer trabalhar, ter uma equipe multidisciplinar, ter uma gestão que está muito próxima, muito parceira e ter pacientes inclusive que estão ali no Consultório na Rua e que entendem a importância do Consultório na Rua e são ativos no seu, no seu cuidado e que são ativos em relação ao seu direito de lutar pelo acesso à saúde (Alice, PNS).

Também a relação com os colegas de equipe está mudando. A gente está conseguindo falar a mesma língua, sabe? Está conseguindo não precisar ter que repetir dez vezes a mesma coisa para poder ser assimilada. Até pela nova chefia acho que faz muita diferença, ela fala eu quero assim, mas também tem como perguntar, mas por que você quer assim? ela não impõe. Dá lugar para opiniões, então ela respeita (Vera, TNM).

No âmbito do reconhecimento, existe ainda um prazer oriundo do reconhecimento da importância que eles próprios dão ao trabalho que realizam no CnR. Isso produz neles uma grande satisfação, que aparece como um desejo de trabalhar no SUS e de ser parte do Consultório na Rua, tal como expressam alguns:

Eu tenho desejo de estar nesse trabalho. Eu identifico a importância desse trabalho, tenho um compromisso ético com a minha profissão e com o SUS e com política pública e é isso que eu quero garantir (Beatrice, PNS).

Estou muito feliz, eu gosto muito de estar no Consultório na Rua, eu escolhi estar, eu acho que é algo importante, eu queria muito passar pela experiência de ser uma profissional de referência do Consultório na Rua (Alice, PNS).

Para Alice (PNS) é um trabalho que faz sentido, porque ela sente que consegue fazer uma diferença na vida das pessoas. Para ela significa: “ter pacientes que entendem a

importância do Consultório na Rua e são ativos no seu, no seu cuidado e em relação ao seu direito de lutar pelo acesso à saúde.” (Alice, PNS). E conclui que:

Eu acho que poder fazer algo que você acredita faz diferença. Se hoje eu estou no CnR é porque de fato eu acredito, faz sentido para mim, estar nessa equipe que trabalha com essa população, que é uma população que precisa não ser mais invisibilizada (Alice, PNS).

A importância do trabalho na vida dos pacientes é um motivo de prazer.

Eu vejo de diferencial do meu trabalho é isso, que tendo as condições que a sociedade oferece, que o governo oferece, eles conseguem se desenvolver no dia a dia deles, e isso é muito gratificante para mim, choro junto com eles, rio junto com eles, e no final do dia cada um vai para seu canto, eu vou para minha casa e eles vão para a calçada. Você viu a casa da dona na Senador Dantas? a porta da casa dela é uma caixa de papelão, e quando eu chego o que eu faço? eu bato na caixa de papelão, ‘tem alguém em casa?’ (risos) É ali onde ela se sente bem, é a casa dela, o social dela é aí (Vera, TNM).

Vitória (TNM) escuta dos usuários como eles percebem essa diferença: “*eu cheguei de uma forma e eu fiquei de outra, estou conseguindo me cuidar a partir do acompanhamento com vocês, da atenção que vocês dão.*”. E relata que nela também se operou uma transformação em relação ao trabalho. Começou a trabalhar porque estava desempregada e depois foi se identificando com o trabalho e com a equipe.

Cumpramos ressaltar que, em determinados casos, o tema da identificação com o trabalho aparece nas falas dos entrevistados como uma condição, um trabalho com o qual a pessoa deve se identificar para permanecer, tomar algo desse trabalho para si, e poder colocar algo de si no trabalho. Assim, para alguns trabalhadores o que tomam para si é uma transformação a partir dos usuários, como vemos na opinião abaixo.

A pessoa que trabalha com Consultório na Rua se torna uma pessoa melhor. Não tem como a pessoa trabalhar, atender, escutar as histórias e não virar uma pessoa melhor, não tem como, parece que eles ajudam mais a gente do que a gente a eles (Rodrigo, PNS).

O diferencial do trabalho no Consultório na Rua também está nos objetivos de cada trabalhador em relação ao trabalho. Diferente da fala anterior, emergem outros discursos nos quais não parece haver consenso sobre o objetivo do trabalho que realizam. Uns como Beatrice (PNS), pensam que ser melhor pessoa é um preconceito que a faz sofrer, e que o objetivo do trabalho é que o sujeito possa desenvolver sua vida na rua. Por outro lado, outros, como Lorena (TNM), acham o objetivo é que a pessoa consiga sair da rua.

Então, a importância que tem é que eles realmente, alguns consigam sair da rua, consigam sair dessa situação. Teve um paciente dessa semana, que você ficou sabendo, que ele passou no vestibular, vai para a Rural, vai ser uma história contada (Lorena, TNM).

Estratégias coletivas de defesa

Perante a pergunta: “Quais são as dificuldades que se apresentam no trabalho e como consideram que a equipe poderia resolvê-las?”, apareceram dois tipos de dificuldades: uma delas é em relação ao trabalho em rede, e a outra é a relação entre os membros da equipe, o que se confirma na fala a seguir: “Parece que o Consultório na Rua tem que dar conta de todas as questões e de todas as pessoas em situação de rua” (Beatrice, PNS).

Uma das trabalhadoras cita o exemplo de uma pessoa que mora na praça que fica ao lado da Clínica da Família Oswaldo Cruz eles recusaram atendimento e ela foi enviada para fazer teste rápido no CMS Marcolino Candau. Os trabalhadores refletem sobre os motivos desses atos por parte da rede; um deles fala que está ligado à falta de formação dos profissionais, pois *“a maior parte das residências não têm abordagem para população em situação de rua, e o desconhecimento acaba incorrendo num entendimento de violência, assim, no medo.”*. Além disso, afirma que:

Tudo vai ser sempre um mecanismo para expulsar aquela pessoa, para empurrar aquela pessoa para fora do serviço, do estigma da pessoa em situação de rua assim, que eu acho que passa também pelo estigma do louco assim, tem muito esse deslizamento, quando se junta todos esses tabus porque acho que são os dois grandes tabus que a gente tem, que a gente se envolve dentro do Consultório na Rua, né? É uso de drogas e os problemas de saúde mental e aí juntando esses dois elementos com o viver na rua que é algo muito diferente do que a maior parte da população tem, enquanto idealização da forma de se viver, eu acho que esses três elementos acabam causando uma barreira (Beatrice, PNS).

O estigma que se manifesta como maltrato para com as pessoas em situação de rua faz com que elas tenham medo de procurar assistência à saúde e cheguem na unidade com um modo defensivo que pode ser confundido com agressividade.

Eles têm medo, eles não vêm querendo falar grosso ou nos destratar, porque eles são bravos. É porque eles têm medo, porque também são tão machucados, tão maltratados que para eles é difícil achar um lugar em que vão ser bem atendidos (Sônia, TNM).

Para a trabalhadora acima, a mudança na atitude deles quando percebem que são bem acolhidos é o primeiro passo na const/rução do vínculo com a equipe. Outra dificuldade do trabalho com a rede é que as pessoas variam muito, há uma rotatividade e uma ausência de

canais de comunicação instituídos. Desse modo, o trabalho se personaliza, e passa a depender do conhecimento que se tem da pessoa.

A resolução dessas dificuldades varia entre os trabalhadores. Uma das profissionais pensa que deveriam conversar mais com as equipes, e fazer ações de educação e matriciamento. Porém isso parece gerar um paradoxo, pois se o matriciamento pode resultar em um melhor fluxo do trabalho, os trabalhadores sentem que não têm tempo para realizar essas ações. Uma trabalhadora opina que uma das funções da gestão deveria ser discutir esse fluxo e que isso não deveria ser mais uma tarefa para a equipe realizar.

A segunda dificuldade que a equipe pontua é a relação entre a própria equipe. De acordo com uma profissional: “[...] *tem a clínica da equipe diante dessas dificuldades, a gente não aprende a ouvir o outro; a primeira dificuldade seria a equipe conseguir se ouvir, para poder resolver as questões.*”. (Beatrice, PNS).

A ausência de comunicação causa sofrimento, e isso fica demonstrado quando se pergunta quais são os momentos que causam maior prazer coletivo na equipe, eles responderem que são aqueles nos quais a equipe está unida, quando conseguem se entender e dividir para a execução das atividades, como pontua Mariana (PNS), ao declarar que: “(...) quando a equipe está junta o trabalho flui, eu acho que o legal é isso, a gente tá aprendendo a falar todos numa mesma língua”. (Mariana, PNS).

Os trabalhadores afirmam que eles não falam sobre como são afetados pelo trabalho coletivamente. Conseguem dividir sentimentos com as pessoas mais próximas, porém não dispõem de um espaço coletivo para isso, o que dificulta ou impede a criação de estratégias coletivas para se proteger, conforme relato de Caroline (PNS): “*Acho que de forma coletiva, a gente não fala sobre isso, a gente não tem um mecanismo coletivo para isso. Acho que cada um acaba tendo suas ferramentas próprias.*”

Durante a entrevista grupal surgiu o importante tema da ambivalência dos sentimentos que acometem os trabalhadores. Um deles fala que percebeu que a equipe mais antiga, ficou afetada pela morte de um paciente que era conhecido por todos, mas como não falam coletivamente essa morte permaneceu no silêncio.

A gente está o tempo todo sendo atravessado por esses afetos todos, às vezes a gente é tomado pela compaixão, às vezes a gente é tomado por amor, pela alegria, pela raiva e aí eu acho que é um ponto que a gente nem toca, a gente não consegue dizer que a gente ficou com raiva do usuário, que a gente ficou

puto com ele, né? E que a gente ficou com repulsa dele e às vezes acontece, e a gente não consegue falar, porque a gente [pensa] 'não, aqui eu sou profissional, não posso sentir isso, né?' (Beatrice, PNS).

Vitória (TNM) concorda que a opinião dos colegas pesa e poder ser julgada como pouco profissional faz com que alguns sentimentos sejam calados. E a trabalhadora que tinha uma relação particular com o paciente falecido, concorda:

Eu acho que a preocupação também como que o outro colega vai lidar com aquilo que você está trazendo. Me sinto superafetada por [nome do paciente], porque ele já tentou me dar soco, já me ameaçou com várias coisas. Pois é, ele me super afeta, entendeu? Mas aí tem esse negócio realmente de profissionalismo que você diz (Lorena, TNM).

Outra trabalhadora rebate esse medo:

Do mesmo modo que a gente tem sentimentos tidos como sentimentos nobres, nós também temos sentimentos baixos né. E aí, é isso, em vários momentos eu fico muito afetada, frustrada, às vezes fico muito feliz, às vezes sinto raiva, às vezes a gente é desrespeitado e tal. São muitos afetos. Mas falar desse afeto não é antiprofissional, né? Como você lida com isso enquanto profissional, enquanto equipe, junto com o usuário. Por exemplo, o usuário te provocou raiva, você não vai gritar com ele, ser violento com ele, não vai ser isso, acho que você sentiu, a gente não está livre (Beatrice, PNS).

Apesar de falarem que não criam estratégias coletivas, na entrevista grupal surgiram exemplos de como eles conseguem se proteger entre si, e ser aliados se algum colega precisa colocar um limite perante uma situação difícil de enfrentar. Um depoimento lembra que em várias situações necessitou da ajuda da equipe para não ficar sozinha perante uma situação que lhe afetava, e foi apoiada pelos colegas. *Eu nunca precisei atender ela sozinha, porque sempre dividi isso com a equipe, que era um limite que eu tinha.*

Em julho a gente teve a perda de dois usuários, uma eu era muito próxima ao outro um pouco, e a gente precisou dar a notícia para o irmão de um desses que faleceu e aí foi um momento muito difícil. Eu falei: gente, eu posso fazer isso, mas eu não vou conseguir fazer sozinha. A gente se apoiou, eu me senti super apoiada naquele momento (Mariana, PNS).

Vou, mas eu também não consigo fazer identificação do corpo, assim, se precisar ir. Aí Alice: 'eu entro contigo'. Então, assim, eu acho que mesmo que não seja um espaço extremamente coletivo, que a gente consiga dividir, no micro, eu sempre me sinto apoiada (Mariana, PNS).

Um dos problemas que a equipe enfrenta é que, às vezes, os usuários não conseguem esperar na unidade, ficam muito ansiosos e são querelantes, sobretudo, com as agentes sociais

que ficam na sala de acolhimento. Para resolver essa situação, na reunião de equipe foi pensada a função de um articulador, uma pessoa que fique na sala de espera acolhendo as demandas para organizar e encaminhar o usuário diretamente ao profissional. Em relação a esse arranjo, um membro da equipe diz o seguinte:

Essa coisa do articulador foi ótimo, porque vamos estar sempre em dupla para poder um estar conversando quando o outro não conseguir sair daquela situação, sair de cena e o outro ficar, eu achei muito legal um modo assim de defesa do grupo muito bom (Sônia, TNM).

O que mais parece afetar o grupo é essa “clínica da equipe” como a chama Beatrice (PNS), não se animam a falar no espaço coletivo, esse silêncio pode estar revelando uma falta de confiança entre os membros do grupo, talvez um “medo de serem julgados”. Também não falam das perdas. À época da pesquisa, o CnR Centro 1 estava atravessando um período de rotatividade na equipe, alguns trabalhadores foram demitidos, uma parte da equipe sentiu muito essas perdas e optou por não falar, seja por medo de incorrer na mesma sorte de ser demitidos, seja porque não quiseram mexer nos sentimentos despertados pela situação que vivenciavam. Era um grupo que estava se constituindo, no qual ainda prevaleciam as estratégias individuais de defesa. As mudanças recentes vividas pela equipe faziam-na se sentir bem acolhida na nova Clínica da Família, sobretudo quando a comparavam com o antigo CMS. Desse modo, se por um lado a confiança entre eles precisava ser construída, por outro eram muito afetuosos com os residentes e pesquisadores que passavam pela equipe, se sentiam acolhidos e reconhecidos pelos que se aproximavam para conhecer o trabalho do CnR e buscavam fazê-los se sentir parte da equipe.

5.2. Consultório na Rua de Manguinhos

O Consultório na Rua de Manguinhos funciona na Clínica da família Victor Valla, foi o segundo implementado no Município de Rio de Janeiro, no ano 2011. Foi gerenciado, até o ano de 2021, pela Fundação para o Desenvolvimento Científico e Técnico em Saúde (FIOTEC), órgão que apoia a Fiocruz. Após esse ano, passou a ser gerenciado pela Organização Social Viva Rio. O vínculo com a FIOTEC possibilitava ao Consultório na Rua de Manguinhos condições de trabalho muito diferentes dos outros Consultórios na Rua do Município, pelo melhor salário e estabilidade no pagamento. Segundo os trabalhadores, o salário nunca atrasava, em comparação com outros Consultórios que sofriam esse tipo de instabilidade.

Além disso, o CnR de Manguinhos é o único que mantém quase inalterada a equipe de trabalhadores desde o seu início. Contudo, no ano de 2021, a médica - que era uma referência para a equipe - para não perder seu vínculo com a Fiotec, deixou a assistência e passou a ser tutora dos médicos residentes; a psicóloga decidiu deixar o trabalho no CnR e continuar com seu trabalho no Secretaria de Saúde do Estado, porque está próxima de se aposentar, e o odontólogo pediu demissão. A mudança para a Viva Rio gerou muito descontentamento na equipe, até porque sofreram um importante rebaixamento salarial.

Durante o campo desta pesquisa, saiu uma psicóloga e entrou uma nova, que chegou muito animada para conhecer o trabalho e o território. No lugar da médica que saiu começaram a trabalhar duas médicas com carga horária de 20 horas cada uma.

Duas trabalhadoras não puderam ser entrevistadas por se encontrarem de férias e licença respectivamente, portanto na pesquisa foram incluídos os seguintes trabalhadores cujas características são mostradas no quadro.

Quadro 2: Características dos trabalhadores do Consultório na Rua de Manguinhos

Nome	Função	Idade	Características	Tempo que trabalha no CnR	Conhecia o CnR?
André	Agente Social	42 anos	Casado, três filhos, está buscando um trabalho extra.	11 anos	Não
Eliane	Técnica de enfermagem	42 anos	Casada, uma filha, a primeira técnica de enfermagem do CnR	11 anos	Não
Elias	Articulador	44 anos	Ator, colaborou na implementação do CnR Manguinhos.	11 anos	Sim
Fernanda	Psicóloga	60 anos	Casada, uma filha, é servidora pública	10 anos	Sim
Márcio	Enfermeiro	50 anos	Foi um dos primeiros trabalhadores do CnR Manguinhos junto de Elias e Alessandra	11 anos	Sim
Natália	Médica	32 anos	Fez residência em saúde da família e pediu para trabalhar no CnR	4 meses	Sim
Sara	Assistente social	50 anos	Trabalhava com pop rua em São Paulo, casada, uma filha.	11 anos	Sim

André é agente social, tem 42 anos, é casado, tem 3 filhos. Trabalha no CnR desde o início. Morava no território do CnR, mas agora reside na Pavuna. Anteriormente trabalhou

como agente de saúde na atenção básica, mas prefere o trabalho de CnR. Pela perda salarial teve que buscar outros trabalhos informais, mas está em busca de outro vínculo, além do trabalho no CnR.

Eliane é técnica de enfermagem, a primeira e única desse Consultório na Rua. Já morou no território, o que tornava difícil para ela se desligar do trabalho. É casada e tem uma filha.

Elias tem 44 anos, nasceu na Bahia, é ator de profissão, trabalha como articulador no Consultório na Rua, fez parte da implementação dos consultórios na Rua no Rio de Janeiro, desde antes da junção da estratégia sem domicílio e consultórios de rua. Começou no Consultório na Rua de Jacarezinho e depois foi para Manguinhos porque queria trabalhar com Alessandra (a antiga médica da equipe) e Márcio para formar uma equipe forte. Enquanto articulador realiza atendimentos como o restante da equipe, saindo para a rua diariamente, e procura tecer redes com outras instituições. Tem um filho de 8 anos.

Fernanda é psicóloga, tem 60 anos, e se encontrava nas últimas semanas de trabalho no CnR, onde começou praticamente desde a sua criação. É concursada do Estado do Rio de Janeiro. Nasceu no Paraná e mora há vinte anos no Rio de Janeiro. Também é pesquisadora. Decidiu sair da Clínica porque sente que já está cansada, que tem um tempo limitado para atuar no CnR, e sente que é preciso fechar um ciclo, mas continuará com seu outro trabalho. É casada e tem uma filha de 20 anos.

Márcio é o enfermeiro do Consultório na Rua e foi um dos primeiros dos seus trabalhadores. Conhecia o trabalho com população em situação de rua porque trabalhou na Médicos Sem Fronteiras (MSF), e se ofereceu para trabalhar assim que o projeto foi implementado. É um dos referentes do CnR para a rede e para a Clínica junto com Elias e com a médica Alessandra, até ela sair.

Natália é médica no CnR, tendo entrado junto à outra médica para substituir Alessandra. Já conhecia o Consultório na Rua de Manguinhos porque fez estágio de um mês pela residência em saúde da família e pediu para trabalhar nele. Quando Alessandra saiu, ela foi convocada. Identifica-se muito com o trabalho do Consultório na Rua.

Sara é assistente social, nascida em São Paulo, onde trabalhou com população em situação de rua. Atuava no NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) antes de ser parte do Consultório na Rua de Manguinhos, onde chegou desde a criação desse serviço, e afirma que briga muito pelos pacientes. É casada e tem uma filha.

Os laços com a Fiocruz, com a qual compartilham o território, e o reconhecimento do trabalho do Consultório na Rua fazem com que esse serviço conte com recursos, e seja muito requerido por pesquisadores e ainda participe de editais. É o único Consultório na Rua do Município, associado ao de Bangu, que conta com a função de articulador, o qual constrói vínculos com outras instituições, além de também realizar atendimento.

O CnR de Manguinhos está localizado em uma área conhecida pela constante violência que sofre nas operações policiais. Somado a essas operações violentas nas quais, não raramente, acabam morrendo moradores, existe também a violência exercida pelo tráfico, que também produz óbitos. A Clínica da Família Victor Valla, local onde funciona o CnR de Manguinhos, sofre essas consequências, e frequentemente está na condição “vermelha”, que significa que a Clínica permanece fechada e com atenção mínima em amarelo a Clínica está aberta, porém em alerta.

Os mais atingidos pela violência, tanto da polícia como do poder paralelo são os pacientes que, pela própria situação de vulnerabilidade, são alvo direto ou indireto da violência. Na última ação policial efetuada durante o trabalho de campo desta pesquisa os policiais queimaram as casas que eles construíram embaixo do viaduto. A população atendida pelo CnR de Manguinhos, diferente da que é atendida no Centro (primeiro Consultório na Rua do Município), sofre muita violência urbana e tem muitos pacientes com problemáticas de consumo de álcool e outras drogas, principalmente de crack. A equipe atende os pacientes nas cenas de uso, e é recebida com carinho e respeito pelos usuários. Manguinhos é visto como uma referência na rede.

O Consultório na Rua em questão possui duas salas: uma menor, que antes era a sala principal do CnR, mas que por causa da pandemia foi feita uma reestruturação e eles passaram a ocupar também uma sala maior, reservando a menor para atendimentos que precisem de maior privacidade. Essa sala maior é ocupada por todos os trabalhadores quando não estão na rua. É também o local no qual se faz o acolhimento dos usuários que, geralmente, é realizado pelo médico ou enfermeiro. Também é utilizada como sala de reuniões. Ter uma sala para todos às vezes atrapalha os atendimentos, o médico ou o enfermeiro que estiver realizando o acolhimento precisa constantemente pedir silêncio.

O CnR de Manguinhos possui uma van e durante toda a semana tem escala de saídas diárias nos dois turnos, nas quais contam com médico ou enfermeiro. As exceções são às quartas e quintas-feiras, no período da tarde, porque a van é emprestada ao Centro de Atenção

Psicossocial III Magal (CAPS), que funciona ao lado da Clínica Victor Valla. Às quintas-feiras, no período da tarde, costumam acontecer as reuniões da equipe. O CnR de Manguinhos recebe continuamente alunos da residência em saúde da família, com distintas formações profissionais, para estágio de duas semanas neste serviço. Assim, continuamente há novos residentes que são muito bem recebidos pela equipe e incorporados em todas as atividades, e ainda são acompanhados por tutor da sua especialidade.

Todos os dias pela manhã uma parte da equipe vai para os diferentes pontos onde estão os usuários, inclusive nas cenas de uso. Levam consigo uma mochila com medicamentos e elementos para proteção contra a Covid-19. Nas segundas-feiras de tarde vão para uma reunião na “tenda”, dispositivo de assistência para a população em situação de rua instalado na Maré. Cotidianamente, deslocam-se muito, pois buscam e levam pacientes de uma instituição de saúde para outra, por um lado, porque buscam fornecer comodidade aos pacientes, já que são locais muito afastados, e por outro, porque há instituições que não recebem os pacientes se não estiverem acompanhados por alguém da equipe. Isso tem sido motivo de reclamação dos trabalhadores que identificam discriminação por parte de várias unidades de saúde.

Características como a vinculação com residentes e pesquisadores da Fiocruz, a presença da figura do articulador e o fato de ser uma equipe de referência possibilita que os trabalhadores consigam doações que compensam a carência de recursos como máscaras para proteção dos pacientes contra a COVID-19, por exemplo, pois as máscaras da prefeitura eram oferecidas somente aos profissionais, e um almoço (refeição, fruta e suco) para pacientes em tratamento de tuberculose, ou que por razões pessoais ou clínicas tenham mais dificuldades para conseguir comida. Os nomes dos beneficiários das quentinhas são anotados em um quadro na sala, mas, sempre aparecem pacientes com diferentes demandas que solicitam comida. Assim, se as quentinhas não são buscadas até as 14 horas podem ser doadas para outros pacientes. A relação com a rede, sobretudo com o CAPS Magal, que está ao lado do CnR, apresenta algumas dificuldades. A equipe sente que os trabalhadores do CAPS rejeitam os pacientes do CnR, e isso gera dificuldades na abordagem e trabalho conjunto dos casos.

A relação com os usuários é muito afetuosa. A equipe de Manguinhos é bem-humorada, faz piadas constantemente entre si e brinca com os usuários de modo afetuoso, em uma relação horizontal. Alguns pacientes que já não se encontram em situação de rua procuram ser atendidos por essa equipe, pela relação de confiança que têm com seus profissionais. Em relação ao vínculo entre os membros da equipe, existem algumas diferenças sobre como pensar o trabalho,

há muitas dificuldades em realizar as reuniões de equipe, em várias oportunidades cancelaram a reunião porque tinham que discutir um caso em outra unidade ou porque poucos trabalhadores participavam da reunião por discordarem a respeito da organização do trabalho. Geralmente os processos de cuidado são definidos entre dois ou mais trabalhadores na sala, já que a reunião de equipe não estava acontecendo com regularidade. A Clínica permaneceu vários dias fechada pelas situações de violência no território, os trabalhadores conseguiam chegar ao local de trabalho, mas não podiam ir para a rua desenvolver suas atividades e ainda solicitavam que, nesses dias, por uma questão de segurança, os pesquisadores e residentes não fossem à Clínica. Tais situações podem se estender por semanas inteiras. Os núcleos significativos mais relevantes do CnR Manguinhos, organizados a partir dos eixos estruturantes, são expressos a seguir.

Consultório na Rua

Os trabalhadores consideram que os Consultórios na Rua foram criados para facilitar o acesso para pessoas cuja saúde se via negligenciada.

É uma população que mesmo que esteja dentro do território, é uma população que fica esquecida ali. Eu entendo o Consultório na Rua como uma equipe que realmente vai focar nessa população, que é uma população negligenciada pela maioria das Clínicas que eram para estar fazendo esse suporte, esse atendimento. Então, é uma equipe que vai ficar literalmente direcionada nisso e focada, e acho que essa que é a importância conseguir fazer com que essa população seja minimamente atendida. (Natália, PNS).

O Consultório na Rua acho que é [importante] na atual conjuntura política, inclusive aumentando o número de população em situação de rua.. o Consultório na Rua se faz cada vez mais importante por atender essa população que é descoberta pela [estratégia] saúde da família tradicional (Sara, PNS).

Elias (TNM), por sua vez, fala de uma inversão da demanda e como eles devem respeitar a singularidade do paciente para que se cumpra o princípio de equidade do SUS, ressaltando que “[...] a estratégia esperava a galera chegar para acompanhar, e no caso do Consultório na Rua a gente vai até a rua. A gente vai na demanda, vai até eles, o atendimento pode acontecer totalmente na rua.” (Elias, TNM). E conclui:

Existe uma baixa exigência aí que você tem que ter para que eles possam aderir a algum tipo de tratamento Já está dado na política, o SUS ele fala de equidade, todo mundo tem os seus direitos, mas se cada um vai ser olhado de uma forma diferente, porque cada um tem suas necessidades diferentes, eu acho que o Consultório na Rua é um equipamento que vai colocar o SUS, assim, no seu cerne, assim, entendeu? Vai mostrar ali de uma forma muito violenta e visceral como é o processo do SUS, talvez por isso ele traga uma potência muito grande. Eu acho que falar de Consultório na

Rua é que não deveriam existir as equipes de rua. Então, isso é ruim, ter que existir equipes de Consultórios na Rua ainda para poder estar dando acesso, direito, ao que já é um direito (Elias, TNM).

Os trabalhadores falam como essa negligência no atendimento à saúde reflete a invisibilidade social que sofrem as pessoas que estão em situação de rua.

E um usuário falou uma coisa muito assim que mexeu muito comigo. Ele falou assim: ‘cara, tem dia que eu só quero que as pessoas passem e que eu não seja invisível. Eu quero apenas que as pessoas passem e me dê um bom dia’ (Elias, TNM).

(...) o professor Antônio Nery Filho que foi o criador dos Consultórios de Rua, [...] fala uma coisa assim: ‘os consultórios de rua eles trabalham com a alma, eles cuidam das almas desses sujeitos’ (Elias, TNM).

Consideram também que o cuidado oferecido pelo Consultório na Rua deve ser ampliado e construído junto com o usuário.

Você não está pensando só nesse sujeito enquanto uma questão de saúde mental, de usos abusivos de álcool e outras drogas, você está pensando nele de uma forma como um todo, é numa integralidade maior, você vai pensar que esse sujeito também sente dores, sente febre, ele pode ter hipertensão, diabetes, então ele vai ser cuidado como é cuidado uma pessoa que busca um atendimento dentro da Clínica da Família com o diferencial de uma especificidade de uma equipe multidisciplinar, que é o diferencial também das equipes de Consultórios na Rua. (Elias, TNM)

Porque quando a gente pensa em população em situação de rua, a gente não dá para pensar num cuidado único, a gente não pode pensar que uma pessoa que faz um tratamento de tuberculose sem uma alimentação adequada vai aderir. E ele também vem aqui demanda de um banho, comida, abrigo, documentação (Elias, TNM).

No momento de responder sobre o que modificariam nas equipes do Consultório na Rua, a maioria dos trabalhadores aponta que é necessário aumentar o número de equipes e, de trabalhadores, em resposta às demandas específicas dos pacientes e de como é a vida deles no território.

Mais consultórios na rua, tipo tem um para AP 3.1 (área programática) inteira, mas a 3.1 é grande para caralho, é de Mangueiras a Jardim América, são vinte e seis bairros nesse trâmite, está muito puxado (André, TNM).

Precisa de muitos mais Consultórios na Rua para dar conta. Contratar mais pessoas para trabalhar num horário mais estendido, porque a gente tem muito paciente que a gente não encontra de dia, ele só volta para o território depois das cinco, se a equipe fosse ampliada, tivesse uma outra equipe para trabalhar à noite. (Sara, PNS).

Incluiria alguns profissionais diferentes também na equipe tipo educador físico, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, que são coisas que a gente vê que grande parte dessa população que está em situação de rua necessitaria. Tentaria algum espaço físico mesmo de existência do consultório na rua que não fosse dentro de uma unidade da

estratégia de saúde da família com várias equipes e tal, fosse algum lugar mais separado (Natália, PNS).

Por sua vez, Fernanda (PNS) pensou no cuidado dos trabalhadores e em otimizar o trabalho mediante espaços de fala em relação ao trabalho e supervisão.

Trabalho

Para os profissionais, trabalhar no Consultório na Rua exige uma disposição e uma mudança no olhar para acolher a esse outro que precisa de cuidados. Em relação a essa modificação subjetiva, Elias (TNM) explica:

Você não acredita que tem gente morando ali, a gente vai para embaixo da Linha Amarela, os carros passam ali ninguém sabe nem que tem gente ali e aí existem famílias morando sabe? São muitos, é muito chocante, é muito mobilizante. É ficar chocado e tentar de alguma forma participar de um processo de, no mínimo, de tentativa de acolhimento. É importante e mobilizador.

Todo mundo tem que se desprender um pouco do eu para estar ali porque tem que ter disponibilidade muito grande, tem que ter uma disponibilidade de verdade muito grande. [...] A disponibilidade que a gente tem para atender o outro também tem disponibilidade para escutar (Elias, TNM).

E Elias continua discorrendo sobre a mudança do eu, e mudança na percepção do outro.

Do reconhecimento desse outro como um corpo, um corpo que é um corpo mesmo, um corpo humano, é um corpo de amar e amável. E eles são sempre um corpo indesejado. Um corpo invisível, um corpo indesejável, um corpo que é descartado, é um corpo 'matável', né? E a gente trata esse corpo como um corpo humano (Elias, TNM).

A isso André (TNM) acrescenta que se trata da mudança no olhar para poder acolher o outro sem o estigma que geralmente sofrem.

É isso e a receptividade deles, porque todo mundo fala: 'Ah, não vou falar com aquele morador de rua. [Porque] Ele vai me bater, ele vai me agredir'. O que eu faço para mim é normal, eu só vou bater em porta diferente. O que eu geralmente pergunto é: 'O que é casa para você?' Que hoje nós estamos na casa do A. Nós o chamamos na casa dele e ele foi e falou: 'esse aí ó, meu vizinho, acorda, vai trabalhar vagabundo', e foi brincando com o vizinho dele, zoando o vizinho dele e tal (André, TNM).

O mais importante do trabalho parece ser esse trato humano, esse reconhecimento do outro como um sujeito, um semelhante. Como diz Márcio (PNS): “[...] *a principal coisa que a gente faz por eles é trazer dignidade com esse acesso que a gente facilita*” (Márcio, PNS).

O trabalho real exige flexibilidade, conhecimento do território, atender as singularidades dos pacientes e um trabalho em rede. Elias (TNM) conta como eles tiveram que ir em busca das demandas, e se dispor a atender, segundo as particularidades dos pacientes.

Pontua, em sua fala, como atua: “[...] explicando para eles um novo compartilhamento, a forma que eles poderiam reduzir um pouco aquele dano daquela coisa, do uso mais problemático, uso mais arriscado, enfim e a gente chegou, e a gente chegou chegando.” (Elias, TNM)

O trabalho do Consultório na Rua não é somente possibilitar o acesso à saúde, senão também o acesso a uma parte da cidade que por causa do estigma, lhes é vetada. Elias (TNM) conta uma experiência nesse sentido:

A gente aqui, por exemplo, fez vários trabalhos de levar eles na época da Copa do Mundo, na época das Olimpíadas, fazer uma oficina que a gente chamou de Direito à Cidade, porque eles contam que a galera vai para praia catar latinha, mas a gente não pode tomar banho, a gente não pode parar no banco se tiver dois de nós, não pode ficar sentado ou parado tem que andar, circular e eles não tomavam banho.

Fernanda (PNS) relata uma experiência positiva, mas que não permaneceu:

Teve uma época que eu fazia grupo também. E teve momentos de música, de alguns pacientes do grupo que tocavam violão. Teve uma época que a gente fazia sessão de cinema e uma oficina de culinária, foram momentos, é muito difícil pelo cotidiano da Clínica, a gente não conseguiu fazer essas coisas permanecerem.

O trabalho real do Consultório na Rua aparece na fala dos trabalhadores exigindo um conhecimento dos pacientes e uma flexibilidade no atendimento, que não pode ser protocolar, deve atender a singularidade dos pacientes. Nesse sentido, Elias (TNM) relata que *às vezes tem que ser um pronto atendimento ali, o que é o pronto atendimento para ele? É ser acolhido, qualquer atenção que você dá, já parece que é muito grande para ele*. E continua:

Uma das coisas que a gente é reconhecido ou ganha prêmios, é a questão da tuberculose. Como é que em uma população a gente consegue fazer ter tanta cura? E tem anos que a gente tem oitenta por cento de cura. E falavam: ‘a gente que está aqui na unidade de saúde não consegue fazer com que a pessoa faça adesão ao tratamento, como é que vocês conseguem dar cura’, entendeu? E é isso fazendo dentro das estratégias, porque se a gente fechar em caixinhas e achar em enquadrar tudo tem ‘Ah tem que ser na planilha, tem que ser no horário, tem que ser, não sei o que, é você não [pode] flexibilizar isso?’. Com certeza essa galera não vai. (Elias, TNM).

(...) às vezes ele enrola e ele pega duas vezes e vai, e consegue enganar assim, legal. Aí a gente vai falar não, isso não? É da sobrevivência deles. Num processo de ter que estar desenrolando lugar pra dormir, pra comer, não consigo comer aqui como em qualquer outro lugar. Eles vão desenrolar. Só que é isso, é menos um desenrolo para hoje (Elias, TNM).

Sara (PNS) conta também que houve uma época que faziam atendimento noturno em horário estendido, declarando que: “[...] a gente ficava até as nove da noite aqui pra atender a “cracolândia”. E a gente pegava muitos pacientes da reciclagem. Isso, e é isso daí, na verdade foi uma iniciativa nossa.” (Sara, PNS)

Os trabalhadores diferenciam a especificidade do seu trabalho e o trabalho em conjunto do Consultório na Rua. Eliane (TNM) argumenta que: “na equipe a gente não tem muita definição de função né? Então, assim (cada um) faz de tudo um pouco dentro da equipe”. (Eliane, TNM).

Já para Márcio (PNS): “*tem essa coisa muito específica de cada um tem aquela coisa que é do enfermeiro, mas, que no final das contas todo mundo acabava metendo muito a mão na massa.*”. E destacamos também o posicionamento adotado por Fernanda, afirmando que:

Todos os dias a gente fica se questionando, assim, qual é o trabalho de cada um e qual é o trabalho de todos? Para o médico, para o enfermeiro que tem um trabalho muito objetivo, é mais fácil. No começo eu me preocupava muito com isso e, assim, eu sinto que foi um processo de ir descobrindo o sentido do meu trabalho ao longo desses anos. E aí devagarinho encontrando respostas (Fernanda, PNS).

Sofrimento

Um dos maiores motivos de sofrimento dos trabalhadores é ser testemunha da violência que sofrem as pessoas em situação de rua. A própria vida na rua constitui uma realidade tão difícil que provoca sofrimento nos trabalhadores, que se manifestam nesse sentido:

Não é fácil, trabalhar com a população que está na situação que se encontram as pessoas em situação de rua, é a radicalidade da radicalidade. É quase que uma desumanização de tudo. As pessoas vivem em situações inimagináveis né? De miséria, de lixo. É duro (Fernanda, PNS).

Confrontar-se com essa situação e, às vezes, não poder fazer nada para aliviar o sofrimento do outro provoca sofrimento nos trabalhadores. Eliane (TNM) se refere à alimentação para as pessoas que devem tomar medicação para a tuberculose da seguinte forma: “[...] porque eles não têm motivação de vida nenhuma, né? É, para eles é isso, viver ou morrer para alguns não tem muito parâmetro.” (Eliane, TNM)

Elias (TNM) se refere à dignidade das pessoas que eles cuidam e como não poder dar uma sepultura digna para essas pessoas o abala profundamente. A desumanização que sofrem as pessoas em situação de rua, tanto na vida como na morte, produz uma profunda tristeza, quando entende que:

Eu quero que aquele corpo tenha um nome, porque o nome é muito importante, é aquele corpo que morre e aí vai lá pro IML como mulher parda. Isso para a gente é de mudar a ordem do ser humano, do impossível. Assim, a gente luta muito para que esses corpos tenham dignidade mesmo depois da morte, porque eles já tiveram muita indignidade durante a vida (Elias, TNM).

Outra forma de violência a que os trabalhadores fazem referência é o estigma que sofrem os pacientes. Os trabalhadores referem que existe um preconceito social para com a população

em situação de rua, que eles ouvem falas sobre a periculosidade das pessoas que eles cuidam. Esse preconceito os trabalhadores reconhecem estar presente na grande maioria da sociedade, porém ocasiona um sofrimento maior quando aparece entre profissionais de saúde, como coloca Elias (TNM):

É muito difícil quando a gente tem que ir para reunião e ouvir algumas coisas dos nossos próprios colegas, é estigmatizar mesmo, está sempre numa posição de moral, de que é superior àqueles pacientes porque faz uso de drogas ou porque está na rua, porque vai me roubar, porque não sei o que. Então é muito, é muito triste.

O estigma social, como um discurso que atravessa alguns dos trabalhadores de saúde com quem os membros do Consultório na Rua devem trabalhar em conjunto, provoca sofrimento de diversas maneiras, entre elas porque os trabalhadores sofrem ao ver aos pacientes renegados, discriminados, negligenciados.

Outro modo que esse estigma provoca sofrimento é atingindo os próprios trabalhadores, que acabam sendo excluídos como os próprios pacientes das unidades de saúde, em referência a momentos vividos na Clínica da Família. A esse respeito Eliane (TNM) fala: *“Era uma segregação gigante a ponto de quererem que a gente saísse mesmo da unidade.”* (Eliane, TNM)

Elias (TNM) expressa esse sofrimento no modo de cansaço: *“A gente está o tempo todo tendo que falar para nossos colegas que aquela pessoa que vive em situação de rua tem direito a acessar, é um cidadão. É ruim ter que estar falando isso o tempo todo.”* (Elias, TNM).

O estigma aparece também apagando o trabalho que eles realizam, esvaziando o trabalho de sentido. A máxima “enxugando gelo” aparece várias vezes entre diferentes trabalhadores expressando esse cansaço, essa impotência perante uma realidade insuportável.

A grande maioria tem sempre aquela ideia de que a gente está aqui enxugando gelo, de que não vai resolver nada, de que a gente está dando entre aspas, né? Dando para o outro uma oportunidade que ele não sabe aproveitar (Sara, PNS).

Eu me lembro que a primeira vez que eu fui à rua, que eu cheguei em uma ‘cracolândia’ que eu via as condições. Fiquei muito impactada e até hoje isso me impacta. E sempre acho que eu nunca vou deixar de ficar impactada e indignada. Mas eu ficava pensando: ‘gente, mas não é possível esse trabalho! É enxugar gelo aqui.’ (Fernanda, PNS).

No entanto, em outra parte da entrevista, Fernanda (PNS) relata como foi trocando esse significante da impotência de “enxugar gelo” e conseguiu, não sem sofrimento, encontrar um sentido, uma valia para seu trabalho. O estigma se expressa, principalmente, nas barreiras encontradas pelos usuários para o acesso à saúde:

Às vezes a barreira de acesso já é no início, o cara não chega nem a ser atendido pelo técnico da saúde, ele já é atendido pelo cara da portaria: ‘você não vai entrar com

cachorro' [...] 'você não pode entrar'. [E o usuário:] 'Onde vou deixar minhas latinhas?' (Elias, TNM).

Essas situações frequentes geram uma sobrecarga na equipe, porque eles fazem um trabalho que seria incumbência da Clínica da Família, e porque eles devem acompanhar os pacientes para que sejam atendidos. Sobre essa primeira situação, Elias (TNM) fala da seguinte forma:

A gente pensar que a gente tem uma população muito grande para atender com equipe com dez pessoas, a nossa pretensão é que a gente possa cada vez mais articular com as outras equipes da atenção básica para que eles entendam que a responsabilidade sanitária por aquele território é daquela unidade. (Elias, TNM)

Essas barreiras de acesso aos serviços de saúde que reproduzem a invisibilidade dos pacientes provocam angústia nos trabalhadores porque impedem que eles façam seu trabalho como coloca Sara (PNS): "A meu ver a rede é um dos maiores entraves que a gente tem por que as coisas poderiam funcionar mais rápido e não funciona porque você depende do outro." Ela também realiza uma crítica à falta de flexibilidade, argumentando que a rede não considera as particularidades dos sujeitos cuidados e tem a mesma exigência para todos os sujeitos. Fernanda (PNS) expressa essa rigidez dos protocolos:

É uma das dificuldades quando... os protocolos, as normas, as regras são importantes, mas, quando isso fala mais alto do que a necessidade de saúde daquela pessoa e vira uma camisa de força, isso é uma coisa que me incomoda, me preocupa.

A gente está remando na contramão do SUS, não só para a pessoa é ruim, mas a gente está remando na contramão do SUS, eu fico puta com isso, é uma coisa, assim, que me enlouquece. (Fernanda, PNS).

A violência armada é sofrida cotidianamente pelo território de Manguinhos, e afeta os pacientes de duas formas, são alvo direto dos ataques do tráfico e da polícia como relata Eliane (TNM): "A gente pega muito paciente grave e (que) às vezes até vem a óbito por conta da violência do poder paralelo, são pacientes que não têm familiar, não têm quem defenda, são tratados como ninguém." Também, verificam-se a dificuldade em acessar conseguem o CnR em função das operações policiais realizadas no território, conforme agrega Natália (PNS):

Por a gente estar dentro de Manguinhos, um território absurdamente violento, no sentido da presença da força policial mesmo, faz com que muitas vezes a unidade esteja fechada, as pessoas não conseguem acessar, isso vai gerando uma demanda reprimida que atrapalha nosso trabalho.(Natália, PNS).

Outro modo de sofrimento que atinge os trabalhadores é a precarização laboral. No ano de 2021, o Consultório na Rua de Manguinhos mudou de Organização Social, e isso resultou

em diminuição do salário. André (TNM) está buscando um outro trabalho à noite para compensar essa perda e fala sobre as repercussões dela para ele e para a equipe: “A redução de salário foi o déficit final, foi a pancada final, cansaço já vem já, antes. A última pancada é essa, o salário.” (André, TNM).

André (TNM) coloca, também, que o desânimo da equipe por essa precarização repercute na qualidade do trabalho fazendo com que algumas pessoas fiquem sobrecarregadas, porque já não trabalham como antes. Para ele: “Antes todo mundo ia para rua. Hoje em dia nem todo mundo vai, tudo mundo cansado mentalmente e nem critico não, e aí quem vai se cansa o dobro. E os outros já estão sobrecarregados.” (André, TNM).

A precarização laboral produz sofrimento que, em muitas vezes, permanece silenciado pela ameaça da perda de emprego. E André (TNM) prossegue:

Eu geralmente não falo com ninguém, o desemprego ele está muito grande. E se eu falo com a gestão e a pessoa é demitida? Eu me sinto o cara mais podre do mundo, porque sou uma pessoa que vai passar necessidade daqui a pouco. Então, eu guardo para mim, eu absorvo, engulo, respiro e levo para mim. (André, TNM).

Destacamos também uma fala acerca da precarização geral dos serviços de saúde, enquanto infraestrutura e instabilidade: “*a mudança de governo e política que destrói tudo e a gente começa um trabalho meio que às vezes do zero.*” (Natália, PNS). E continua:

São salários que são muito abaixo da realidade assim, isso faz com que as pessoas precisem de outros empregos e aí façam cargas horárias absurdas semanais e isso gera um desgaste pessoal. [...] A estrutura mesmo das unidades é uma coisa que dificulta o trabalho muitas das vezes, estrutura em termos de material, estrutura em termos de medicamentos disponíveis, ainda mais quando se trata de uma população tão vulnerável (Natália, PNS).

A dificuldade para a gente conseguir chegar aqui, para a gente poder conseguir manter essa política funcionando, é dificuldade financeira você ganhando o que você ganha para se manter e vir trabalhar todos os dias, é difícil. Porque se a gente for botar na ponta do lápis tudo, a gente não ia estar aqui. Porque eu acho que existe um mecanismo do sistema que te empurra para fora disso, te empurra para fora dessa roda, sabe? E para você estar dentro dessa roda você precisa estar muito agarrado na mão do outro e o outro na sua mão, porque senão não dá certo (Márcio, PNS).

A partir da fala de Márcio (PNS), podemos pensar na importância da equipe para poder se manter no trabalho, mesmo na ausência de reconhecimento simbólico para o trabalho que eles realizam. O salário não somente opera para manter a sobrevivência e a qualidade de vida, mas funciona como um reconhecimento simbólico, pois um trabalho que não é valorizado provoca desânimo e sofrimento. A referência a um mecanismo do sistema que *te empurra para*

fora, é a mesma que exclui e marginaliza as pessoas que eles cuidam. Em outras palavras, para além do monetário, os trabalhadores também não se sentem reconhecidos pela gestão nem pelos próprios profissionais de saúde.

Para Elias (TNM) o conhecimento existe, porém o reconhecimento é problemático, como é visto em sua fala: “Eu fico surpreso em todo mundo de fora fica: ‘olha, vocês são uns anjos’, e a gente odeia ser os anjos. ‘Olha vocês vão resgatar as pessoas’, que ‘você resgata a vida’, [quando a gente] está trabalhando e é o nosso trabalho.”

André (TNM) não se sente reconhecido como trabalhador, nem ouvido pela gestão, quando afirma que: “Não consigo falar com pessoas de um andar funcional maior. Às vezes eu tenho que pedir para um articulador para usar a minha voz.” (André, TNM). Já Fernanda (PNS) conta que sofreu com a falta de reconhecimento dentro da própria equipe e afirma: “[...] já tive muitos momentos assim de baixo astral, de achar que nada do que eu fazia era valorizado pela equipe, pela gestão maior. (...)A gente precisa de reconhecimento. Isso é uma coisa que dá gás, que motiva.” (Fernanda, PNS)

Quando Márcio (PNS) declara que ‘deve haver algo a mais para manter o trabalho funcionando’, faz referência à equipe, pois para ele, alguns trabalhadores entendem que o desânimo da equipe repercute na qualidade de trabalho e, também, na possibilidade de se encontrar para falar do trabalho. Segundo André, a redução de salário foi a pancada final, pois deixaram de falar do serviço para falar de salário. Ele relata que as reuniões de equipe estão sendo descuidadas, porque que cada vez resulta mais difícil a equipe se encontrar e elas acabam sendo realizadas externamente.

Não conseguimos nos encontrar, a gente não fala a mesma voz, a mesma língua, falta hoje uma reunião de equipe, para todo mundo sentar-se e falar. Para se organizar também, não? Porque senão fica em cima de quem vai, entendeu? (André, TNM).

Fernanda (PNS) coloca a relação com a equipe como um dos motivos que mais a fez sofrer nos anos que permaneceu no Consultório na Rua, destacando que: “Era uma das coisas que mais me fez sofrer, quando a gente não se encontrava na concepção de cuidado, batendo cabeça entre nós, ou mesmo brigando muitas vezes, às vezes desgasta mais do que a própria situação, assim, do atendimento mesmo.” (Fernanda, PNS).

É possível afirmar que a fala de Fernanda (PNS) ao explicitar o sofrimento de quem nunca conseguiu resolver sozinha o que a fazia sofrer, ajuda a compreender outro motivo de

sofrimento que apareceu em vários dos trabalhadores: a falta de cuidado para com os trabalhadores de Consultório na Rua. E isso ficou claro nas reflexões feitas sobre como o trabalho e o sofrimento que ele provoca afetam a sua saúde física e mental. A esse respeito os trabalhadores colocaram diferentes efeitos:

No passado eu já adoeci, eu fiquei com uma pneumonia, e foi em decorrência do trabalho. Trabalhando demais, me alimentando mal porque eu pouco tinha horário para fazer, então, houve esse agravo em saúde (Márcio, PNS).

Eu fiquei muito grave com COVID-19, mas principalmente a tuberculose. Assim acho que isso foi naquele período, assim, bem complicado [...] para eu conseguir lidar (Eliane, TNM).

Os trabalhadores consideram que não existe nenhum suporte institucional coletivo pensado para cuidar da sua saúde e esse descuido é vivenciado como sofrimento.

[...] quando você cuida de alguém, mas, não tem quem cuide de você, isso pesa. Não existe o cuidado de quem cuida. Existe o cuidado, mas não de quem cuida. Não existe cuidado do cuidador, porque é isso, a saúde se não é cuidada ela adocece e infelizmente é isso. Nós somos a saúde e nós somos a saúde que infelizmente não é cuidada. Entendeu? E aí infelizmente nós como saúde adoecemos. (...) Vou levar para casa as pancadas que eu estou tendo no serviço, que está atribulando mentalmente, que é que eu faço? No dia do tiroteio, até como é que foi o trabalho? Tranquilo. Tudo sob controle. Só que é isso, e estou guardando porque se eu levo para casa eu sobrecarrego a minha casa, não tem onde pedir socorro. É uma equipe que ela tá há onze anos num trabalho, uma equipe que está cansada, que não tem o atendimento, a gente vai cuidando dos outros e não tem quem cuide da gente que fica ferida, fica cansada, fica estressada. E redução de salário, é pancada em cima de pancada. (André, TNM).

Aqui fala muito mais sobre os pacientes, mas a gente não fala muito sobre a gente não, a gente esse espaço, ele não existe. E porque não criarmos? Não sei, eu acho que falta alguém para poder fazer isso, não dá para gente mesmo fazer. (Márcio, PNS).

Fernanda (PNS) concorda com Márcio que esses espaços para conversar sobre como os trabalhadores são afetados pelo trabalho e que deveriam ser institucionais e realizados por uma pessoa externa ao grupo.

Para os trabalhadores, a pandemia de COVID-19 foi uma catástrofe que desmascarou e agravou outros sofrimentos. Muitos dos profissionais adoeceram ou tiveram que pedir licença, porque são pessoas de risco; aumentou a população em situação de rua, e reduziu o número de trabalhadores da equipe, com sobrecarga para os que permaneceram trabalhando. E conclui, afirmando que “(...) então uma equipe que tinha dez, que já é muito restrita, nós ficamos com quatro durante um ano, a saúde mental foi muito afetada, afetação essa que tem sequelas até hoje assim para gente” (Elias, TNM).

Entre alguns desses profissionais, com mais de duas décadas de atuação, essa pandemia foi o pior momento que passaram.

Durante a pandemia a gente ficou em uma equipe muito reduzida aqui. E aí eu tive problema, eu fiquei afastada durante quinze dias por afastamento psiquiátrico. Foi que eu dei uma surtada, perdi três familiares para COVID-19, e aí trabalhando aqui todo dia com COVID-19. Acho que a questão de saúde mental pelo trabalho e que a gente sempre tem, acho que ela fez com que as pessoas adoecessem mais (Sara, PNS).

Outro motivo de sofrimento foi não poder cuidar dos pacientes do modo que eles fazem, tocando-os, abraçando-os. Isso gerou um grande desgaste mental.

A gente trabalha muito pelo afeto do toque, da fala, assim, né, amoroso. Como é que você vai através desse toque e você não pode mais, e você vai dizer para esse cara que está o tempo todo sendo renegado: 'aí não me toca agora porque..', eu não sei (Elias, TNM).

[...] um sacrifício não abraçar os nossos pacientes era um sacrifício porque a gente está acostumado de a gente chegar na área e eles virem abraçar a gente, como é que a gente afasta isso de uma hora para outra? (Eliane, TNM).

Prazer

Os trabalhadores concordam que atuar no CnR é um trabalho muito difícil e que precisa ter um algo a mais para permanecer, uma mobilização subjetiva porque, para Márcio (PNS), *não é um trabalho que se faz pelo financeiro*. E esse algo a mais é uma identificação com o trabalho, conforme relata:

Eu quis ser enfermeiro dessa equipe... acho que eu tenho uma disponibilidade interna, eu tenho uma identificação com esse trabalho, é um trabalho que eu gosto de fazer. Eu acho que a vivência que o Consultório na Rua traz, a vivência que é trabalhar com população em situação de rua é muito instigante. É um trabalho árduo? É, mas é um trabalho que não me deixa cair numa monotonia, não me deixa cair na coisa que é extremamente protocolar. Se você não gostar de estar no Consultório na Rua fica impraticável a sua permanência ali. Se você não gostar, você não sobrevive ali (Márcio, PNS).

Acho que é um trabalho que mobiliza, mobiliza, né? Deve ter percebido que algumas vezes eu falo com uma certa emoção mesmo, que mobiliza total (Elias, TNM).

Uma das motivações que eles encontram para trabalhar no CnR se relaciona à importância social desse trabalho e o sentido dele, tanto em suas vidas como para a população que cuidam, que é desassistida e invisível. Assim, também atribuem um valor ao trabalho que realizam. Suas falas em relação a isso são contundentes.

É um trabalho que faz sentido na minha vida. (...) Desse trabalho de ser na rua mesmo, não de ficar o dia inteiro dentro do consultório, e que a gente consegue levar alguma

coisa, alguma assistência a uma população que é privada de absolutamente tudo na vida (Natália, PNS).

É isso, acho que cuidar daquilo que está invisível na rua, muitas das vezes, as pessoas passam e não conseguem nem ver que ali tem um ser humano, que tem sentimento, que está nessa situação de rua, muita das vezes, por questão social (Eliane, TNM).

Quando veio a questão de Consultórios na Rua não existia a função e é algo que eu recebo também de retorno, acho que eu não estou com essa função há tanto tempo se ela de fato não fosse cabível nem relevante (Elias, TNM).

Elias também consegue transformar o sofrimento experimentado na pandemia, a partir do resgate da importância que o trabalho do Consultório na Rua teve nesses momentos:

Por exemplo, nessa pandemia mesmo a gente foi muito importante, essas articulações porque foi um momento em que estava tudo fechado, onde a galera não conseguia ir pro corre, porque os bares estavam fechados, então foi muito importante juntar a sociedade civil, juntar empresários, conversar com essa galera, poder produzir, então a gente fez várias foi muito importante poder estar dentro dessas articulações fazendo e quando chegou a vacina foi muito importante (Elias, TNM).

Ao contrário do sofrimento gerado por não poder fornecer a resposta ideal, o prazer se constitui quando eles sentem que podem oferecer um cuidado dentro das suas possibilidades, conforme os trechos abaixo:

É um trabalho que tem uma satisfação, tem um ponto de satisfação muito grande assim quando a gente consegue. [E complementa] Você vai me atender porque me falaram ali que eu tenho direito, eu sei que eu tenho direito. E para gente empoderar é importante. É tornar esses sujeitos, sujeitos de direitos e consciente disso com essa autonomia é isso aí. Para a gente é ótimo (Elias, TNM).

Eu gosto quando eu vejo o resultado acontecendo. Eu gosto quando eu vejo aquela pessoa que está muito mal e tu vê a mudança na pessoa sabe? ver o corpo reagir, eu acho isso. Isso daí me dá prazer (André, TNM).

O que dá prazer é fazer a diferença. Quando a gente traz o paciente para fazer o curativo, quando a gente acorda as pessoas e vai mobilizando-as e mostrando para que a saúde dela é importante, aquele esforço que nós demos no camarada lá, eu sei que o para ele é difícil, mas..! Olha o prazer, eu mexi com três, trouxemos dois, estamos ganhando aí... nós estamos ganhando! É isso, poucos saem da rua, poucos param de usar, mas muitos cuidam da saúde. E isso eu posso bater no peito e falar (André, TNM).

Alguns, como Eliane (TNM), falam sobre a política de redução de danos, destacando os aspectos positivos e a diferença que essa política promove na vida das pessoas que não conseguem chegar na unidade e podem, por exemplo, ter os curativos feitos na cena de uso. Outros, como Fernanda (PNS) destacam o pavor inicial ante tanta desumanização e miséria, e

a sensação de que estavam “enxugando gelo”, o que cedeu lugar à descoberta de um sentido no trabalho e à sensação de poder fazer um cuidado diferenciado.

Não é enxugar gelo não, eu acho que a gente consegue fazer muita diferença sabe? Na vida dessas pessoas, acho que a gente consegue fazer a diferença, as vezes dá assim frustração, mas, consegue fazer [bem] as pessoas, não só a questão de aderir ao tratamento, mas de ter alguma felicidade (Fernanda, PNS).

Portanto, encontrar um sentido no trabalho e considerar importante o se faz gera prazer nos trabalhadores. Mas também é preciso considerar o ganho pelo reconhecimento ao trabalho. Saber que o trabalho é reconhecido pelos colegas e pelos usuários produz prazer nos trabalhadores, o contrário gera sofrimento.

Se for para quem eu atendo, é reconhecido. Eles me tratam bem, assim, eles me tratam como eu gosto de ser tratado, entendeu? Com equidade. Na rua não tem isso, tem pessoas que são ásperas na rua, aí depois que eles entendem que o seu propósito ali é nada mais nada menos que cuidar dele, ele muda da água para o vinho. E a receptividade deles é uma coisa que quem entra num Consultório na Rua dificilmente sai para ir para outra coisa. Geralmente sai de um Consultório na Rua para outro Consultório na Rua, porque é uma coisa viciante. Quando você entende que você consegue fazer o bem e a pessoa reconhece que você fez o bem, p...! isso é ímpar! (André, TNM).

Precisa ser bem tratado. [...] Eu tenho eu acho que eu tenho reconhecimento dos meus pacientes. Dona [nome da paciente] tá ali deitada me esperando pra conversar. O pior de tudo que eu chego lá e canto, brinco, [...], eu acordei a mulher sete horas da manhã para tomar um remédio de tuberculose, se fosse os outros pacientes estariam me xingando, mas ela está com todo amor e carinho me aguardando! Pô, é uma coisa surreal (André, TNM).

André (TNM) sente que não tem voz para a gestão, mas que se sente ouvido pelos pacientes: *Estou no meu habitat, aonde eu chego, eu sou reconhecido. Cara, eu sou ouvido, entendeu? Por essas pessoas, eu sou ouvido por essas pessoas.*

Eliane (TNM) refere que o reconhecimento que mais importa para ela é dos pacientes e da equipe: “A gente já está aqui muito tempo, acho que a gente se conhece até pelo olhar assim, então, pela equipe, mas eu já fico muito feliz de os pacientes estarem satisfeitos, né.” (Eliane, TNM)

Outros trabalhadores também reconhecem que esse é o maior motivo de prazer:

Acho que é um bom vínculo, assim, acho que é um vínculo disso de escuta, é um vínculo de escuta. Para tentar ouvir as dissonâncias desse tom e ali e aí isso acaba vinculando porque o outro percebe que você de fato tá ali ouvindo, escutando e tentando ver qual é o desenrolo dele (Elias, TNM).

Outro profissional agrega que, devido ao tempo que a mesma equipe trabalha no território eles foram acompanhando as vidas dos usuários: *Tem pacientes que estão aqui desde o início do Consultório na Rua, entendeu? Então, a gente tem um vínculo afetivo muito forte.*

Uma profissional que está se aposentando do CnR, conta que está fazendo uma retrospectiva, rememorando sua trajetória nesse serviço. Sente que agora vê seu trabalho reconhecido porque ela mesma conseguiu encontrar um valor nele.

Eu acho que quando a gente consegue ver e encontrar, junto com os nossos pacientes, a humanidade deles. Assim, saber que isso acontece às vezes é uma coisa, assim, tão grandiosa sabe? Quando você consegue, junto com o paciente, que está lá, que nem um zumbi no meio do lixo, morando naquelas condições. Quando a gente consegue ver, dentro dessas pessoas que vivem nessas condições, brotar uma coisa. Por exemplo, teve um dia que, na pandemia, eu comecei a atender alguns usuários pelo telefone por videochamada, eram usuários que estavam num abrigo. Teve um dia que ele foi num lugar lá nesse abrigo que tinha uma árvore gigantesca e uma orquídea maravilhosa. E aí ele falou: ‘ah eu vim aqui, para esse lugar, para mostrar para senhora essa flor’. Eu fiquei tão emocionada, entendeu? Ele foi me mostrar aquela flor, ele consegue enxergar a beleza de uma flor. Eu até choro (se emociona) porque isso me emociona, entendeu? Então, isso... (são) essas coisas que acontecem eventualmente assim, né? (Fernanda, PNS).

E acrescenta o relato de outro momento entre os que chama de mágicos:

Eu fui perguntar para a gerente se ele podia tocar um pouquinho na sala de espera, mas foi uma coisa, assim, na hora. Daí eu cheguei na sala de espera pedi atenção de todo mundo, aí ele começou a tocar, Gente, mas foi uma coisa tão impressionante, porque estava sujo, ele se sentou na sala de espera ali na frente de todo mundo, a maioria ouvindo com atenção para ouvir o cara tocar e cantar, e depois todo mundo bateu palma para ele sabe? Então, foi um momento, foi um momento mágico sabe? Ele foi valorizado, foi um momento de felicidade entendeu? Um segundo de felicidade que eu acho que são essas coisas que a gente deve tentar proporcionar né? Para as pessoas terem vontade de se cuidar, para as pessoas cuidarem da sua saúde, a vida tem que ter graça, tem que ter sentido. [...] Eu acho que quanto mais momentos desses a gente consegue construir, mais chances as pessoas têm de se cuidar, de aderir ao tratamento. Então essas coisas são coisas que dão prazer, que não acontecem toda hora, mas que são exemplos (Fernanda, PNS).

Os trabalhadores consideram que, como equipe, muitas vezes não coincidem na concepção de cuidado, porém, conseguem se entender, indicam que como levam tanto tempo trabalhando juntos, se entendem no olhar e são como uma família que briga e se entende.

Acho que isso é um diferencial da nossa equipe, porque a gente consegue falar e brigar entre nós e a gente se ama, porque a grande maioria da equipe está aqui desde o início. É, então assim, a gente já se conhece e briga e se beija e briga, entendeu? (Sara, PNS).

Tem os embates mesmo, que a gente consegue resolver com conversa, com reunião de equipe e lá na frente já se acerta, mas é igual família né? Família briga, a gente tá mais tempo aqui do que na nossa casa (Eliane, TNM).

Uma técnica destaca que na equipe eles se apoiam na hora de colocar um limite.

[...] e se a gente vir que alguém está se sentindo um pouco desgastado, a gente consegue referenciar para outro profissional. É que isso é importante a gente conseguir admitir que ‘ah não estou dando conta’. E aí preciso que alguém tome essa situação e a gente consegue, a gente sempre faz isso e direciona. (Eliane, TNM).

Fernanda (PNS) e André (TNM) lembram de uma experiência que tiveram com pesquisadoras da Fiocruz que realizavam um atendimento grupal com eles e isso foi de grande importância.

Eles faziam grupos com a gente nos dias da nossa reunião de equipe, vinham pesquisadores para trabalhar com a equipe, para conversar sobre o nosso processo de trabalho. Para mim aquilo era uma preciosidade. Foi uma oportunidade preciosa que a gente teve de se ver, de ver o quanto a gente gostava um do outro também, sabe? Apesar das nossas diferenças, a gente começou a se respeitar a gente estava vivendo um momento de mais respeito um com o outro. (Fernanda, PNS).

Um deles afirma que um dos momentos que produzem mais prazer é quando a equipe está em sintonia para praticar um cuidado conjunto, afirmando que “[...] Eu gosto quando rola uma sintonia da equipe que é o cuidar do outro com o outro, não sei o que flui, é um prazer, assim, é uma coisa tão boa isso, mas isso não acontece sempre” (Fernanda, PNS).

Alguns dos trabalhadores, além de sentir que seu trabalho é importante, sentem muito orgulho e prazer de ser parte do SUS e poder transmitir sua experiência de trabalho para outros. A esse respeito destacam a importância do SUS da seguinte forma:

Fazer o SUS se tornar físico. Sair da escrita e fazer ele se tornar físico. Porque é um dos melhores programas que tem no mundo e minha função é só fazer a maquininha funcionar, funcionar não, caminhar, normalmente como tem que ser (André, TNM).

Que uma hora cada um que estava com a gente contando contigo vai estar na rua, vai estar andando e aquela pessoa vai tá ali precisando e é isso. Isso daí me dá prazer, fazer o SUS acontecer a rodinha do SUS eu sou só um grão de mostarda no meio desse terremoto, pois quando eu consigo fazer as pessoas olharem, entenderem, tocarem, falar, ouvir e entender que são pessoas como a gente, entender que o que eu faço todo mundo pode fazer, ou trabalhando com domiciliar, ou trabalhando com morador de rua... todo mundo pode chegar lá e fazer, porque são pessoas, são seres humanos (André, TNM).

Para Fernanda (PNS) ser uma trabalhadora do SUS é uma parte da sua identidade.

(...) quando eu me apresento, eu sou uma trabalhadora do SUS, isso ocupa um espaço grande dentro de mim, da minha vida, assim. Eu tenho orgulho de dizer que eu sou uma trabalhadora do SUS, que eu gosto de lutar pelo SUS, quando eu sinto que estou contribuindo para alguma coisa dessa construção, né? Assim, eu me sinto muito satisfeita e orgulhosa.

Alguns sentem orgulho do trabalho em rede, apesar dos embates permanentes, e conseguem sentir prazer em como, ao longo do tempo, foram se modificando algumas relações com a rede, e eles, como o CnR, conseguiram ocupar seu lugar de representação. Ainda é motivo de orgulho o fato de conseguirem, por esse trabalho, que outros trabalhadores acolham os pacientes, conforme os relatados a seguir:

Teve clínicas que depois que a gente fez esse processo de vacinação mudou totalmente, manda foto ‘olha a gente comprou o kit, ele não queria ficar, eu usei aquela técnica que vocês usam’. Foi um processo aí de potência de olhar, de mudança, porque foi muito importante, assim; outro motivo de orgulho para ele é o lugar de representação que ocupam os trabalhadores do CnR (Elias, TNM).

A gente tem lugar no Conselho Nacional, a gente tem fala, né? A gente tem pessoas que trabalham no Consultório na Rua que está lá representando a rede, essa rede, em todos os âmbitos do Legislativo, do Judiciário, a gente tem muita conversa com o Judiciário. Então a gente está ali (Elias, TNM).

Apesar de marcar a ausência de espaços coletivos de cuidado, alguns dos trabalhadores relatam como que tentam, individualmente, cuidar de si mesmos para não adoecer, embora lamentem não dispor de outras ferramentas pensadas no nível institucional. Tanto Márcio (PNS) como Eliane (TNM) acham fundamental separar o horário do trabalho das suas atividades fora do trabalho.

Eu tenho minhas ferramentas em sobrevivência. Eu procuro encerrar meu trabalho às dezesseis, então eu faço higiene mental. O que é higiene mental para mim? Cuidar de mim. Cuidar da minha casa, falar com a minha mãe ao telefone, cuidar da minha vida pessoal. Porque se isso não acontecer vai desembocar no adoecimento físico, né? E mental também. Então, tem essas ferramentas que eu utilizo para não adoecer física e mentalmente (Márcio, PNS).

Estratégias coletivas de defesa

Em relação às dificuldades que se apresentam, os trabalhadores comentam que a maior delas é poder identificá-las, pois, para Márcio (PNS), elas são tão rotineiras que “[...] a gente já sobreviveu a elas e continua sobrevivendo. Então fica muito difícil de elencar dificuldades aqui.” (Márcio, PNS).

De todo modo, falam da ausência de recursos e do trabalho com a rede como as principais causas que atrapalham o trabalho. Como ausência de recursos materiais, elencam a

falta de medicamentos, ou de material para curativo que, às vezes, precisam comprar do próprio bolso, assim como pagar o pedágio ao acompanhar um paciente para tratamento especializado ou internação. E citam como exemplo o confronto entre o trabalho real que realizam e os protocolos da atenção básica.

A dificuldade do que as pessoas entendam também de certas particularidades do Consultório na Rua, por exemplo, pegando o gancho da sífilis. A gente aplica a benzetacil, geralmente com anestésico, né? É um ganho a condição que eles falam: ‘está bom eu vou aderir aí ao tratamento’. É uma sedução né, que a gente faz. Só que isso é uma dificuldade, porque fala assim ‘ah no protocolo diz que não é para aplicar’ e, então, tudo vai criando uma certa dificuldade. A gente não consegue essa disponibilidade do anestésico para fazer a benzetacil que é uma coisa extremamente dolorosa ‘ah a gente não vai ceder, porque eu não tenho protocolo, não tem nada dizendo que isso vai é melhorar a adesão do usuário, mas a gente tá dizendo que vai melhorar porque a gente vivencia isso na prática (Márcio, PNS).

Citam o caso do abrigamento como outro exemplo no qual o trabalho real do CnR contraria o protocolo.

Se ele não tem um documento, a gente precisa fazer um registro de ocorrência, mas e se esse cara tem alguma situação com a justiça? Primeira coisa que a gente fala: ‘cara, se tiver qualquer coisa, tu mexe para cá’ (Eliane, TNM).

O trabalho em rede, que poderia ser uma estratégia de defesa coletiva, também se apresenta como uma dificuldade. São comuns expressões do tipo: “os caras, colocam tantos critérios que só dificultam o acesso do camarada [usuário] aos diversos equipamentos que a gente precisa utilizar”.

A gente vive numa via tensionando outros equipamentos, outras pessoas que trabalham na rede para a gente poder fazer entender que o usuário precisa daquele cuidado, precisa daquela atenção, porque muitas das vezes as pessoas não estão nem aí. [...] às vezes o paciente tem algum grau de organização, mas, a gente sabe que ele vai sofrer discriminação e a gente vai acompanhar porque senão a consulta nem acontece (Márcio, PNS).

Essas estratégias que eles realizam para que o paciente seja atendido provocam sofrimento, porque devem ser realizadas para driblar o preconceito dos outros trabalhadores.

Sair daqui para resolver uma questão dessa entendeu? Já é horrível. Saber que está indo lá para proteger a pessoa de um preconceito que ela pode sofrer por ela estar em situação de rua (Márcio, PNS).

E defender ela de alguém que está lá para poder garantir que esse direito vai acontecer, é muito doído. Fica muito doído (Elias, TNM).

A gente já foi levar o paciente em consulta especializada, que a pessoa que atendeu pediu que quando ela voltasse, voltasse de banho tomado, muito fácil, né? Falar para alguém que ela tem que voltar de banho tomado (Márcio, PNS).

A equipe concorda que a atuação grupal possibilita os momentos de maior satisfação. Márcio destaca que: “(...) quando a gente consegue resolver aquele rolezão pesado, bravo que a gente consegue. E a gente se junta de verdade para resolver, e a gente vai lá e consegue resolver” (Márcio, PNS).

Em relação às estratégias que a equipe desenvolve coletivamente para se proteger de riscos, eles diferenciam dois tipos de riscos: a violência do território e o sofrimento psicológico. Em referência à violência no território eles consideram como medida preventiva se comunicar por um grupo de acesso seguro. Só fazem isso para se prevenir e não ir ao local de trabalho. A posição de Márcio (PNS) é categórica: “A gente se comunica muito pelo grupo, se houver um tiro, é lá tiro sei lá onde, e fica tudo mundo alerta. Eu acho que isso é uma medida preventiva bem eficaz” (Márcio, PNS).

Eles mencionam o risco psicológico que sofrem pelo próprio trabalho como muito grande e relatam como conseguem se proteger dessa tensão.

Eu acho que a gente faz muita coisa que a gente não percebe, né? E aí a gente consegue, se a gente escrever o que a gente sentiu, por exemplo, eu e Elias, passamos por uma situação extremamente desconfortável. Tive que discutir com o médico, se desenrolou uma discussão bem desagradável com ele né, e aí, mas a gente o tempo todo se apoiando ali emocionalmente porque é pesado, e se a gente não ficar ali insistindo, provavelmente não teria êxito na nossa missão. Entendeu? Mas isso tudo a gente, eu e ele ali, a gente se apoiando né? (Márcio, PNS).

Acho que o tempo inteiro, na verdade, no Consultório a gente precisa muito falar com o outro. A gente tem muitos sentimentos que, que é difícil né? De ficar guardado, principalmente, quando entra o ponto da discriminação que é o que os mais os nossos pacientes sofrem. Eu acho que isso traz sofrimento para a gente também, e isso a gente consegue discutir isso bem, falar e desabafar isso entre a gente. Não levar isso para casa. (Elias, TNM).

E a gente também não é só a enfermeira, a técnica, a gente é amigo, a gente tem uma relação de amizade entre a gente, facilita muito. De confiança. A gente briga, mas a gente se ama (Eliane, TNM).

Tanto nas entrevistas individuais como na grupal eles colocam que são como uma família, que brigam, que se desentendem, mas se amam. Duas das trabalhadoras falaram que são uma família que se “entende pelo olhar”. Por um lado, sentir que são uma família é uma estratégia para se apoiar entre a equipe, porém esse “se entender pelo olhar” para alguns trabalhadores aparece como uma ausência de palavras que lhes produz sofrimento.

Falta de a gente ter uma supervisão, poder falar sobre os processos de trabalho, sobre a equipe, para gente pensar sobre a gente, como está sendo, acho que seria bem importante, mas acho que a gente não tem muito isso (Elias, TNM).

A gente teve a sorte, né? De ser uma política pública de saúde nova e que despertou interesse em vários pesquisadores, a gente passou por processos que trouxeram coisas boas, né? Supervisões, né? Dinâmicas, que fizeram a gente olhar para dentro da equipe, né? Muitas vezes. Então, assim, a gente passou por momentos, assim, que trouxeram, né? Algum conforto, alguma situação de bem-estar. Mas isso não tem continuidade, né? Então a gente sente falta de uma supervisão (Márcio, PNS).

Na ausência de um espaço estabelecido de supervisão, eles falam que, na verdade, cada um desenvolve ferramentas para sobreviver.

A esse caos que a gente sobrevive, porque eu preciso ser o Márcio que tem uma vida pessoal para cuidar de mim, para poder no outro dia estar aqui, sabendo que eu vim trabalhar, senão a gente mata uma pessoa aqui dentro. (Márcio, PNS).

A falta de comunicação faz com que as reuniões de equipe estejam sendo muito difíceis de acontecer, a equipe está sobrecarregada após a pandemia e a troca de OS, que foi a “pancada final”, segundo um dos trabalhadores. Deixaram de falar de cuidado para falar de salário.

A precarização laboral, por deixar de pertencer a Fiocruz, de algum modo, teve consequências na equipe, não somente porque perderam um dos pilares fundamentais da equipe, a médica que organizava as linhas de cuidado, também porque se viram afetados por uma redução salarial que somada a sobrecarga da pandemia. André (TNM) solidariza com a equipe, que ficou desmotivada e afirma que os entende, e que já não trabalham como antes.

Dentre as estratégias coletivas, além da união da equipe e do apoio mútuo como em uma família, foi observado o sentido de humor que recobre o trabalho e a relação com os pacientes, o reconhecimento por ser uma equipe de referência e a união que sentem para além dos embates do cotidiano.

5.3 Consultório na Rua de Acari

O CnR Marcos Valadão foi um dos últimos a ser implantado na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2015. Está baseado e leva o mesmo nome da Clínica da Família, criada no ano de 2011, localizada ao lado do Hospital Municipal Ronaldo Gazolla, que foi destinado a atender COVID-19 durante a pandemia e que, provavelmente, será transformado em hospital de reabilitação destinado à população que ficou com sequelas da doença. Junto com a Clínica, o CnR está situado em Acari, que é um dos bairros com menor IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) do município do Rio de Janeiro. Porém, é de fácil acesso, já que o metrô possui comunicação quase direta com a Clínica, por meio de uma passarela. Trata-se de um território muito pobre, da zona Norte da cidade, onde está situada a Centrais de Abastecimento (CEASA)

do Estado do Rio de Janeiro, que abastece o município de produtos hortifrutigranjeiros no atacado. No bairro também existe há décadas a Feira de Acari, uma das mais famosas do Estado, já cantada em músicas. Parte da população desta área trabalha nas redondezas.

As maiores problemáticas enfrentadas pela população em situação de rua são a violência e a fome, já que, diferente dos locais turísticos da cidade, em Acari é mais difícil viver de esmola ou da doação de comida. Havia um restaurante próximo da Pavuna, que é um dos bairros fronteiriços, que fornecia alimentação para a população em situação de rua, mas que fechou devido à pandemia de COVID-19. Além dos problemas mencionados, o consumo de substâncias inalantes é elevado na área, e a equipe do CnR trabalha em cenas de uso.

A história do Consultório na Rua contada pelos seus trabalhadores é que durante vários anos a equipe que já trabalhou nele era completa, muito unida e fortalecida, e que a gerente da Clínica fez grande esforço para que os profissionais da unidade entendessem a importância do Consultório na Rua. Os trabalhadores falam com muita nostalgia desses momentos nos quais eles podiam fazer atividades com os usuários e se reuniam grupalmente para conversar sobre como eram afetados pelo trabalho. Aos poucos, por vários motivos como concursos, estudos e/ou pelas precárias condições de trabalho vivenciadas, os profissionais foram saindo da equipe, sem que fossem substituídos. A isso acrescentam a falta de vontade da gestão em manter o Consultório na Rua. No início do campo desta pesquisa neste equipamento, havia um ano que o Consultório na Rua contava com três trabalhadoras, uma administrativa, uma técnica de enfermagem e uma agente social, que era a única que podia ir para a rua com assiduidade. Embora não devesse, ela ia sozinha para a rua para não deixar os pacientes sem atendimento. Com a saída da enfermeira, referência deste consultório na rua, também deixaram de ir alguns residentes de saúde mental que realizavam práticas na equipe. Esse esvaziamento, somado às complicações ocasionadas pela pandemia, fizeram com que muitos usuários ficassem sem atenção. O território que o Consultório na Rua de Acari abrange refere-se aos bairros de Acari, Fazenda Botafogo, Barros Filho, Cajueiro, Chapadão, Costa Barros, Coelho Neto, Bairro União, Parque Colúmbia, e Pavuna.

A médica da equipe estava licenciada por maternidade, a equipe pedia a um médico da Clínica da Família que acompanhasse alguns pacientes. Em julho de 2021 esse médico foi designado para trabalhar 20 horas no Consultório na Rua, até a médica da equipe voltar.

Quando o trabalho de campo da pesquisa iniciou, a funcionária administrativa e a técnica de enfermagem saíram porque a Organização Social (OS) que as contratava mudou e

elas foram transferidas para outros locais. Portanto, durante três meses este CnR contou unicamente com a agente social para atender a população em situação de rua do território. No mês de julho de 2021 chegou um técnico de enfermagem que já tinha trabalhado neste serviço, mas logo foi escalado para atender pessoas com COVID-19, e saiu novamente. Durante esse período o clima era de luto, não somente pelos trabalhadores antigos que falavam dessas épocas melhores, mas também pelos usuários que chegavam perguntando por sua psicóloga e pela enfermeira. A grande rotatividade dos profissionais fazia com que sequer tivessem possibilidade de se despedir. Apesar das dificuldades o trabalho foi mantido, e no mês de agosto de 2021 começaram a trabalhar novos profissionais. Uma enfermeira, duas agentes sociais, além da que tinha permanecido, uma técnica de enfermagem, um psicólogo, uma assistente social, e o médico que continuou dedicando as 20 horas de trabalho, à espera do retorno da médica licenciada ou da decisão sobre quem continuaria na função. Atualmente, a equipe está quase completa, busca se organizar e encontrar o seu lugar. O trabalho de campo desta pesquisa ficou dividido em dois momentos: no primeiro, a agente social foi acompanhada, pois era a única trabalhadora que havia restado na equipe; no segundo momento os novos trabalhadores foram incluídos no estudo. Assim, a equipe que participou da pesquisa ficou constituída por oito pessoas: um médico substituto, uma enfermeira, três agentes sociais, uma técnica de enfermagem, uma assistente social e um psicólogo. Algumas características destes trabalhadores são apresentadas no quadro 4, e são descritas logo após.

Quadro 4: Características dos trabalhadores do Consultório na Rua de Acari

Nome	Função	Caraterísticas	Faixa etária	Tempo que trabalha no CnR	Conhecia o CnR
Ana	Agente social	Tem dois filhos. Trabalhava em um Caps-AD	40 anos	Agosto 2021	Sim
Camila	Assistente social	Faz mestrado em saúde pública. Fez estágio no CnR	30 anos	Agosto 2021	Sim
Fábio	Psicólogo	Trabalhava em saúde mental	34 anos	Agosto 2021	Sim
Karina	Técnica de enfermagem	Casada	49 anos	Agosto 2021	Não
Luiz	Médico	Trabalha também na UPA.	43 anos	Julho 2021	Sim
Marta	Agente	Casada dois	43 anos	Desde 2017	Sim

	social	filhos.			
Mônica	Agente social	Casada, trabalhava em uma CF	37 anos	Agosto 2021	Sim
Paula	Enfermeira	Casada. Trabalhava em uma CF	41 anos	Julho 2021	Sim

Luiz é médico no Consultório na Rua. Em julho de 2021 começou formalmente a substituir a médica que estava de licença maternidade, mas que, quando regressar, decidirá se volta a trabalhar neste CnR. Luiz trabalha na Clínica da Família e sempre se identificou com o trabalho da equipe. Sua ligação com a população em situação de rua, começou quando ainda era adolescente e participava de uma ONG ao lado de um médico. Essa experiência marcante o motivou a escolher a profissão de médico.

Paula é enfermeira e coordenadora da equipe, começou em julho de 2021, mas devido a um acidente somente pode atuar efetivamente em agosto. Desde 2005 trabalhou na Estratégia Saúde da Família. Conhecía o Consultório na Rua, mas não tinha trabalhado com a população atendida por esse serviço. Está casada e faz especialização.

Camila é assistente social, tem 30 anos, trabalha no CnR desde agosto de 2021. Conhecía o trabalho porque fez residência em saúde da família e estagiou no Consultório na Rua de Manguinhos, também realizou um estágio externo da residência nas equipes de rua de Portugal, dispositivo semelhante aos Consultórios na Rua do Brasil. Camila faz mestrado em saúde pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ENSP, da Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ.

Fábio é psicólogo, tem 34 anos, solteiro, começou a trabalhar em agosto de 2021 no Consultório na Rua. Anteriormente trabalhou como acompanhante terapêutico na rede de saúde mental, faz parte do movimento de luta antimanicomial. Conhecía o CnR a partir de trabalhadores de outros Consultórios e porque tinha estudado sobre este equipamento. Conta que o conhecía teoricamente, mas agora está aprendendo o trabalho e o lugar do psicólogo nele. Quer fazer o mestrado e trabalhar em gestão.

Karina é técnica de enfermagem, chegou no Consultório na Rua de Acari em agosto de 2021. Anteriormente trabalhou em Clínicas da Família. Já tinha ouvido falar sobre o Consultório na Rua e conhecía lugares onde existe esse serviço, mas não tinha trabalhado com população em situação de rua até então.

Ana é agente social, tem 40 anos, começou a trabalhar no CnR em agosto de 2021, atua na rede há vários anos e, por isso, conhecia o trabalho. Tem experiência com pacientes usuários de drogas porque trabalhou, anteriormente, em um CAPS-AD. Tem dois filhos, sendo que um deles mora em São Paulo.

Marta é agente social. Trabalha no Consultório na Rua desde o ano de 2017, é a mais antiga da equipe. Era técnica bucal e fez um curso de preparação junto aos profissionais que estavam por começar a trabalhar no CnR, no ano de 2017. Identificou-se muito com o trabalho e tentou por três vezes entrar para o CnR, até conseguir. No começo desta pesquisa Marta ficou três meses trabalhando sozinha na equipe, até que a enfermeira Paula e o médico Luiz começaram a atender dois dias no CnR. Marta é casada, tem dois filhos, e esperava o nascimento da sua primeira neta.

Mônica é agente social, tem 37 anos, trabalha no CnR desde agosto 2021. Conhecia o trabalho de equipamento porque antes atuava em uma Clínica da Família na qual quiseram implantar um deles sem sucesso. Estava desempregada e por isso fez a seleção, é casada e mora no Recreio dos Bandeirantes, bairro nobre da zona Oeste do município do Rio de Janeiro.

A Clínica da Família Marcos Valadão conta com três andares conectados por uma escada mecânica. No início do trabalho de campo desta pesquisa a equipe do Consultório na Rua tinha duas salas no segundo andar: em uma delas eram guardadas as roupas a serem doadas aos pacientes e itens de higiene para que os pacientes possam tomar banho; na outra sala se realizavam os atendimentos. Em um segundo momento da pesquisa uma dessas salas foi destinada para o médico e uma sala maior embaixo, no térreo, foi ocupada pela equipe. Nessa sala também há uma cozinha, que os trabalhadores utilizam para fazer refeições e as reuniões, separada da sala de acolhimento.

No início do trabalho de campo, devido ao esvaziamento da equipe anterior, a agente social trabalhava sozinha, tentava manter o processo de trabalho com a ajuda do médico e dos residentes, saía todos os dias para o território e realizava acolhimento na unidade. Após esse período, quando chegaram novos profissionais, eles se organizaram para a maior parte da equipe sair à rua todos os dias. Uma agente social e a técnica de enfermagem permanecem na unidade para realizar o acolhimento aos usuários. A equipe conta com uma viatura grande que é utilizada para trabalhar na rua e transportar pacientes, caso precisem fazer algum trâmite, ir ao CAPS ou de algum atendimento médico de maior complexidade. Alguns conflitos decorrem do uso desse automóvel que é compartilhado com a Clínica da Família e com o Caps.

A gerente da unidade começou a trabalhar em janeiro de 2021. Os membros da equipe do CnR a descrevem como muito parceira, e consideram que há uma relação de colaboração com as equipes da unidade. Porém, se queixam da forma como as equipes da Clínica da Família, às vezes, se comportam com os usuários. Segundo os trabalhadores, é como se os usuários pertencessem somente ao Consultório na Rua e não fossem também pacientes da Clínica.

Existem também alguns conflitos com certos hospitais que “devolviam” os pacientes sem atendimento, e com o CAPS-AD 3 “Paulo da Portela”. De acordo com a agente social, no início havia um trabalho conjunto, porém os pacientes não se sentiam confortáveis no CAPS-AD, pois lá tinha regras como, por exemplo, ter de permanecer dentro do CAPS-AD sem poder sair e ter que participar de alguns espaços que não se adequavam ao modo de vida deles.

O território que abrange o CnR é amplo, e aparecem constantemente novos redutos onde as pessoas vão ficando como, por exemplo, embaixo do metrô. O CnR vai às cenas de uso, e a outros lugares como a caixotaria, que é o local de trabalho de reciclagem de caixotes de madeira, onde também ficam vários pacientes, perto da CEASA, e na Pavuna. Esses bairros têm Clínica da Família de referência próxima, porém essas clínicas enviam para o Consultório na Rua exclusivamente, como falou uma vez um técnico de enfermagem para a agente social: *tudo o que é embaixo do céu, sem teto, deve ser atendido pelo Consultório na Rua.*

A maioria da população em situação de rua atendida é masculina, mas tem muitas mulheres nessa mesma condição, que sofrem muita violência na rua e por seus parceiros, embora os trabalhadores do CnR reconheçam que essas mulheres precisam buscar um parceiro para se proteger de outras violências. A quantidade de mulheres grávidas em situação de rua, percebida e atendida por eles, é vista com preocupação, pois elas podem perder a guarda dos filhos pela ação do Conselho Tutelar, o que é muito difícil para a equipe. A situação das mulheres grávidas com sífilis também é um tema muito recorrente e preocupante na equipe. Existe ainda uma parte da população em situação de rua que permanece no território durante a semana porque tem problemáticas de consumo de substâncias e final de semana permanecem com a família em outros bairros.

Ao retornar ao campo da pesquisa após a chegada dos novos trabalhadores, era perceptível a animação pelas brincadeiras e piadas. As reuniões de equipe eram um pouco desordenadas porque falavam todos juntos. Pela influência da agente social ou porque se tratava de um grupo que estava se constituindo, pareciam incomodados com a presença de qualquer pessoa alheia ao grupo, como outros trabalhadores da unidade ou antigos trabalhadores do CnR.

O incômodo se estendeu a esta pesquisadora, que foi confundida pela ACS como sendo a nova psicóloga e demandando atendimento individual para os pacientes que chegavam.

Depois da euforia inicial veio um momento de desencanto para a equipe, sobretudo em relação aos trabalhadores da rede, pois pareciam se sentir sozinhos e precisavam de orientações sobre o trabalho a ser executado. A enfermeira queria realizar uma reunião com a coordenadora dos Consultórios na Rua da Prefeitura do município do Rio de Janeiro, enfermeira que já havia sido importante referência do CnR de Acari, para que ela pudesse apresentar as orientações básicas do trabalho no Consultório na Rua, porque os novos trabalhadores vinham de outras experiências em saúde e nenhum deles tinha atuado nesse equipamento anteriormente. Os trabalhadores estavam em processo de conhecer e elaborar as especificidades do Consultório na Rua, e também buscavam definir e ocupar o lugar de cada profissional dentro da equipe, o próprio vínculo interno entre os membros da equipe também estava sendo construído.

A relação com os usuários é considerada boa, são vínculos que estão sendo construídos, os pacientes estavam conhecendo os profissionais que, por sua vez, entendiam que eles ainda buscavam a agente social, que era da sua confiança, mas que, aos poucos, os vínculos entre eles seriam estabelecidos. Por outro lado, os trabalhadores também estavam conhecendo a história dos pacientes mais antigos. Há pacientes que permanecem o dia todo na Clínica, bebendo café e conversando.

Os trabalhadores faziam um café da manhã no qual falavam dos casos rapidamente para organizar o dia, depois se dividiam: uma parte da equipe ia para a rua e outra permanecia na unidade. Também estavam fazendo campanhas de vacinação à noite. A enfermeira e alguns trabalhadores participavam da reunião geral da unidade com todas as equipes, e faziam sua reunião de equipe uma vez por semana. Conversavam sobre os casos e as medidas mais imediatas a serem tomadas.

O trabalho em equipe estava em construção, buscavam entender os objetivos do Consultório na Rua, apreender o papel e a função de cada profissional, as atividades que precisavam desenvolver, o respeito ao trabalho dos colegas e às formas de vida dos usuários, bem como o impacto disso em cada um.

Também estavam aprendendo a trabalhar em equipe multiprofissional e enfrentando os desafios disso com essa população tão complexa. Estes aspectos e vivências, que já são elaborados pelos profissionais mais antigos, ainda pareciam ser um desafio para esta nova equipe do CnR de Acari.

Consultório na Rua

Os trabalhadores consideram que o Consultório na Rua é importante, tanto para os usuários como para os próprios profissionais, Luiz (PNS) fala dessa dupla importância: por um lado é importante porque permite o acesso à saúde para uma população que sofre um preconceito que ele testemunhou como médico da UPA (Unidade de Pronto Atendimento), ele considera que o CnR atuaria como:

“[...] a única corda que eles têm para se segurar antes de cair no abismo, porque a saúde abre uma porta para várias outras coisas. Para assistência social, para assistência jurídica e enfim”. Ele também destaca a importância que tem como profissional

“[...] a única corda que eles têm para se segurar antes de cair no abismo, porque a saúde abre uma porta para várias outras coisas : para a assistência social, para assistência jurídica e enfim. [...] É uma experiência que pelo menos todo profissional de saúde deveria ter, em algum momento da sua formação, passar por esse atendimento. Que eu acho que ia abrir bastante a cabeça das pessoas e talvez gerar uma melhor empatia, né? Com o outro (Luiz, PNS).

Para Karina (TNM), a importância radica em que a população em situação de rua não tem acesso às informações e os problemas de saúde que sofrem se agravam porque muitas das vezes não conseguem ser prevenidos, afirmando que: “[...] as vezes a gente não consegue chegar antes do problema, mas é uma porta que talvez eles não tivessem se não existisse o CnR.” (Karina, TNM).

Mônica (TNM) também considera a importância que essa porta esteja sempre aberta ao declarar que “A facilidade é a porta aberta, de estar sempre disposto ali para atender, e no momento que eles chegam e eles podem ter esse atendimento, a qualquer horário, a gente está sempre tentando resolver as questões deles.” (Mônica, TNM).

Destacam também a importância de ser uma equipe multiprofissional para poder oferecer um cuidado integral para os usuários.

Diferente dos outros serviços, o Consultório na rua a gente sempre está [com] várias cabeças pensando numa pessoa só, vários profissionais pensando num paciente (Karina, TNM).

O Consultório na Rua é uma equipe que atende uma vulnerabilidade tão alta que é necessária uma equipe ampliada para dar conta desse contexto das demandas que vem. Em relação ao CnR ser criado para paliar essa dificuldade de acesso a saúde os trabalhadores consideram que grande parte dessas barreiras são consequências do preconceito (Camila, PNS).

Uma técnica de nível médio fala que:

A própria gestão, ela não está vendo essa vulnerabilidade dos pacientes em situação de rua. Eu acho que se você visse com outro olhar você ia ver que tem muito pop rua necessitado, porque as pessoas pensam que é muito drogado, mas, não sabe o motivo das pessoas que estão ali. (...) Eu acho que é uma população muito rejeitada, discriminada socialmente, pouco vista E eu acho que a gente que tem essa visão, de acolhimento, de uma visão mais holística para o usuário pode estar de frente com essa, com essas demandas levantadas por esse público (Paula, PNS).

Um profissional de nível superior considera que o CnR é importante para ele, porque tem a ver com a recuperação da humanidade. Ele pensa que:

Se a gente fizesse isso, tivesse essa falta de cuidado um com o outro, a gente não sobreviveria. [...] É... então, acho que a gente perdeu alguma coisa no caminho. Como é que a gente resgata isso que a gente perdeu? É isso que acho que é o grande, a grande lição do Consultório na Rua (Luiz, PNS).

Em relação às mudanças propostas, eles pensam como primeira medida ampliar as equipes para que cada Área Programática (AP) possa contar com uma equipe de CnR; muitos pensam que o CnR funcionaria melhor em outro espaço, diferente e independente da Clínica da Família; que teriam que ter as condições necessárias para suprir as necessidades básicas diárias dos pacientes; e que, além de maior número de dispositivos, deveriam implicar sempre os pacientes no seu próprio cuidado.

A gente deveria ter mais independência, até em termos físicos, assim, de ter um... talvez um local, um consultório móvel, e não necessariamente ficasse preso aqui na unidade. Acho que o trabalho ia desenvolver melhor. Na rua mesmo (Luiz, PNS).

É um sonho, assim, uma coisa meio romântica da nossa parte que, teria que ter uma clínica de morador de rua, porque... para ter outras coisas como tem dentro. Eles vêm, eles precisam de material de higiene, de roupa, de tudo, então um lugar que pudesse passar o dia com eles, ficar com eles, se pudesse, seria uma estrutura melhor, que conseguisse suprir algumas necessidades básicas da gente do dia. Talvez num lugar que tivesse para dar uma alimentação (Karina, TNM).

Ter mais dispositivos, né? para auxiliar essas pessoas. Mas ao mesmo tempo, fazendo com que eles se impliquem nesse lugar, né? Não oferecendo os lugares até porque a oferta em algum momento todas elas já foram ofertadas (Fábio, PNS).

Trabalho

Quando perguntados pelo trabalho que desenvolvem no Consultório na Rua, os trabalhadores começam falando da especificidade da sua profissão, como o depoimento abaixo, que esquematiza os cuidados do seguinte modo:

A coordenação do cuidado geralmente é feita pelo enfermeiro, os protocolos né? A questão da execução fica mais com a equipe médica e a busca ativa com os agentes, como se cada um precisasse desempenhar esse papel, mas não especificamente tem

só essa função. Não só coordeno, eu faço também atendimento, faço preventivo, pré-natal, puericultura, todas as linhas de cuidado (Paula, PNS).

No que uma técnica concorda e esclarece que seu trabalho não pode permanecer restrito às suas funções específicas, ressaltando que: “O meu trabalho aqui é meio que bombril, [tenho] mil e última utilidades, mas a minha função é fazer o primeiro acolhimento, fazer a escuta do paciente, ir ao território, fazer busca ativa, marcação de consulta, acolhimento aqui no consultório.” (Marta, TNM).

Assim, o que aparece nas falas dos trabalhadores é um trabalho que escapa constantemente dos protocolos, como comenta Paula (PNS): “Eu estou aprendendo que no CnR não tem receita, não tem cronograma, nada é fechado. É difícil se organizar, mas eu não posso contar com que eles fiquem sentados esperando como um usuário normal dentro do consultório.” (Paula, PNS).

Essa singularidade do Consultório na Rua ultrapassa as especificidades profissionais, e faz com que os trabalhadores reflitam e analisem criticamente seu lugar. A reflexão desenvolvida sobre o próprio trabalho permite que os profissionais critiquem e busquem reposicionar seu lugar para não apagar o sujeito.

Eu acho muito complicado o papel do psicólogo aqui, porque [o atendimento] é muito voltado à parte do corpo. Então, há muito cuidado àquelas doenças que são mais comuns. [...] Eu sempre tento desviar para não ter essa rigidez de alguém que sabe, até porque ele sabe da própria vida mais do que eu. Então, eu quero sempre deixar ele mais à vontade, porque ele não vai conseguir dizer o que ele sente, o que ele faz diante da vida se ele achar que [...] é um de julgamento moral, de reprovação, né? E eu tenho praticado um exercício de falar menos, porque é um falatório para essas pessoas, assim, como se resolvesse, como se a família já não dissesse, como se o estado já não dissesse, como se ela já não tivesse ficado ouvindo todo mundo falar o que tem que fazer e o que não tem que fazer, e é sempre anulando um lugar do qual ela não consegue responder (Fábio, PNS).

Sobretudo essa mudança de colocação lhes permite ouvir uma demanda que, nas palavras de uma profissional, permanece reprimida. E para fazer uma escuta qualificada dessa demanda é imprescindível o desejo de estar ali.

Porque quando a gente não gosta e não deseja estar ali, né, a gente começa a fazer tudo muito no automático né? Então, às vezes, a gente vai deixando passar tanta coisa. Às vezes, um dia um usuário está precisando tanto de uma escuta qualificada, né, que você não está disposto, você não está ali, entendeu? Você só está exercendo ali, mas não está vendo mais nada. Assim, eu acho que é importante a gente gostar, não estou dizendo amar, mas é importante a gente gostar (Camila, PNS).

Porque o fluxo do CnR é de demanda livre, há pacientes que estão frequentemente no CnR, em busca de companhia e conversa, passam o dia todo ali bebendo café, conversando com os profissionais.

A nossa logística em relação à demanda livre com usuários de Consultório na Rua, ela é muito alta, não dá para a gente fechar uma agenda e falar: ‘ah hoje eu vou atender esses marcados aqui’. Não vai aparecer ninguém marcado porque usou droga ou por que não teve dinheiro para vir à unidade, entendeu? Várias situações diferentes. Então, a demanda que chega é mais livre (Paula, PNS).

Essa ausência de protocolo às vezes provoca mal-estar nos trabalhadores, porém eles compreendem que tem a ver com a forma de vida dos pacientes, com a própria característica dos pacientes.

Um acompanhamento com medicação é a parte mais difícil porque eles não têm uma residência fixa onde eu possa encontrá-los. Um dia, eles estão embaixo de uma marquise e no outro dia eles estão em outro território. Então, a busca ativa se torna mais difícil por conta disso, né, e o fato deles fazerem também o garimpo, então a gente ainda tem essa outra dificuldade de não os encontrar sempre no território (Paula, PNS).

Eles são muito voláteis. São muito impulsivos. Por exemplo, hoje eu estava atendendo, aí chama uma menina, aí ela gritou e fez uma algazarra, e aí depois daqui a pouco ela deitou e dormiu. Quando eu voltei ela não estava mais. Essa forma [deles] de ser “nômades” também configura o tipo de vínculo que ele constrói com os pacientes; quer dizer, muitas vezes você faz um vínculo muito rápido assim [da mesma forma]. Porque eles estão aqui, daqui a pouco eles estão para lá e, então acho que é meio assim, meio instantâneo. Você tenta tirar o máximo proveito daquele encontro (Luiz (PNS)).

Os trabalhadores consideram que a centralidade do seu trabalho é a construção desse vínculo, se colocando em uma posição diferente de um lugar moral.

A principal dificuldade é a gente conseguir conquistar aquele paciente, que aquele paciente ele não está internado, diferente de um paciente internado que ele está ali e todo mundo vai cuidar dele e ele está ali ele não pode sair dali, mas paciente de rua não a gente vai atrás dele (Karina, TNM).

Primeiro a gente tem que ganhar aquele paciente, ganhar a confiança né? Ganhar aquele paciente e, às vezes, tem dia que a gente vai e eles não querem ser cuidados. Mesmo estando necessitado, eles não querem (Mônica, TNM).

Criando vínculos a gente consegue levar as coisas bem adiante, acho que o mais importante disso tudo é criar vínculos para que a venha a facilidade de um tratamento. Esse vínculo se sustenta e cresce a partir do que cada trabalhador pensa do paciente. [...] a gente aprende muito a lidar com eles, a atendê-los sem entrar demais, a gente não está aí para questionar ele, o uso dele, a gente está aí para que tenha acesso à saúde (Ana, TNM).

Qualquer pessoa pode acabar na rua, não é uma coisa ‘ah aquela pessoa sempre foi perturbada ou sempre foi problemático’. Não, são coisas da vida que, às vezes, uma etapa da vida que a gente saiu do controle que virou uma bola de neve. E que algumas pessoas, pelas circunstâncias, acabam saindo do trilho. Eu tive momentos na minha vida que eu poderia tranquilamente ter, se eu não tivesse tido uma família, toda uma, um suporte, eu podia estar hoje, ser aí um paciente também (Luiz, PNS).

Cada trabalhador vai configurando um vínculo do seu modo: uns colocam o valor na escuta, outros fazem uso do humor, como mostram os relatos abaixo:

Quando vou atender uma pessoa, uma consulta de uma queixa pontual, eu faço questão de entender quem é essa pessoa, eu pergunto qual é um pouco da história dela, como é que ela está, como é que ela, por onde que ela fica, como é que ela consegue se alimentar, além da saúde tem que ver o ser humano (Luiz, PNS).

Eles gostam dessa coisa mais extrovertida, diferente do que era ser enfermeira na saúde da família. Era mais centrada, mas o paciente é mais extrovertido. Parece que é um paciente que parece mais jovem, ele gosta de um, de uma conversa mais extrovertida, menos técnica (Paula, PNS).

A única trabalhadora que permaneceu atendendo durante a pandemia e testemunhou como o vínculo com os usuários se viu afetado, considera que o mais importante é a escuta do paciente, *you só fazer uma boa escuta you resolve a demanda do paciente*. Em suas palavras:

Foi menor e o tempo mais curto da escuta, entendeu? Porque você não pode ficar muito tempo lá, eu me sentava com eles aqui no meio da praça, eu comia o que eles faziam lá na lata, fazia lá até sopa com eles, eu comi sentada na praça. Então hoje em dia eu não posso ficar fazendo isso, é mais pontual (Marta, TNM).

Sofrimento

Os trabalhadores do CnR se confrontam com as vivências das pessoas em situação de rua e se questionam como o trabalho que realizam pode ajudá-las e ainda sobre como minimizar a própria angústia.

Porque eu não entendo como é que pode ser permitido que pessoas fiquem na rua assim, como eu já acho que não deveria ficar animais assim, quem dirá seres humanos. Como é que eu vou ajudar essa pessoa, mas também para dar uma diminuída nessa minha angústia que na verdade não diminui, né? Só piora (Luiz, PNS).

Também pensam que tem que ter cuidado para não cair em atitudes preconceituosas ao ouvir histórias tão diferentes do seu cotidiano.

Eu tenho que me lembrar eu não estou aqui para julgar ninguém, eu tenho que ajudar essa pessoa e tentar melhorar, fazê-la enxergar alternativas, né? Agora no final a escolha vai ser dela. Que eu acho que por um lado assim o meio que eles vivem é muito complicado, limita muito, mas eu acho que, no final das contas, sempre tem algum nível de escolha, né? Agora eu acho que também você quando vê uma pessoa

que está nessa situação que, eu costumo falar eles estão dançando na beira do abismo, né? Eles estão numa situação de, às vezes, qualquer coisa pode ser fatal. Às vezes, com o medo de você acabar sendo preconceituoso ou ser intolerante (Luiz, PNS).

Já teve algumas vezes que eu fiquei triste por ver, conhecer a história da pessoa, porque morador de rua ele não nasceu morador de rua, ele num momento da vida dele ele se tornou morador de rua. Então, ele tem uma história que poderia ter tido um final diferente e a nossa pretensão que às vezes eu acho que é um pouco alta, é tentar reverter isso daí (Karina, TNM).

Eu acho que a saúde mental não tem como não me afetar, no sentido de que a gente atende histórias muito... eu me aproximo, mas eu não vivo, é uma realidade que é totalmente diferente da minha. Às vezes a gente até se questiona, meu Deus, será que eu, será que eu tenho muito? E quanto tem pessoas que tão assim na luta de sobrevivência, tentando garantir o almoço de agora, mas não sabe se vai jantar (Camila, PNS).

Ouvir essas histórias desencadeia nos trabalhadores uma necessidade de responder, e quando não o fazem se sentem frustrados. Como o trabalho é *majoritariamente de demanda livre*, não poder finalizar um atendimento no dia provoca muita frustração, sobretudo porque, às vezes, isso acontece por ausência de recursos ou por uma recusa do próprio paciente.

(...) Que a gente, por exemplo, não conta com o carro todos os dias na semana. Então, às vezes, a gente vai fazer uma busca ativa pela manhã e aí até uma hora da tarde a gente não conseguiu resolver aquilo, né? Aí tem que liberar o motorista e tem que voltar para a unidade, aí que fica solto, parece que você não conseguiu fazer nada naquele dia, não conseguiu fechar aquela demanda, fica solta, fica desorganizada, isso me causa muita angústia de não terminar um trabalho que eu comecei, porque se eu não conseguir captar essa gestante que está com sífilis para tomar benzetacil, que foi o caso de que a gente ficou correndo o dia todo. O nenê vai nascer com sífilis, isso já me deixa muito preocupada [...] É muita ansiedade. Eles são assim, imediatistas. Você pega um atendimento muito burocrático para fazer, por exemplo de tuberculose, e aí quando você vê o cara meteu o pé e foi embora, e aí você não conseguiu finalizar a minha angústia é não terminar o que começo, para mim, essa é uma angústia muito importante (Paula, PNS).

A gente se sentiu um pouco triste porque a gente tentou levar o J, que é um paciente da gente, a gente ficou um pouco triste por a gente entender, que foi uma coisa que a ficha caiu ontem, que ele não quer, entendeu? Que essa situação dele, que esse machucado, essa ferida, essa situação o coloca numa situação de que é que ele consegue o recurso, que ele consegue receber esmola. Então assim, por mais que a gente tente melhorar a qualidade de vida dele, ele não quer. Então, assim, é uma coisa que nesse momento ele não quer (Karina, TNM).

Às vezes essa frustração por não poder realizar o trabalho surge de entraves na rede, como reflete uma técnica.

Porque se a gente diz que aquele paciente precisa de um atendimento do CAPS, por que a rede coloca assim essa barreira? Fechou a porta e a gente tem que voltar com aquele paciente, a gente que está no lugar de cuidado acaba fazendo igual pôr na rua, que a sociedade (já faz) mesmo. Não tem muita diferença (Karina, TNM).

Essas dificuldades se devem ao fato de os serviços estarem lotados ou a falta de entendimento de que a Clínica da Família deveria atender aquele paciente que está no território, para além das causas.

Que acaba trazendo uma angústia para a gente no sentido, assim, parece que a gente não está andando. Mas não é que a gente não está andando. A gente também precisa de uma parceria, se a gente pensa a integralidade do sujeito a gente entende que outros equipamentos têm que estar junto desse cuidado (Camila, PNS).

Outro motivo de sofrimento é a precarização laboral sofrida que aparece atrelada à falta de reconhecimento por parte da gestão. A única trabalhadora do Consultório na Rua que estava atuando no começo desta pesquisa relata um grande sofrimento por ter que segurar sozinha a *equipe nas costas*. Em relação a essa situação ela refere:

Então, assim, a minha indignação toda é essa, só não desisti porque a gente tem uma gerente superparceira, sabe? E pelos meus pacientes que eu vejo que eles precisam muito de mim ainda. Então, talvez se eu desistisse o barco afundaria, e eles precisam muito desse trabalho, pular do barco eles vão ficar... se eles já são bem vulneráveis, vão ficar mais ainda. Então, por isso que não pulei do barco, mas a minha insatisfação é o meu salário que caiu. Às vezes eu fico sem dormir, entendeu? Eu fico pensando, falo assim, poxa, ganhei tanto serviço agora pô, em vez da gente ser reconhecido, entendeu? Parece que você não está sendo reconhecida sabe? Parece que tudo que você faz, você nada, nada e morre na praia. Apesar de gostar muito desse trabalho, mas eu também tenho que gostar mais da minha saúde mental, do meu bolso, entendeu? É difícil, né? É difícil, sim (Marta, TNM).

Mas a falta de reconhecimento também aparece pelo lado das outras equipes da Clínica da Família, além de fazê-los se identificar com a situação dos pacientes, conforme os trechos abaixo:

Nossa fila de atendimento é muito menor do que uma equipe normal, mas o problema é que a profundidade de cada atendimento é muito maior. As outras equipes acham que, que tem uma visão que a gente é privilegiado, tipo 'Não pode mexer com o Consultório na Rua'. E em termos, assim, mais institucionais, governo, Estado, não, acho que não tem reconhecimento, acho que é meio, sei lá, meio onda periférica mesmo. E só essa questão do carro, né? Que a gente tem o carro, mas, o carro a toda hora tem que ir embora para outro lugar, parece que a gente é sempre deixada. É, tipo a gente tem as coisas só se ninguém precisar. Tipo, sobrou alguma coisa? Dá para o Consultório na Rua, acho que é uma lógica de abandono que nem os pacientes sofrem, essa é a minha percepção (Luiz, PNS).

A esse respeito uma profissional ressalta em seu discurso o “falso reconhecimento”.

É sempre aquela coisa assim, nossa, mas é um trabalho muito bonito. Acho que não é a beleza do trabalho, é entender por que essas pessoas precisam de uma equipe especializada para esse atendimento? O SUS é universal, é para todos, eu acho [que] quando elas falam que esse trabalho é bonito elas se tiram desse lugar, porque as pessoas levam isso mais para um viés do assistencialismo. Acho que quando trazem:

‘Nossa, é um trabalho muito bonito, né?’, eu acho que desqualifica um pouco.(Camila, PNS).

A violência física que acontece entre os usuários é vista como algo que afeta os trabalhadores porque são testemunhas e, às vezes, não sabem como reagir; outros destacam violência psicológica autoinfligida e os riscos implícitos do trabalho. E eles falam dessas violências como segue.

A gente tem alguns protocolos de ir para rua em três, porque, às vezes, estão sob efeito de droga, às vezes está agressivo um com o outro brigando com o outro na nossa frente né? Discussão na paulada e agressão física, coisas sérias. Com a equipe já aconteceu deles estarem no território e ter uma briga entre duas pessoas e um dar paulada no outro e eles terem que pegar a viatura e voltar para a unidade. E dentro da consulta de entregar resultado de DST positivo, sexualmente transmissível né? Positivo do marido querer agredir a mulher dentro do Consultório. Estou aprendendo para saber como eu posso lidar com essa situação. Mas aí a gente não podia ficar em risco no território, mas eu fiquei com dó de ver que o pessoal ficou lá brigando e a gente veio embora, realmente eu fiquei sem saber o que eu deveria ter feito o que seria o certo (Paula, PNS).

A droga seria um processo apaziguador, mas ao mesmo tempo autodestrutivo. O moleque estava indo morrer. E aí fica aquela situação, do qual o mínimo que eu posso ofertar às vezes é pouco demais, assim, né, mas, bom. De alguma forma é melhor do que não ofertar nada (Fábio, PNS).

De lidar com tuberculoso, de lidar com COVID-19, a gente precisa estar com as pessoas, é importante estar presente, obviamente tem alguns riscos, por exemplo, a gente vai em lugares extremamente insalubres, né? Com muito esgoto, muito, às vezes, processo de violência muito próximos, né? Tem um movimento, tem tráfico, que pode ser confundido com polícia. E alguém pode me agredir, né? São lugares que podem, sei lá, desabar ou cair uma pedra ou rolar enchente, eu acho que é mais isso (Fábio, PNS).

Em relação aos efeitos que o sofrimento no trabalho tem na saúde mental, os trabalhadores falam que “não veem consequências, ainda”, destacando que entraram na equipe há pouco tempo. Porém, duas técnicas consideram que cuidar da saúde mental dos trabalhadores é importante para quem pretende fornecer cuidado, e que eles são afetados pelas situações que acompanham.

Mexe com nosso emocional porque a gente vê pessoas em situação de vulnerabilidade muito grande, gestantes que nem sempre conseguem cuidar do seu bebê (Ana, TNM).

Acho que a gente tem que trabalhar mesmo com o emocional para poder suportar e estar fazendo esse tipo de trabalho, porque a gente acaba tomando para si aquela situação, porque a gente quer defender nossos usuários com unhas e dentes (Karina, TNM).

Camila (PNS) fala que não compartilha da forma como os demais são afetados pelo trabalho, mas sente que não falar é uma forma de se abstrair.

Prazer

Os trabalhadores reconhecem que o vínculo com os usuários é um motivo de prazer no trabalho, esse vínculo é afetivo e recíproco, como pontuam:

A gente cria um carinho por eles no sentido de ver que estão sendo ouvidos pela gente e a gente está sendo ouvido por eles (Karina, TNM).

O que eu mais gosto é esse contato mesmo, essa ajuda mais afetiva, né, de estar próximo para eles saberem que podem contar conosco quando precisarem para algo (Ana, TNM).

Para Fábio (PNS) o matiz que ele dá a essa relação também funciona para prevenir seu sofrimento “Contar piada, de conversar se abrir assim, acho que isso dá um, dá um lugar de apoio, né? Porque se você bobear você é capturado pelo, pela produção de sofrimento, angústia, que esses processos produzem”. Ele tenta estabelecer um vínculo mais horizontal com os pacientes. “Eu tento estabelecer um vínculo de uma coisa mais bem-humorada, me desviando um pouco daquela coisa do doutor”. Paula (PNS) sente satisfação em ver o reconhecimento que esse vínculo lhe oferece:

Eles gostam do meu jeito extrovertido, eles se sentem à vontade de falar também, de chegar para mim, para dizer as angústias, dizer o que, pedir ajuda né? Se sentem cuidados. A gente foi lá, fez a ficha na maternidade, ‘Que bom que agora eu tenho vocês para cuidar de mim, se vocês tivessem chegado no início do meu pré-natal eu teria feito o tratamento, né? Poxa, pena que vocês não estavam comigo antes, agora vocês vão cuidar de mim, do meu filho’, enfim. Então assim eu vejo que a gente já está tendo alguns frutos. (Paula, PNS)

É muito a gente colocar a nossa vida em perspectiva, né, porque às vezes a gente acaba sendo tão insatisfeito. Então eu tento aprender com eles porque eu acho que eles são mestres da resiliência (Luiz, PNS)

Então, você coloca muito... eu coloco muito em perspectiva, né? Porque eu não sei se eu tivesse uma situação dessa se eu teria a mesma coragem, teria a mesma determinação, a mesma resiliência. Então eu tento aprender com eles (Paula, PNS).

Existem três formas nas quais o trabalho aparece como uma fonte de prazer na fala dos trabalhadores: quando o trabalho aparece suportado por um desejo de estar aí, quando eles salientam a importância que esse trabalho tem e a satisfação que lhes provoca o trabalho realizado. Em relação à importância do trabalho, Camila (PNS) e Mônica (TNM) falam da relevância de que os usuários se sentam sujeitos:

Quando a gente acessa as pessoas em situação de rua, que são as pessoas super-invisibilizadas por toda a sociedade e eu acho que você dá visibilidade, né? Aquela pessoa entende que ela é um indivíduo, que tem um direito, que ela tem uma história, que tem um contexto. Que hoje ela está naquela situação, seja por uma escolha ou não, mas teve todo um processo, né? E um processo, num contexto social, político, econômico, não é? Não é só uma escolha individual, não dá para individualizar. Assim. Eu acho que a importância do meu trabalho é trazer à tona uma história e trazer também pensar com eles outras possibilidades e alternativas, assim, mesmo que eles fiquem na rua (Camila, PNS).

Total importância, é o momento que eles têm para se sentirem alguém, fazerem parte da sociedade nem que seja por alguns minutos, por alguns momentos, os momentos que eles têm de acolhimento, a gente pode proporcionar isso para eles, para eles ser cidadãos, para eles terem direito ao que eles já têm direito, né, é isso (Mônica, TNM).

Para Fábio (PNS), a importância do trabalho radica em ser “algum amparo possível diante de uma ausência brutal do que existe na realidade”, ele destaca também a importância de resgatar ou jogar luz sobre as potencialidades dos sujeitos.

Porque a gente só se ocupa da dor, do sofrimento, da angústia e eu não acho que seja o mais importante, eu acho que o mais importante é a maneira como a pessoa consegue desenvolver, o lidar, desse lugar e por isso que é importante eu estar sempre sensível ao que as pessoas podem trazer de resistência.

Resgatar essa potencialidade acerca da relação com o sofrimento está em consonância com um registro que Camila (PNS) conta que eles estão fazendo para que os usuários possam projetar suas vidas para além do imediatismo da sobrevivência

A gente botou a questão de perguntar quais são os planos e os sonhos, né? Porque acho que dificilmente eles têm essa pergunta, né? Quando a gente os pergunta inclusive ficam: ‘Como assim, né? Plano e sonho? Ninguém nunca me perguntou isso, não sei’; [Eles] vivem o hoje o tempo todo, na sobrevivência.

Essa importância do trabalho se alimenta com a satisfação de poder realizar o trabalho como coloca Ana (TNM)

Dar acesso a um paciente de ter medicação tudo mês certinho, que o tratamento seja feito, que nossas gestantes consigam fazer pré-natal, fazer tratamento de sífilis quando é diagnosticada, acho que a satisfação é essa mesma, de a gente conseguir concluir.

Marta (TNM) fala que ela gosta de estar no território, como visto no trecho abaixo.

O paciente não consegue chegar aqui, as vezes só dele saber que eles não estão abandonados que a gente tem aquela preocupação com eles, eles já ficam felizes, então eu acho que por eu ver eles felizes, eu ver que ele vê que a gente não esqueceu dele é muito importante.

Tanto a importância e a satisfação no trabalho se fundamentam no desejo por realizar o trabalho que, para Luiz e Fábio, tem a ver com a mobilização subjetiva

Mas eu acho que o grande profissional ele se faz naquelas lacunas que não está escrito em lugar nenhum, né? Então, acho que se você não tem esse envolvimento em algum nível, é assim, não é que: 'Nossa, você tem que amar o trabalho acima de qualquer coisa'. Eu prefiro estar na minha casa. Agora eu acho que eu consigo mobilizar uma parte boa de mim quando eu estou no trabalho e, pelo menos nesse ponto de vista, acho que [me] conectar com as pessoas e tentar entender elas... eu acho que, pelo menos até agora, deu 'feedback' positivo (Luiz, PNS).

Nossa, tem a ver com o desejo. Eu acho que construir um bom atendimento não passa por bater o cartão e receber o salário. Eu acho que tem uma coisa da vaidade de você se preparar pra receber aquele desafio e conseguir responder a eles de alguma forma, mas de um lugar que produza um resultado, que aquele resultado é a prova de que você tá fazendo um bom trabalho e que isso é bacana (Fábio, PNS).

Paula (PNS) fala de um projeto que os trabalhadores estão empreendendo e que parte desse desejo.

Eu já percebi que a equipe gosta muito de gestantes e não pode fazer grupo por conta da pandemia, então o que que a gente resolveu fazer? Ensaios fotográficos com as gestantes e aí essas usuárias não têm nenhuma foto nem delas e aí elas estão tendo essa lembrança porque a gente imprime no final e entrega pra ela uma foto. E a gente vai aprender a fazer aqueles desenhos na barriga. E aí ter a oportunidade de estar se vinculando mais a essa usuária, e aí ela não espera que vá ter isso no SUS, e não espera que vá ter se esse carinho, cuidado. E é acho que isso vem de gostar do trabalho, né, de fazer o melhor.

O reconhecimento recebido enriquece a satisfação com o trabalho realizado, e os trabalhadores sinalizam que o reconhecimento vem dos usuários, como afirma “A maioria das vezes eles são bem gratos por tudo o que a gente faz, somos reconhecidos por levar saúde até eles, por eles saberem que podem contar conosco a qualquer momento.” (Ana, TNM). Outra opinião vai de encontro com o referido posicionamento:

Às vezes eu penso em desistir, mas quando eu vejo que eles reconhecem meu trabalho, que eu ganho cartinha, eu ganho elogio e eles dizendo, agora então que a equipe está reduzida, que é para mim não pular do barco, para eu não pular do barco, senão, a gente tá ferrado, entendeu? Então, assim, eu vejo que eu tenho uma importância muito grande na vida deles (Marta, TNM).

Em sua maioria, a equipe está constituída por trabalhadores novos, que começaram a trabalhar juntos. Destacam a união desse grupo, e que cada um dos membros se sente identificado com a forma de ser do outro. Acrescentam que se sentem unidos pelo sentido do humor:

São ótimos, é ótimo. É muito doido, porque é muito bom, assim, a gente é tudo meio retardado e precisa funcionar muito desse lugar também, né? Até porque a gente lida com um sofrimento, então tem que ter esse poder transformador aí, até para trazer uma certa leveza que é possível, né? Eu acho que você tem que pensar em sentir a dor do outro, mas assim como produzir um lidar com a dor do outro, né? E acho que o humor, umas certas maluquices assim, umas coisas que desviem um pouco daquele lugar (Fábio, PNS).

A gente tem o mesmo perfil, né? Você viu, está todo mundo muito agitado, falante, extrovertido, fala alto, né? É o mesmo padrão, é difícil quando destoa muito. Mas a equipe é bem entrosada, eles são responsáveis, eles estão com muita vontade de aprender, estão com muita vontade de trabalhar, de que dê certo, entendeu? Então a gente está num momento de muita euforia, eu acho que por estar chegando (Paula, PNS).

É uma relação boa, é hora profissional, às vezes é passional, é de amigos, e tem vezes que a gente quer mandar o outro para aquele lugar, mas acho que é [...] um pouco mais intenso do que uma equipe normal, tradicional, porque eu acho que quando você se depara com esses dramas humanos, isso acaba despertando a humanidade que existe dentro de você. E isso acontece com todos. Então a gente acaba ficando mais perto, né, um do outro também. Então, às vezes, a forma que a gente se fala não é uma forma de um profissional falando com o outro, mas é quase amigo assim, irmão. Eu não tenho uma relação, assim de... eu não vou na casa de ninguém, mas quando eu estou aqui dentro parece que a gente é amigo há muito tempo. Apesar de ter se conhecido agora há pouco. Eu acho que é por causa disso, porque quando você vê esse drama, você desperta alguma coisa em você, que gera uma conexão com os outros muito maior. É essa humanidade que foi perdida (Luiz, PNS).

Estratégias coletivas de defesa

Os trabalhadores falam que, para eles, as dificuldades estão relacionadas a não poder manter um fluxo organizado, embora reconheçam a dificuldade de planejar uma rotina. O que é visto na opinião de Paula (PNS), ao afirmar que “[...]Uma das dificuldades é que a gente não pode contar com uma rotina, né? A gente faz conforme as coisas vão acontecendo, né? Então acho que nem sempre o que é planejado pode ser executado” (Paula, PNS). Outra trabalhadora defende que essa dificuldade de definir um fluxo padronizado faz parte da dinâmica própria do CnR, e considera que essa dinâmica parte da priorização que eles dão às necessidades mais imediatas dos usuários.

Além disso, para um profissional de nível superior, a dinâmica do CnR busca produzir sentido nas dificuldades:

Porque às vezes o que é prioridade para a gente, às vezes para eles, naquele momento não é uma prioridade. A gente às vezes está numa prioridade: ‘Ah, vamos levar para uma consulta’, mas a prioridade deles é conseguir um alimento (Mônica, TNM).

Mas a gente vai tentando achar soluções que a gente consiga adaptar no dia, na rotina, né? Eu acho que essa é a dinâmica também do Consultório na Rua, né? Que são pessoas que têm a própria dinâmica da vida, vão procurar quando tem a necessidade, não são aquelas pessoas que vão estar fazendo certinho a longo prazo, mas aí, quando

eles aparecem a gente sabe que eles estão aparecendo porque, de fato, eles tão precisando de alguma coisa da gente que é produzir sentido nas dificuldades, né? Não achar que elas são impeditivas da gente executar o trabalho (Camila, PNS).

Quando perguntados pelos momentos mais satisfatórios que eles vivenciam como grupo, fazem referência ao reconhecimento, tanto dos usuários como o reconhecimento pelo trabalho realizado. Em relação a esta questão relatam o que segue:

O reconhecer eu acho que é muito bacana porque é muito difícil né? Nesse meio assim a gente ver reconhecimento a maioria deles só reclama (Mônica, TNM).

Uma coisa que eu vi quando entrei, por exemplo, na saúde mental era que a saúde mental era um trabalho ingrato né? E que de alguma forma por mais que você veja a pessoa melhorar, por mais que você trabalhe nisso não vai ter o retorno do agradecimento. Tem uma coisa de vaidade, de você procurar a melhor forma de fazer o trabalho e quando vê que deu certo, mesmo que não dê o reconhecimento da pessoa, mas a coisa funcionou, isso dá um retorno bacana pra você (Fábio, PNS).

No tocante ao trabalho em rede, os trabalhadores concordam que estão tendo dificuldades em trabalhar com o CAPS-AD, situado perto do CnR, mesmo se dispendo a trabalhar junto com aquele serviço. Embora seja um serviço fundamental para o seu trabalho, já que muitos dos usuários atendidos pelo CnR têm consumo problemático de álcool e outras drogas, que não estão se sentindo ouvidos pelo CAPS-AD. Essa negativa do CAPS-AD de acolher esses pacientes coloca os trabalhadores do CnR numa encruzilhada, como ressalta uma profissional: *O que a gente faz? A gente vai precisar deixar na porta do CAPS que é a porta aberta mesmo, por que está negando?*

As premissas indagadas encontram eco nos trechos das entrevistas como vemos abaixo.

Eu acho que, na verdade, é facilitador, né? Porque [o CnR] é um serviço que já captou. Que sabe dizer o histórico, já ouviu. A gente fez uma avaliação também né? Para achar que ele tem essa necessidade de estar lá naquele momento, entendeu? E a gente se coloca para discussão. E aí a gente teve até um caso recente, né? E é por isso que eu acho que a gente está tão comovido nesse sentido que a gente levou na sexta-feira. O CAPS falou não, ontem conseguiu acolher e ontem a gente foi ver o usuário ele estava de tal forma, ele teve uma piora de tal forma em dois dias, que foi o dia que a gente os dias que a gente pediu pro CAPS. Acho que a gente também está comovido também por conta disso. A gente teve um caso super recente que foi assim, uma infelicidade, não foi um bom trabalho em rede, né? (Camila, PNS).

Quando esta pesquisa entrou em contato com a nova equipe, eles diziam que não precisavam falar de sofrimento, se mostravam muito animados e não percebiam nada negativo no trabalho. Quando a entrevista grupal foi realizada dois meses após, as falas já tinham uma conotação diferente.

No início a gente estava até mais eufórico com relação ao trabalho, agora a gente está tendo alguns entraves que a gente tem trabalhado, até entre a equipe mesmo, em

alguns momentos de reflexão e conversa, que é de frustração por justamente não conseguir fechar alguns fluxos. Parece que é um público assim, que pouca gente se importa. E aqui na unidade, assim, a gente não sente que o usuário do Consultório na Rua seja da unidade, parece que ele é só do Consultório na Rua. (Paula, PNS).

Essa frustração de não poder fechar fluxos parece estar ligada à dificuldade de trabalhar em rede, tanto com o CAPS-AD como com a própria Clínica da Família na qual estão locados.

Nós somos oito aqui né? É... somos oito [na equipe do CnR], na unidade tem, vamos botar, oitenta pessoas, oitenta pessoas não podem acolher um paciente nosso... manda para o consultório na rua, se chegou algum paciente alcoolizado na unidade assim passou a noite e fala, o cara tem casa, tem família, tudo. Tem toda uma estrutura, mas se ele chegar alcoolizado aqui e sujo, porque ele passou a noite fora, ali teu atendimento é ali naquela porta ali. (Mônica, TNM).

A equipe considera que esse não acolhimento se deve à falta de conhecimento sobre como trabalha o CnR. Nesse sentido, estavam buscando agendar uma reunião com a coordenadora dos CnR e a Clínica da Família para organizar linhas de cuidado. Mas também há os que pensam que essa falta de acolhimento tem a ver com a divergências na dinâmica de trabalho entre o CnR e a Clínica da Família.

Eu acho que realmente é uma falta de conhecimento mesmo porque a gente cuida de um território muito grande perambula, é muita gente que tá por aí, é muita gente que sai, é muita gente que entra. Então, a dinâmica de fluxo que não é comparável a uma equipe que tem uma estabilidade de pessoas (Fábio, PNS).

Como é que a gente vai integrar o consultório na rua na clínica e a clínica ao consultório na rua. Isso não acontece. E a gente não sabe muito bem também como se colocar, né? Porque a gente é uma equipe nova, e porque a gente veio pra resolver, colocar em ordem muita coisa que nessa equipe estava faltando [...] porque a Marta ficou sozinha muito, muito tempo dando conta de tudo, muito tempo sozinha. [...] Os nossos pacientes são pacientes graves, então se um paciente às vezes demanda uma consulta de, não é um usuário que vem com sífilis e você vai passar penicilina e acabou a história ali, não. É um usuário que ele precisa de um acompanhamento contínuo e por isso demanda tempo (Paula, PNS).

A fala tocante de um profissional ressalta a angústia, o desamparo e o isolamento que sente por precisar de uma contrapartida institucional para o cuidado integral de que necessitam os usuários do CnR.

Aqui eu acho que é muito complicado, assim, porque você sabe que a pessoa está em risco o tempo todo e o que você vai fazer com isso, né? Tudo bem, você vai pedir um exame, fazer um tratamento de uma doença, mas e aí, o resto, né? Todo o resto. Então acho que isso é uma coisa que me angustia. A grande questão, por um lado, é essa coisa de você pensar qual é, o qual é o nosso papel na verdade, pensar que a gente está aqui só para ser um paliativo, né? Para a pessoa, estar numa situação que ela vai eventualmente vir a óbito [ou estar] bem próximo disso de adoecer seriamente que venha a levar ela ao óbito e, se a gente, não tiver uma contrapartida né, de outras instituições né, outras entidades assim, estatais de ter realmente uma questão de tirar essa pessoa da rua (Luiz, PNS).

Segundo os trabalhadores, eles não falam muito de como são afetados pelo trabalho na reunião de equipe.

Mas eu acho que a gente acaba conseguindo conversar entre a gente, eu não sei se necessariamente numa reunião de equipe a gente coloca nossas frustrações, agora eu vejo que eu não consigo, acho que isso é falar um pouco, né? Dos nossos sentimentos durante o trabalho [e falar]: ‘Olha, estou triste e chateada com o que tá acontecendo’, talvez não assim, mas acho que a gente consegue perceber, né? Aos poucos, vai pegando afinidade com a equipe [e saber] como está, ais animado; [enquanto] outro, mais desanimado. Eu acho que a gente consegue sentir assim, e de certa forma nos acolher também. Eu acho que é mais de compartilhar mesmo (Camila, PNS).

Em relação aos riscos no trabalho eles se referem à violência do território, dizendo que: “A gente procura sempre sair no mínimo de três né? Porque um, meio que fica vigiando o cenário, os outros dois ficam acolhendo. A gente se preocupa sempre em estar no mínimo de dois, nunca vai sozinho.” (Paula, PNS). O próprio vínculo com os usuários e o respeito que acreditam ter deles levam-nos a sentir-se protegido dentro do território como vemos no depoimento abaixo:

A gente faz um atendimento lá e cuida das pessoas, então tem um grupo que é fixo, que de algum modo organiza e que dá muito valor a equipe assim. Ontem, quando a gente chegou no território para fazer a vacina, um deles lá gritou: ‘A saúde (chegou) ninguém usa nada agora, hein? Ninguém usa nada’, tipo, estavam se drogando. Respeita a saúde (Paula, PNS).

Embora não tenha sido colocado como um modo evidente de se proteger no trabalho, perante a sensação de solidão em relação à Unidade, uma fala sinaliza o que pode fortalecer a equipe:

Mas eu acho que o fato de a equipe estar com muita vontade de aprender e de alinhar o fluxo, isso é muito bom, né? Porque eu acho que todo mundo aqui tem esse perfil voltado para os Consultórios na Rua, né? Faltam alguns ajustes, mas todo mundo tem vontade de que o usuário seja bem acolhido, todo mundo tem o perfil mesmo de profissional de Consultório na Rua, né? Que é tem que ter um olhar bem despido, bem diferenciado para esse..., bem humanizado para esse usuário que está nessa situação (Paula, PNS).

A entrevista grupal do CnR de Acari foi a mais difícil de organizar, devido ao fluxo dinâmico próprio de todas as equipes de Consultório na Rua, porém, parecia que não encontravam sentido em realizar a entrevista e tinham certo receio em falar sobre o sofrimento no trabalho com uma pessoa alheia ao grupo. No entanto, a entrevista grupal foi a mais extensa e apareceram sentimentos que num primeiro momento do trabalho estavam apagados pela euforia.

As estratégias defensivas que foram observadas são o intercâmbio com os pacientes, o que vários trabalhadores descreveram como “mestres da resiliência” ou chamaram atenção para ver esse aspecto de resistência na sua própria vida, sua maior fortaleza. Uma das maiores

dificuldades que gera ansiedade em alguns trabalhadores é não poder fechar um fluxo para o atendimento, e responder aos imprevistos que o trabalho exige, por ser de “demanda livre”. Por outro lado, se identificam entre si e se definem como parecidos, brincalhões, bagunceiros, falam alto, e se descrevem a todos como um pouco retardado, como se essa identificação servisse para uni-los como um grupo e como se essas características auxiliassem na hora de encarar o caos próprio do trabalho. Ao falar sobre como são afetados pelo trabalho, são reticentes e “preferem” falar de outras coisas, e como defesa lançam mão de um humor que não é compartilhado com os usuários.

Como estratégia defensiva para o sofrimento provocado pelo sentimento de isolamento devido à dificuldade de trabalhar com a rede e com a própria unidade, aparece uma espécie de resistência para incluir qualquer pessoa alheia ao grupo.

CAPÍTULO 4: DISCUSSÃO

Um dos pressupostos teóricos postulados no presente estudo era que toda organização de trabalho implica uma forma de sofrimento e que, no caso do trabalho no Consultório na Rua esse sofrimento relaciona-se à vivência de diferentes expressões de violência. Embora a violência externa, presente no território, tenha sido encontrada e seja motivo de sofrimento, é a violência do estigma social para com as pessoas em situação de rua que aparece por trás de todas as manifestações de sofrimento expressadas pelos trabalhadores.

Pensávamos que esse estigma se expressava como uma invisibilidade para com essa população, como vimos em diferentes estudos (HALLAIS & BARROS, 2015). E que essa invisibilidade era estendida aos trabalhadores, o que provocava sofrimento neles porque se sentiam isolados na rede de cuidado. A partir da presente pesquisa, realizada com as equipes de Consultórios na Rua do município do Rio de Janeiro, consideramos que as pessoas em situação de rua não sofrem de invisibilidade social, mas de desumanização e que essa desumanização também invisibiliza o trabalho dos profissionais do Consultório na Rua e provoca sofrimento.

As pessoas que passam pela calçada não deixam de ver as pessoas em situação de rua, pelo contrário, são presenças marcantes, que irritam e que suscitam aversão. Exemplo disso são as construções chamadas por Kasper (2006) de “arquitetura anti-mendigo”, feitas para evitar que as pessoas em situação de rua permaneçam no espaço público.

A população que se encontra em situação de rua é visível, porém tais pessoas são vistas como corpos desumanizados e, portanto, ameaçadoras, sinistras, alguém com quem não se identificam quaisquer traços de semelhança. Freud (2010[1919]) dizia que o ominoso aparecia quando o familiar virava subitamente algo estranho. Ocorre que, com as pessoas em situação de rua, o estigma faz com que o ominoso apareça quando esses estranhos apresentam traços familiares. Ocupando o mesmo espaço, nas ruas, nos serviços de saúde, na vida cotidiana, são ameaçadoras não pelo que têm de carência, mas pelo que têm de familiar, e, portanto, a via mais cômoda é dessubjetivá-los, desumanizá-los.

Essa desumanização converte as pessoas em situação de rua em corpos descartáveis, são reduzidas a corpos, dos quais se ocuparão a beneficência e a saúde (KASPER, 2006). Serrano (2013) realiza duas críticas para o tratamento dado à população em situação de rua. Por um lado, refere que as políticas são pensadas desde a academia longe do conhecimento dos protagonistas, e homogeneizam a população como se todos os sujeitos tivessem as mesmas necessidades. E, trazendo o conceito de “Homo Sacer”, de Giorgio Agambem, Serrano postula a construção de um homem doente brasileiro, como se o fato de estar em situação de rua tornasse essas pessoas doentes que devem ser abordadas pelo setor de saúde, com suas políticas, seus serviços e atendimentos. Essa crítica de Serrano (2013) parece coincidir com o trabalho protocolar do Consultório na Rua, porém, o trabalho real do CnR subverte essa homogeneidade e olha para cada sujeito naquilo que ele apresenta de singular.

O trabalho do Consultório na Rua se constitui com o objetivo prescrito de atender a esses que ninguém quer, possibilitar o acesso à saúde, porém, no próprio exercício do trabalho prescrito de atender a saúde, diminuir as barreiras de acesso, se desenvolve, o trabalho real do Consultório na Rua, que é subjetivar esses corpos inoportunos.

Essa aposta constitui o verdadeiro trabalho do Consultório na Rua, poder ver o que há por trás desse homem doente, desse corpo descartável que somente é visto quando está ferido, um sujeito, um semelhante, um sujeito desejante que pode ter uma vida além da sobrevivência do corpo orgânico, que tem um nome, que tem amigos, que tem laços, que precisa de uma forma de cuidado diferente da de qualquer outro.

Outras formas de o estigma provocar sofrimento estão associadas aos entraves na rede e as dificuldades de outros profissionais para trabalhar com as pessoas em situação de rua. Isso gera frustração nos trabalhadores, já que o trabalho fica impedido de ser realizado, além de provocar sobrecarga e impotência nos trabalhadores, que devem acompanhar os pacientes até

as unidades para protegê-los de maus tratos por parte de pessoas dos serviços de saúde, e muitas vezes sentem que são os únicos que cuidam dessa população. Esse estigma se vê estendido aos próprios trabalhadores quando sentem que são excluídos da própria Clínica da Família às quais estão vinculados. E essa exclusão provoca o mesmo sentimento de solidão que os assemelha à população alvo dos seus cuidados.

Outra grande causa de sofrimento é a precarização laboral que sofrem os trabalhadores de saúde. No caso dos trabalhadores do Consultório na Rua, essa precarização causa sofrimento de diversos modos. Os baixos salários e as instáveis condições laborais repercutem neles como uma falta de reconhecimento e um silenciamento, sobre alguns sentimentos por medo de virem a ser demitidos. Também provoca desânimo, pois alguns trabalhadores devem escolher entre continuar no CnR ou buscar um trabalho com melhores condições, o que provoca sofrimento porque sentem que abandonam os pacientes e um trabalho que lhes dá prazer.

A precarização laboral gera uma alta rotatividade de profissionais, o que aumenta esse temor de ser demitido, ou de ser transferido, e fragiliza os vínculos, tanto dos profissionais com os usuários como da equipe entre si. Essa precarização está relacionada, também, à falta de insumos, o que provoca nos trabalhadores um sofrimento ético, porque não podem realizar seu trabalho a contento. Às vezes esse sofrimento de ver os pacientes, já negligenciados socialmente, ficar sem acesso à saúde e aos medicamentos faz com que paguem do próprio bolso medicações, ou o pedágio para levar um paciente ao hospital, perdendo-se assim os limites entre trabalho e caridade.

O sofrimento no trabalho provoca sintomas físicos e psíquicos, os trabalhadores mencionam dores causadas pelo estresse. Problemas já associados com o preconceito para com o trabalho do CnR se viram agravados pela sobrecarga da pandemia de COVID-19. Duplicaram os turnos dos trabalhadores do CnR para atender o novo coronavírus, denotando a expressão de que nem o trabalho deles nem os pacientes têm valia.

Outro postulado teórico é que o trabalho no Consultório na Rua tem características que lhe são próprias. Neste estudo encontramos que a especificidade do trabalho do CnR está relacionado às duas conotações que Winnicott descreve em referência à palavra cura.

Winnicott, em uma palestra realizada nos anos 1970, refere que conhecemos a palavra cura como o restabelecimento de um estado anterior, porém antigamente a palavra cura significava cuidado (DIAS, 2013). A escolha entre essas duas definições de cura pode ser decisiva para levar a cabo as práticas de cuidado para as pessoas em situação de rua. Já que se

as pessoas em situação de rua são consideradas como doentes por suas condições de vida, que estão nessa situação por um rompimento de vínculos, desemprego ou outras causas, a ideia de cura tradicional será readaptá-las socialmente, tentar incluí-las na norma social que se considera adequada, ressocializá-las, devolvê-las a um estado anterior idealizado e inexistente. Corre-se o risco de deixar de fora o sujeito que não coincide com essas aspirações. O contrário disso, que é a essência do trabalho do CnR, tem a ver com a cura entendida como um cuidado pautado nas necessidades do paciente. Significa acompanhar, saber que todo cuidado tem limites, fazer o possível por esse sujeito respeitando os momentos dessa pessoa, sua história, apostando continuamente que por trás dessa vida nua da sobrevivência apareçam esses momentos de desejo, que são escassos e representam um curto pestanejar.

No trabalho em saúde, cuida-se de pessoas que estão atravessando uma situação de vulnerabilidade, destacando-se que no trabalho do CnR as pessoas se encontram em situações de extremo desamparo. Dessa forma, em alguns casos, o que se propõe é o estabelecimento de um vínculo quase primário capaz de oferecer ao paciente uma presença capaz de construir um ambiente acolhedor, assegurando o cuidado básico para que a relação de confiança se estabeleça e então o sujeito possa andar por si só. Esse trabalho inestimável é o que permanece invisível e cuja falta de reconhecimento provoca sofrimento (FIGUEIREDO, 2014).

Nas entrevistas, os trabalhadores se ressentem da falta de reconhecimento por outros profissionais de saúde, e quando esse reconhecimento aparece, vem para camuflar um descrédito no trabalho que o Consultório na Rua e os seus profissionais realizam. Os trabalhadores chamam de “reconhecimento problemático”, visto que acaba por ignorar o real trabalho desenvolvido pelo Consultório na Rua.

Falas como: “Vocês são heróis, são boas pessoas, eu não consigo fazer o que vocês fazem”, quando provém de outros profissionais de saúde geram muita revolta por parte dos trabalhadores do CnR. Isso porque, por um lado, confirmam essa dessubjetivação da qual são objeto as pessoas em situação de rua, e invisibilizam o trabalho do Consultório na Rua elogiando as características pessoais, ou confundindo o trabalho com práticas de beneficência ou de caridade assistencial. Essa dessubjetivação das pessoas em situação de rua é uma invisibilidade do trabalho, e provoca sofrimento, porque sob as denominações de “herói”, “salvador” ou “bonzinho”, apagam-se as características humanas dos trabalhadores, via idealização, além de reforçar o desprezo pelas pessoas em situação de rua, desumanizando também aos trabalhadores, e por fim, eximindo-se da responsabilidade de cuidar dos pacientes.

Postulamos ainda que o trabalho no Consultório na Rua provoca prazer nos trabalhadores, conforme formulado pela Psicodinâmica do Trabalho, por meio de mecanismos que transformam o sofrimento em prazer. Pesquisando sobre o que prende os trabalhadores ao seu trabalho no CnR aparecem as três formas que Dejours (2017) teorizou sobre a sublimação: mobilização subjetiva, reconhecimento e trabalho coletivo e cultural.

Como visto anteriormente, a psicodinâmica postula a centralidade do trabalho na vida psíquica dos sujeitos. Dejours (2012) reclama que Freud deu pouca importância ao trabalho na teorização da sublimação, e propõe três níveis da sublimação como formas em que os trabalhadores transformam o sofrimento em prazer. E as formas que os trabalhadores do CnR falam do prazer que o trabalho produz neles encontram relação com os três níveis da sublimação que Dejours (2017) teoriza.

Como primeiro nível da sublimação Dejours (2017) encontra a inteligência criativa, no qual a transformação do sofrimento em prazer está atrelada ao ganho narcísico, identitário, e se produz no nível intrassubjetivo. Simplificando, o trabalhador se sente bem consigo mesmo pelo trabalho que faz. Essa mobilização subjetiva foi encontrada nas falas dos trabalhadores nas formas de que “é um trabalho que faz sentido para mim”, ou no “desejo de estar aqui”. A identificação com o trabalho está presente nas falas dos trabalhadores, inclusive como uma condição para não sofrer, “se você não se identifica com o trabalho não vai poder trabalhar muito tempo no CnR”, e ainda no discurso de que “o grande profissional se faz naquelas lacunas no que não está escrito em lugar nenhum”, e de que se consegue mobilizar uma boa parte de si quando se está no trabalho. Alguns dos trabalhadores, chamam de “chavinha”, outros de “emoção”, para se referir àquela transformação do si próprio, que lhes faz encontrar sentido no trabalho em um nível identitário. O desejo de pertencer a essa equipe, e ser trabalhador do SUS são ganhos que transformam ao sujeito.

O próprio reconhecimento do desejo de estar aí é o que diferencia o trabalho do Consultório na Rua da prática da caridade, pois a beneficência se faz numa relação vertical na qual alguém a quem não falta nada dá algo que sobra a um outro carente. Ao inverso, a implicação dos trabalhadores com seu próprio desejo de estar aí, os coloca em falta e abre a possibilidade de construir um vínculo horizontal.

A relação com os usuários se encontra no segundo nível da sublimação, e se refere à mutualidade de cuidados. Um dos trabalhadores que diz não ter “voz para a gestão”, em relação aos usuários, afirma que eles o tratam da forma como ele gosta de ser tratado, com equidade, e

que ele é ouvido por essas pessoas. Nessa mutualidade aparece o aprendizado no sentido de que alguns trabalhadores reconhecem que os pacientes os formaram como trabalhadores do CnR. Outra trabalhadora refere que o reconhecimento dos pacientes a protege dos momentos de tristeza.

A relação com os usuários permite que a frustração dê lugar ao reconhecimento e à satisfação pelo trabalho realizado. Nas palavras de uma entrevistada trata-se de “encontrar, junto com os pacientes, a humanidade deles”. Humanidade que é entendida como investir em momentos de felicidade, porque “para cuidar da saúde, a vida tem que ter graça, fazer sentido, são momentos são pequenos, segundos de felicidade”.

Os níveis da sublimação aparecem interligados, pois mobilizam tanto o desejo como o desafio de estar ali, e que quando se vê que isso produz um resultado, compreende-se que é sinal de que está sendo feito um bom trabalho.

Também, no nível intersubjetivo da sublimação aparece a relação de equipe. Os trabalhadores relatam que são vínculos mais intensos que o existente entre outras equipes, que eles se protegem entre si, e que um dos momentos de maior prazer é quando a equipe entra em sintonia para poder realizar um trabalho em conjunto. Também apontam a diferença entre uma gestão que apoia a equipe e que entende a importância do Consultório na Rua, de outras gestões que provocam sofrimento porque excluem a trabalhadores e pacientes.

O último nível da sublimação é a importância do trabalho como uma obra que transcende os sujeitos e enriquece a cultura. O trabalho no Consultório na Rua, é uma intervenção clínico-política, é um trabalho cujo objetivo é cuidar da população em situação de rua e, paralelamente mudar a representação social que se tem sobre essas pessoas, e sobre o modo de tratar as problemáticas de consumo que algumas delas padecem. Mas, como visto, essa mudança, feita no cotidiano do trabalho, não é sem sofrimento. Entretanto, se sentir parte de uma mudança de paradigma no cuidado em saúde e no olhar para essa população produz orgulho nos trabalhadores. Sentir que seu trabalho é transcendente ao falar da participação política dos trabalhadores do Consultório na Rua nos Fóruns, junto aos Movimentos sociais que lutam pela população em situação de rua, e ainda que sentem orgulho de ajudar o SUS a se tornar físico, é parte de um trabalho que busca uma transformação social profunda.

A importância do trabalho inclui esses três níveis da sublimação, o sentido que faz para o sujeito e o desejo que sustenta o trabalho, o reconhecimento dos usuários e das equipes, a

satisfação do trabalho cotidiano sendo realizado e a realização de um trabalho culturalmente importante.

Nos objetivos do presente estudo consideramos importante conhecer se essa mobilização subjetiva tem influência sobre a qualidade do atendimento. Dos 24 trabalhadores entrevistados, a quase totalidade considera que gostar do trabalho, no sentido da sublimação, afeta a qualidade do atendimento, e é, inclusive, um requisito fundamental para trabalhar no Consultório na Rua. Poucos trabalhadores não concordaram com essa afirmação. No entanto, falaram que seu engajamento e emoção por trabalhar no CnR os fazem permanecer no trabalho e, mesmo sem querer generalizar, consideram que um profissional pode fazer um bom trabalho ainda que não goste do que faz. A maioria dos trabalhadores refere que gostar do trabalho ajuda para que o façam da melhor forma possível, colocando de si, para além do trabalho prescrito.

A partir desses achados, é possível pensar que se a sublimação enriquece o trabalho, pelo contrário, quando a sublimação se vê impedida o sofrimento que provoca repercute no atendimento. Como exemplo, duas das formas pelas quais a precarização laboral se manifesta no trabalho tem consequências sobre os trabalhadores e no atendimento. A alta rotatividade de profissionais, impede que se criem laços coletivos, uma das entrevistadas observou que quando há brigas na equipe ou problemas de organização, os pacientes chegam alterados, como se percebessem a desordem interna da equipe. O trabalho de Consultório na Rua, que se alicerça no vínculo e na confiança entre pacientes e profissionais, tem na rotatividade e na ausência repentina dos profissionais um importante fator que torna a vulnerabilizar as pessoas que já se encontram em situação de abandono.

Em relação às estratégias de defesa, percebe-se que predominam estratégias individuais, tanto pela ausência de dispositivos coletivos como devido à rotatividade dos profissionais. Fica a critério de cada trabalhador encontrar seus limites. Limites esses que são respeitados pelos colegas, que ouvem e acolhem o trabalhador que expressa sofrimento perante uma situação.

Nos três CnR pesquisados as equipes se protegem entre si e se acompanham em situações difíceis. Manguinhos é uma das equipes mais antigas do Município e que conservou sua equipe quase inalterada até o ano de 2021. Como vimos anteriormente, o fato de se considerar uma família que se “entende pelo olhar” os une pelo afeto, porém pode desembocar em não falar ou não propiciar momentos de encontro, conforme a fala de um dos profissionais: “você tem que se segurar bem na mão do outro para não ser expulso fora dessa roda”.

No caso de Acari, a equipe nova, após o quase esvaziamento do CnR, está unida a partir da identificação, de serem “todos parecidos”. Aí também existe um silenciamento sobre o sofrimento, buscam se distrair (e abstrair), e não falar sobre isso. Como é uma equipe recentemente constituída, seus membros unem-se em uma atitude defensiva para com pessoas que não pertencem a equipe. As dificuldades que estão atravessando para o trabalho em rede podem intensificar esse isolamento, já que se sentem desacreditados por outros profissionais. Evitar falar sobre o sofrimento por meio de piadas constantes é outra estratégia coletiva de defesa utilizada pela equipe.

No CnR Centro 1, devido à mudança recente de profissionais e o silenciamento das causas dessas saídas, a confiança se encontrava em vias de reconstrução. Os trabalhadores conseguiram colocar na entrevista grupal que não se sentiam a vontade para falar da ambivalência para com os pacientes, porque temiam ser vistos como profissionais ruins pelos colegas. Entretanto, no final da pesquisa uma das trabalhadoras falou que estavam começando a se entender e a falar a mesma língua.

Os três Consultórios na Rua utilizam o afeto e o humor para com os pacientes e entre eles como um modo de se defender da angústia de ser testemunhas da violência que sofrem as pessoas em situação de rua provoca. As três equipes se protegem coletivamente se acompanhando uns aos outros no atendimento, tanto para se proteger da violência do território como da violência do estigma que os pacientes sofrem. Para finalizar é importante diferenciar as estratégias coletivas de defesa, que teorizou Dejours (1992), que operam como uma negação do medo que o trabalho provoca, porém que não modificam o sofrimento no trabalho, de modos coletivos de sublimação, isto é, formas inconscientes que as equipes encontram, coletivamente, de transformar o sofrimento em prazer.

Em seguida, destacamos três exemplos de como as equipes elaboram o sofrimento.

Centro 1: o chá das sextas

Vitória e Sônia tinham o costume de, nas sextas-feiras, ao final do expediente, beber um chá. Ao comentarem com um dos residentes de saúde da família, ele gostou da ideia e levou pão de mel e bombons para comer. Assim, começaram a se reunir na sexta-feira à tarde na sala que os trabalhadores utilizam para guardar suas coisas, conversar e, às vezes, descansar. Pelo CnR passam muitos residentes da Estratégia Saúde da Família, alguns permanecem pouco tempo, outros demoram mais, mas são muito bem acolhidos e, às vezes, são necessários quando

da ausência de profissionais. O Chá das sextas se converteu na despedida de todos que finalizavam sua passagem junto a equipe. Mas esse ritual não se restringia apenas à equipe que, inclusive, estava atravessada por muitas perdas e sem tempo para um luto. Envolvia, também, a perda de vários pacientes que falecem e que a equipe só vem a tomar ciência tempos depois. Porém, esses lutos sem tempo para serem elaborados foram relativos aos colegas da equipe. Dois trabalhadores foram demitidos logo no início do trabalho do campo; depois, outras profissionais foram demitidas do CMS anterior sem esclarecimento dos motivos, e sem a equipe saber quem viria substituí-las, nem quando. Para além dos motivos, essas saídas eram sentidas como imprevistas também para os usuários que não conseguiram se despedir, e que choraram ao saber da partida desses profissionais. Tais partidas não foram processadas também pelos próprios colegas.

Assim, o chá das sextas, parece que veio propiciar um momento para a elaboração dessas partidas. Sobretudo a do trabalhador que tinha permanecido por quatro anos com eles no CnR, foi a oportunidade de expressar por meio de palavras sua passagem pela equipe, e dos colegas também expressarem o vivido junto a ele. Um brinde com chá, fotos, lágrimas, para uma equipe que trabalha contra a invisibilidade e o esquecimento, uma vez que essas partidas sem despedida são uma ferida aberta. Assim, esse breve ritual inconsciente se transformou na elaboração da história da equipe justamente em um momento no qual ela se desfazia, se desintegrava enquanto grupo.

O vínculo é a base sobre a qual se edifica o trabalho do Consultório na Rua, vínculo com os usuários e com os demais colegas, que entendem como ninguém o sofrimento que esse trabalho implica. A partir do estabelecimento do vínculo vem o reconhecimento que os salva da “caridade”, que desvaloriza seu trabalho ao ponto de retirar-lhe o sentido. Essa quebra de vínculos inesperada e sem explicação coloca os trabalhadores em uma situação de desamparo parecida com a que sofrem os pacientes.

Uma das trabalhadoras fala de um dos colegas que saiu como sendo o seu chão. As partidas não elaboradas são vivenciadas como uma injustiça ou como um abandono, os usuários do consultório na rua sabem disso, e os trabalhadores pela precarização laboral que essa rotatividade desencadeia se assemelham, nesse ponto, aos pacientes que atendem. Por isso, esse breve encontro que fixa em uma foto a passagem de alguém, seu pertencimento, as palavras que emocionam, são precisos e de algum modo, sem saber, os trabalhadores conseguiram construir essa possibilidade de se despedir.

Manguinhos: atravessando pontes

Quando comecei a pesquisa um dos trabalhadores me perguntou se tinha medo da altura, falei que não. Após uma reunião online para discutir um caso com o CAPS fomos fazer uma busca ativa de uma paciente, mas para encontrá-la tínhamos que atravessar um rio, caminhando sobre umas vigas. Do outro lado do viaduto, na intempérie, moram várias pessoas. A passarela dava vertigem, se você cair, cai numa água profunda e suja. A equipe atravessou as vigas, brincando e encorajando os residentes a atravessar. Finalmente, a paciente foi encontrada e levada para a unidade. Em diferentes visitas ao território e com os diferentes residentes esse ritual se repetia porque era necessário para o trabalho do Consultório na Rua, já que eles devem ir aonde os pacientes estão. Eles desafiavam e encorajavam as pessoas que chegavam a atravessar essa ponte, como se se tratasse de um ritual iniciático. Para eles esse “passeio” parece naturalizado, nas visitas ultrapassam as condições insalubres, parecem esquecer a violência do território e os riscos, inclusive o de cair na travessia de um rio.

Esse ritual, exemplarmente, mostra uma estratégia coletiva, necessária para o trabalho que os coloca em situação de risco e eles a transformam em uma aventura. Com as visitas às casas de uso acontece algo parecido, o sentido do humor serve para o vínculo com os usuários, eles brincam entre si e, dessa forma, naturalizam situações que são inusuais, o humor recíproco serve como uma proteção contra o sofrimento. Quando um deles fala que a “gente chegou chegando”, esse é o significado, chegar aonde eles estão, O ritual de atravessar a ponte seria uma estratégia coletiva de defesa como as descritas por Dejours uma forma de tentar imaginariamente controlar o risco, se não fosse por um detalhe sutil e importante, eles não vão sozinhos.

Uma forma de elaboração do sofrimento que a equipe de Manguinhos tem é a transmissão para outros. Eles acolhem os residentes e pesquisadores, que rapidamente passam a fazer parte do grupo, que transmite o trabalho com alegria, algo inusual nesse contexto. Esse transmitir algo que os transcende é uma das formas do trabalho fazer sentido para eles. Esse ritual de encorajar, brincar e desafiar os outros é um modo de mostrar o trabalho e incentivar o caminhar juntos. Atravessar essa ponte é uma metáfora dos riscos que eles devem correr para chegar até os pacientes, sendo que a forma jocosa de convidar para essa aventura é um ato simbólico carregado de afeto com o qual eles transmitem seu trabalho para os recém-chegados.

Em um desses relatos fica claro que uma hora, cada um que estava com a equipe contando com o outro, também estará na rua, vai ter que atravessar alguma ponte e vai precisar dessa parceria e desse saber. E é isso que dá prazer ao fazer o SUS: ser só um grão no meio desse terremoto, pois quando se consegue mudar o olhar, tocar, falar e ouvir, e fazer as pessoas entenderem que um morador de rua é uma pessoa como qualquer outra, conclui-se que o que é feito qualquer um pode fazer, seja trabalhando com domiciliar, seja trabalhando com morador de rua, todo mundo pode chegar lá e fazer, porque são pessoas, são seres humanos.

Acari: O corpo das mulheres

A violência sofrida pelas mulheres em situação de rua é uma problemática que provoca muito sofrimento no Consultório na Rua de Acari. Quando a pesquisa começou duas trabalhadoras que estavam saindo da unidade devido à troca de OS, e por esse motivo não participaram deste estudo, falaram do trauma de acompanhar situações nas quais pacientes eram mortas pelo parceiro. Se a invisibilidade da população em situação de rua é um reclamo, as mulheres que estão na rua querem ser invisíveis. Paradoxalmente, para se proteger da violência dos homens, as mulheres se veem obrigadas a encontrar um parceiro que muitas vezes também pratica violência contra elas. A fala de uma paciente resume essa condição feminina em situação de rua: *“Você não sabe o que é ser mulher e estar na rua”*.

A chegada da nova equipe possibilitou a discussão de muitos casos de mulheres grávidas, que eles buscavam para fazer tratamento de sífilis, para que o bebê não fosse contagiado; ou casos de mulheres que o Conselho Tutelar tirava a guarda das crianças por estar em situação de rua, porque por lei nenhuma criança deve estar em situação de rua. As histórias dessas mulheres apareciam continuamente entre os trabalhadores. Um exemplo de como a equipe gosta do trabalho e, particularmente, das grávidas se deu através do domínio da técnica de *body paint* (também chamada de *body art*) e acabaram por realizar ensaios fotográficos, oferecendo-os às mulheres em situação de rua, especialmente às gestantes.

O *body paint*, ou pintura corporal, consiste em aplicar pintura sobre o corpo para realizar diferentes tipos de desenhos ou criar figuras. É uma técnica que oculta a nudez do corpo, ao mesmo tempo que a realça. O *body paint* reveste de cores um corpo que tenta, por exemplo, ser ocultado para não ser violentado. O corpo das mulheres em situação de rua, ao ser ocultado para não ser objeto de violência, passa a ser adornado para mostrar a vida. Seus corpos são transformados em obra viva. A angústia da equipe e dessas mulheres sobre o que acontecerá

com as crianças que lhe são retiradas, se transforma em lembrança, arte, foto, e, portanto, memória. O sofrimento de cuidar de corpos a “beira do abismo”, ao prazer de transformar esses corpos em vida, a fim de que essas mulheres tenham suas memórias concretizadas em fotos. Geralmente são vistas fotos de pessoas em situação de rua, como se as pessoas pelo fato de viver na rua fossem públicas, não tivessem direito à privacidade. Nos ensaios, as mulheres grávidas posam, sorriem para a câmera, é esse instante, no qual são mulheres que mostram seus corpos que merece ser lembrado. Desse modo, a equipe de Acari transforma sua própria angústia, sua preocupação com a violência que sofrem essas mulheres em criação, em um piscar de olhos de felicidade.

CAPÍTULO 5: CONCLUSÕES

As epistemologias do sul englobam um grupo de procedimentos nascidos das lutas dos grupos sociais produzidos como formas de resistência contra as diferentes opressões. O Sul é uma metáfora do sofrimento humano. O Norte global, segundo essa concepção, é tido como o lugar moderno, eurocêntrico, colonizador, onde o capitalismo mostra seus benefícios e contradições, assim como os espaços do lado de lá da linha abissal, representados pela ciência, o Estado e suas instituições. O Sul representa o lado do excluído, dos que sofrem a apropriação violenta e a imposição das regras, os colonizados, os invisíveis do outro lado da linha.

A forma de opressão sofrida pelos trabalhadores de Consultório na Rua é a precarização extrema das condições laborais, pois vivem sob a ameaça constante de demissão, de que acabem as políticas de inclusão que originaram o Consultório na Rua. Conjugada a tal ameaça, paira a sombra constante da falta de reconhecimento da importância do seu trabalho. Os trabalhadores dos CnR atuam com as pessoas que ninguém quer ver.

Por isso, muitos destes trabalhadores sofrem da solidão de ter, às vezes, que criar estratégias para suprir a falta de recursos materiais. Além disso, sofrem o preconceito por associação que condena as pessoas em situação de rua e estão expostos às diferentes formas de violência que constantemente acompanham o território em que trabalham. As estratégias capitalistas de precarização laboral são produtoras de não existência, visto que despertam nas pessoas substituíveis a ausência de reconhecimento daquilo que os sujeitos temos de mais singular – a sua própria individualidade.

Boaventura Sousa Santos (2002) sublinha que não há uma maneira única de não existir, clarifica que a não existência é produzida quando uma entidade é desqualificada e tornada invisível de um modo irreversível. Essas produções de não existência respondem a diferentes lógicas das quais ele menciona cinco:

A primeira lógica deriva da monocultura do saber que, segundo ele, é o modo de não existência mais poderoso, baseado na ciência e numa cultura única como fonte de verdade, sanciona o que não pertence a essa cultura única como ignorância. A proposta de ecologia de saberes que o autor desenvolve na sua obra, é uma alternativa para superar esta forma de cultura. A ecologia de saberes determina o abandono da ideia de ciência como reitora e implica o reconhecimento da existência de uma pluralidade de saberes, caminho impossível de empreender sem o reconhecimento de nossa própria ignorância. No trabalho de Consultório na Rua se trata de ver os recursos da própria população como eles vão construindo seus percursos singulares de vida. Os trabalhadores ressaltam a importância de conhecer as pessoas e de estabelecer um vínculo como via principal para iniciar um cuidado.

Uma segunda lógica é a do tempo linear, monocultura que impõe uma versão da história, e que se afirma na dicotomia que determinados agentes marcam o tempo certo e todos aqueles incapazes de se adequarem a esse ritmo são considerados atrasados. No Consultório na Rua o trabalho tem que se adaptar ao tempo do outro e as mudanças de território, as práticas se efetuam quando é possível, o protocolo se flexibiliza, se singulariza.

Uma terceira lógica é da classificação social, na qual as classificações sexuais e raciais são as mais predominantes, essa lógica se alimenta da naturalização das diferenças, a não existência se sustenta numa inferioridade natural insuperável. Decretar uma não existência dos recursos do outro, ato que leva ao abandono ou a imposição de práticas autoritárias e paternalistas. Uma quarta lógica é da escala dominante, o autor coloca como exemplo a globalização, na qual se apagam as diferenças de contexto, em virtude de uma realidade universal. A não existência se produz discriminando o particular ou o local, excluindo o que não se adapta a essa universalidade. As práticas do Consultório na Rua estão intimamente ligadas ao conhecimento do território no qual se desenvolvem, e a um cuidado que se subjetiviza, se singulariza, se visibiliza ao sujeito e suas demandas.

A última lógica é a lógica capitalista da produtividade a escala da natureza e do trabalho, decreta a não existência de tudo o que não seja capaz de produzir segundo a lógica do capital. O trabalho de Consultório na Rua é um modo de dar existência a esses corpos descartáveis

desde a lógica do capital. Desse modo o trabalho de Consultório na Rua vai na contramão dessas lógicas, para ser efetuado tem que questionar e construir um outro modo diferente dessas lógicas estabelecidas.

A sociologia das ausências significa resgatar experiências não governadas por essas lógicas, que os sujeitos possam tornar-se presentes, são uma alternativa a experiências hegemônicas. A sociologia das ausências expande o campo das experiências sociais já disponíveis, entanto a sociologia das emergências expande o campo das experiências possíveis, ambas sociologias estão entrelaçadas.

A luta entre colonizado e colonizador é de vida ou morte, não há reconhecimento para o colonizado, há a não existência (Fanon). O outro não é um semelhante, é um corpo invisível., desumanizado. A sociologia das ausências marca que há algo não falado, algo que falta e que precisa ser visibilizado, é uma luta contra o esquecimento.

Assim, dos relatos dos trabalhadores de Consultório na Rua podemos extrair que o vínculo é a fonte que mobiliza seu trabalho e seu suporte fundamental para continuar a pesar das dificuldades. Para os sujeitos cuidados, cada trabalhador é único, e a partir do laço que eles estabelecem. Poderíamos pensar que os trabalhadores lhes devolvem a singularidade aos sujeitos que estão em situação de rua e que as pessoas em situação de rua lhes devolvem o reconhecimento como sujeitos trabalhadores que a lógica do capital apaga. Será que os habitantes do sul temos a responsabilidade e a sorte de poder usar o afeto e o cuidado pelo outro como um ato político, como uma forma de construir pontes que nós salvem da asfixia das vias do pensamento abissal? Nessa luta, como disse Sousa Santos: “Não podemos nos dar o luxo da desistência”.

Alcances e limitações do estudo

O presente estudo permitiu conhecer as vivências dos trabalhadores em profundidade, possibilitando que os entrevistados manifestassem seus sentimentos em relação ao trabalho, tanto envolvendo as situações e relações que produzem sofrimento neles. Em seus depoimentos, também verificamos como se estruturam os modos através dos quais eles sustentam o trabalho cotidiano e conseguem transformar as experiências penosas em prazer. O acompanhamento das práticas possibilitou acessar as estratégias de defesa e posicionamentos subjetivos, para as quais não há palavras, como também a oportunidade de acompanhar de perto as relações que estabelecem com os usuários e entre si.

Dentro das limitações, podemos elencar que como o estudo foi realizado durante a Pandemia, foi possível acompanhar as práticas porque já tinha sido retomado o atendimento presencial para toda a equipe, porém, havia atividades que ainda estavam suspensas, como atividades de lazer, visitas culturais e grupos que as equipes realizavam com os usuários. O intuito da pesquisa não foi aprofundar nas questões da Pandemia, se bem que esse tema tenha surgido com frequência, devido ao sofrimento que este fenômeno causou nos trabalhadores. Outro limite parece ser a ausência da escuta da população de rua atendida pelos Consultórios na Rua, mas a opção aqui foi mesmo a de focalizar os trabalhadores desses dispositivos.

Apesar de não ser parte dos objetivos, este estudo pode servir de base e como incentivo para se aprofundar o conhecimento sobre o trabalho e os trabalhadores de CnR, a partir de outras perspectivas como, por exemplo, incluir as diferenças sociais de gênero, no cuidado, o atravessamento do racismo estrutural nas práticas e diferenças de sofrimento entre as distintas categorias profissionais. Esperamos que o estudo seja útil para pensar políticas de saúde que considerem a saúde integral dos trabalhadores do CnR.

A maioria dos trabalhadores considera importante ter espaços de supervisão da prática e de debates sobre como o trabalho os afeta, como também dispor de espaços de supervisão ou matriciamento com outras equipes da atenção básica a fim de reduzir o estigma que sofrem as pessoas em situação de rua. Consideramos importante criar esses dispositivos para prevenir o adoecimento no trabalho dos profissionais do CnR.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

ALBUQUERQUE, L. A integração da saúde mental na Estratégia Saúde da Família. Interface. comun saúde educ., Botucatu [s. n.], 2014. ISSN 1414-3283.

ALECRIM, A. *et al.* Experiência dos profissionais de saúde no cuidado da pessoa com tuberculose em situação de rua. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v. 50, p. 809-816, 2016. ISSN 0080-6234.

ANTUNES, R. O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo, 2018.

_____. Os sentidos do trabalho. São Paulo: Boitempo, 1999.

ANTUNES, R.; PRUNI, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. Serv. Soc., São Paulo, p. 407-427, set. 2015. ISSN 123.

ARANDA DE SOUZA, V.; PEREIRA, A. A experiência no serviço de Consultório na Rua na perspectiva dos profissionais: contribuições para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Cad. Bras. de Ter. Ocup. [s. n.], p. 37-47. ISSN 2526-8910.

ATAHYDE, M. Resenha do livro "Cristophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho". Lancman, Laerte e Sznelman (Orgs.). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 984-990, mai./jun. 2005. ISSN 0102-311X.

ATHAYDE, V. Profissionais do Centro de Atenção Psicossocial: a saúde do trabalhador de saúde. Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), 2011.

AZAMBUJA, E. *et al.* Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. Texto & contexto enferm., p. 71-79, 2007. ISSN 0104-0707.

BIRMAN, J. Criatividade e sublimação em psicanálise. Psicol. clin. 20 (1), Psicologia Clínica, 2008, p. 11-16.

BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOMFIM TRAD, L. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica de pesquisa em saúde. Physis (Rio J.), Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 772-796, 2009. ISSN 0103-7331.

BORYSOW, I. O Consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua. In: _____. Tese. (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina USP. [S.l.]: [s.n.], 2018.

BOTELHO ALVIM, M. Corporeidade e trabalho: O corpo-tempo que faz (e se faz) no mundo. In: (Org.), G. B. A. Clínica de Situações Contemporâneas. Curitiba: Juruá, p. 51-71.

BRITO, A. F.; TOREZAN, F. Z. Sublimação: da construção ao resgate do conceito. Agora: (Rio J.). v. 2, p. 245-258, jul./dez. 2012. ISSN 1516-1498.

BUENO, M.; BARBOSA MACÊDO, K. A Clínica Psicodinâmica do Trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. ECOS - Estudos Contemporâneos da Subjetividade, v. 2, 2012. ISSN 2.

CARNEIRO, G. *et al.* O processo de adoecimento mental dos trabalhadores da estratégia da saúde da família. Rev. Eletr. Enf, [SI], v. 15, n. 1, p. 146-155, jan./mar. 2010.

CARVALHO, L.; BINDEN, M.; BRAGA, L. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, SP. v. 15, [s. n.] p. 1585-1596, set. 2010.

CASTANHO DUARTE, A. O acolhimento em saúde no espaço de rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. Textos contextos (Porto Alegre), v. 18, p. 1-14, jul./dez. 2019. ISSN 1697-9509.

CASTEL, R. A dinâmica dos processos de marginalização da vulnerabilidade a desfiliação. Caderno CRH, Salvador, jan./dez. 1997, p. 19-40.

DALLA VECHIA, M. R. D. V. O cuidado em saúde das pessoas em situação de rua: possibilidades e desafios. Estud. psicol. (Natal): [s. n.], p. 42-51, 2019. ISSN 1413-294X.

DE MARCO, P.; CITERO, V.; MORAES, E. & N. M. O impacto de trabalho em saúde mental, transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. J. bras. psiquiatr., p. 178-183, 2010. ISSN 0047-0285

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. A banalização da injustiça social. 1. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

_____. A loucura do trabalho. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: MENDES, A. Diálogos em Psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, p. 13-26, 2007.

_____. A sublimação entre sofrimento e prazer no trabalho. Revista portuguesa de enfermagem, v. 2, p. 9-28, 2017. ISSN

_____. El Sufrimiento em el trabajo: 2 ed. ampliada. Buenos Aires: Topía, 2020.

_____. Trabajo vivo: Tomo 1. [S.l.]: Topía, 2004.

DELGADO, P. *et al.* Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. Saúde e debate, Rio de Janeiro, v. 41, p. 963-975, jul./set. 2017. ISSN 114.

DRUCK, G. A terceirização na Saúde Pública: formas diversas de precarização do trabalho. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2016, p. 15-43.

ENGSTROM, E.; TEIXEIRA, M. Equipe de Consultório na Rua de Manguinhos, RJ, Brasil: práticas de cuidado e promoção de saúde em um território vulnerável. Ciência & Saúde, Rio de Janeiro, p. 1839-1848, 2013.

ENRIQUEZ, E. O vínculo grupal. In: MACHADO, E. *Psicossociologia: análise social e intervenção*. Petrópolis: Vozes, 1994.

FANON, F. Os condenados da terra. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

FERRER, A. L. Sofrimento psíquico dos trabalhadores inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina. Universidade Estadual de Campinas. [S.l.]: [s.n.]. 2007.

FIGUEIREDO, L. A metapsicologia do cuidado. In: _____. *As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea*. São Paulo: Escuta Ltda, 2009, p. 131-151.

_____. Cuidado e saúde: uma visão integrada. In: _____. *Cuidado, Saúde e Cultura: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante*. São Paulo: Escuta Ltda, 2014, p. 9-29.

FLORENCIO GAMA, A. *et al.* Análise de discurso: fundamentos & práticas. Maceió: EDUFAL, 2016.

FONSECA, M. Da prescrição a criação: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - ENSP. Fiocruz. [S.l.]: [s.n.]. 2014.

FRANCO, T. & S. E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev. bras. saúde ocup.*, p. 229-248, 2010. ISSN 0303-7657

FREIRE, S. Análise de Discurso: procedimentos metodológicos. 1. ed. Manaus: CensuEd, 2014.

FREUD, S. O estranho. In: _____. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, ed. [1919] 2010.

_____. Pulsões e seus destinos. Rio de Janeiro: Companhia das letras, ed. [1915] 2010.

FREUD, S. Introdução ao narcisismo. In: _____. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010.

_____. O mal estar na civilização. In: _____. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010.

_____. Totem e Tabu. In: _____. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2011.

_____. Uma lembrança infantil de Leonardo Da Vinci. In: _____. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2013.

GASTAL DE CASTRO, F. A. M. & L. R. Modo de produção flexível, terceirização e precariedade subjetiva. Cad. psicol. soc. trab. p. 43-54, 2017.

_____. Por uma transformação paradigmática no âmbito da psicologia organizacional e do trabalho. In: (Orgs.), G. D. C. & B. A. Clínica de situações contemporâneas. Curitiba: Juruá, p. 73-111.

GAULEJAC, V. Os fundamentos da ideologia gerencialista. In: _____. Gestão como doença social. ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. São Paulo: Ideias e Letras, p. 67-83.

GERHARDT, T. A construção da pesquisa. In: _____.; SILVEIRA, D. Métodos de pesquisa. 1. ed. Rio Grande do Sul: UFRGS, 2009.

GOMES FARIA, F. Processos de cuidado à saúde da população em situação de rua: entre o Homo Sacer e a hospitalidade incondicional. In: _____ Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - ISC UFF. [S.l.]: [s.n.], 2018.

GONDAR, J. Ferenczi como pensador político. In: _____. Com Ferenczi: clínica, subjetivação, política. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2017, p. 209-225.

GONDIM DE OLIVEIRA, R. Vidas em exclusão e a reinvenção do cuidado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.

KASPER, P. C. Habitar a rua. Campinas: Tese (Doutorado em Ciências Sociais. Universidade Estadual de Campinas, 2006.

KUPERMAN, D. Estilos de cuidado. In: KUPERMAN, D. Estilos de cuidado: a psicanálise e o traumático. São Paulo: Zagodoni, 2017, p. 17-26.

LIMA, L.; LAERTE, L. Síndrome de burnout entre os trabalhadores da estratégia de saúde da família. Revista Escola de Enfermagem USP, SP, v. 44, p. 274-279, 2010.

LONDERO, M.; CECCIM, R. & B. L. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. Interface, Comunicação, Saúde e Educação, 2013.

LOPES DA SILVA, M. Mudanças recentes no mundo trabalho e o fenômeno da população em situação de rua no Brasil 1995-2005. Dissertação (Mestrado em política social) - Universidade de Serviço Social de Brasília. Brasília: [s.n.]. 2006.

LOUZADA, O. Análise das práticas das equipes de Consultório na Rua do Rio de Janeiro: caminhos para a experiência da Clínica Ampliada na perspectiva dos profissionais. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - ENSP/Fiocruz. Rio de Janeiro: [s.n.]. 2015.

MACERATA, I. Experiência Pop Rua: a implementação do Saúde em movimento nas ruas no Rio de Janeiro, um dispositivo clínica/político na rede de Saúde do RJ. Rev polis psique, p. 207-219, 2013.

MACHADO, A.; MERLO, A. Cuidadores: seus amores e suas dores. Psicologia & Sociedade, v. 20, p. 444-452, 2008.

MARISIGLIA, R. Préfacio. In: BRITTO, J.; ASSUNÇÃO, A. Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MARX, K. O capital. São Paulo: Boitempo, ed. [1867] 2019.

MENDES *et al.* O lugar do conceito de sublimação na psicodinâmica do trabalho. Rev polis pique, v. 7, n. 3, p. 200-223, 2017.

MENDONÇA DE MOURA, G. O conceito marxiano de trabalho. TCC. Universidade Federal de Bahia. [S.l.]: [s.n.]. 2012.

MERHY, E. Saúde: cartografia do trabalho em ato. [S.l.]: [s.n.], 2002.

_____.; FRANCO, T. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 27, set./dez. 2003.

MINAYO, C. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. Pesquisa Social. Teoria, Método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO, S. Diretrizes norteadoras das Equipes de Consultório na Rua do Município de Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: [s.n.]. 2017.

MIRANDA, L. Criatividade e trabalho em saúde: contribuições da teoria Winnicottiana. In: AZEVEDO, C.; SÁ, M. (Orgs). Subjetividade, gestão e cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 89-116, 2013.

MOLINIER, P. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. Rev. Bras. Saúde Ocup., São Paulo, v. 33, p. 06-16, 2008. ISSN 118.

_____. O trabalho e a psique: uma introdução à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2008.

MORAES ROSS, C. Se essa rua fosse minha: caminhos rizomáticos do Consultório na Rua. Porto Alegre: Programa de pós-graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

MUNIZ, P. H.; DORNA, B. L. Relações sociais de sexo e psicodinâmica do trabalho: a sexuação das defesas no trabalho do care. Fractal rev. psicol., p. 154-160, 2018.

NASCIMENTO, G. Avaliação dos riscos no trabalho dos agentes comunitários de saúde: um processo participativo. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008. ISSN 0104-3552

NEGRI, A.; HARDT, M. Império. [S.l.]: Record, 2010.

- OLIVEIRA DIAS, E. Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. In: _____. Sobre a confiabilidade e outros estudos. São Paulo: DWW, p. 15-49, 2011.
- OLIVEIRA DIAS, E. O cuidado como cura e como ética. In: LOPARIC, Z. (Org.) Winnicott e a ética do cuidado. São Paulo: Escuta, 2014.
- ONOCKO, R. Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. Buenos Aires: Salud Colectiva, 2004.
- ONOCKO, R. O encontro trabalhador usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema sujeito na Saúde Coletiva. Ciênc. saúde coletiva, p. 573-583, 2005. ISSN 1413-8123
- ORLANDI P, E. Análise de discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes, 2020.
- PÊCHEAUX, M. O Discurso: estrutura ou acontecimento. Campinas: Pontes, 1997.
- PITTA, A. Hospital: dor e morte como ofício. São Paulo: Huitec, 1999.
- RESENDE, M. *et al.* Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia, MG, Brasil. Ciência e saúde coletiva, p. 2115-2122, 2011.
- SAÚDE, M. D. Portaria Número 2.436 de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). [S.l.]: [s.n.]. 2017.
- SAÚDE, S. M. D. Cuidando da saúde da população em situação de rua. Rio de Janeiro: [s.n.]. 2017.
- SABATO, E. A resistência. 1. ed. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2008.
- SERRANO, C. Homem de rua, homem doente: a população de rua nos discursos do acolhimento institucional público. São Paulo: Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade de São Paulo. USP, 2013.
- SILVA, P.; FRANZÃO, P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. Cad. saúde públ., p. 805-814.
- SILVEIRA, D. & CÓRDOVA, F. A pesquisa científica. In: GERHARDT, T.; SILVEIRA, D. Métodos de Pesquisa. 1. ed. Rio Grande do Sul: UFRGS, p. 31-41, 2009.
- SOUSA SANTOS, B. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. Revista Crítica de Ciências Sociais, p. 237-280, 2002.
- _____. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B. S. Epistemologias do Sul. Coimbra: Almeida SA, p.21-73, 2009.

TRINO, T.; MACHADO, M.; RODRIGUES, R. Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua. In: FONSECA, T. M. Saberes e práticas na atenção primária à saúde. Cuidado à População em Situação de Rua e Usuários de álcool, crack e outras drogas. Rio de Janeiro: Hucitec, p. 27-53, 2013.

WINNICOTT, D. A cura: Palestra proferida para médicos e enfermeiros. In: _____ Tudo começa em casa. São Paulo: Martins Fontes, p. 105-114, ed. [1970] 2005.

ANEXOS

Roteiro das Entrevistas Individuais

1. Você pode me contar como veio trabalhar no Consultório na Rua? (há quanto tempo trabalha nesse serviço, como foi essa trajetória, veio por escolha/opção ou não?)
2. Que trabalho você desenvolve no Consultório na Rua? O que você faz no Consultório na Rua? (função, cargo, atividades que executa)
3. Dentre as coisas que você faz no Consultório na Rua, do que você mais gosta? Por quê? E do que você menos gosta? Por quê?
4. Na sua opinião, qual importância tem o trabalho que você realiza no Consultório na Rua?
5. Qual é a sua satisfação com o trabalho que realiza no Consultório na Rua
6. Quais são as dificuldades que você encontra no desenvolvimento do seu trabalho no Consultório na Rua? E quais são as facilidades?
7. Você considera que o trabalho no Consultório na Rua afeta sua saúde física? Como? E a sua saúde mental é afetada por esse trabalho? Como?
8. Como é a sua relação com os colegas da equipe? Você consegue conversar com eles sobre como é afetado pelo trabalho?
9. Se acontece algum problema no trabalho como você o resolve?
10. Como é seu vínculo com os usuários?
11. Você considera que gostar ou não do que se faz, sentir-se bem ou mal em relação ao trabalho influi no atendimento que é fornecido aos usuários? Em caso negativo, por quê? Em caso positivo, como isso acontece com você?
12. Se tivesse oportunidade, o que mudaria em seu trabalho no Consultório na Rua?
13. A Pandemia teve consequências no seu trabalho? Quais?
14. Você gostaria de falar mais alguma coisa que considere importante?

Roteiro das Entrevistas em Grupo

Quais são as dificuldades que a equipe do CnR encontra no trabalho que desenvolve? Como pensam que o grupo poderia resolvê-las?

Quais são os momentos que geram maior satisfação para a equipe do CnR?

1. Quais são as dificuldades que a equipe do CnR encontra no trabalho que desenvolve? Como pensam que o grupo poderia resolvê-las?
2. Quais são os momentos que geram maior satisfação para a equipe do CnR?
3. Como é a relação da equipe com outros profissionais da rede? Conseguem fazer trabalhos conjuntos com eles?
4. A equipe costuma compartilhar sentimentos em relação ao trabalho?
5. Sentem que, como grupo, realizam alguma ação específica para se proteger de riscos ou evitar incômodos no trabalho?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) participante

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Sofrimento e prazer no trabalho dos profissionais do Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro”, desenvolvida por Ludmila María del Luján Abramenko, aluna de doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), sob orientação da Profa. Dra. Edinilsa Ramos de Souza e Coorientação da Profa. Dra. Ana Elisa Bastos Figueiredo.

O estudo tem como principal objetivo conhecer como os profissionais de Consultório na Rua do Município do Rio de Janeiro vivenciam suas práticas laborais, focando sobretudo no sofrimento e no prazer produzido por esse trabalho, mediante a realização de uma entrevista individual, uma entrevista grupal e a observação do atendimento. Você está sendo convidado a participar da pesquisa por ser parte da equipe do Consultório na Rua. Sua participação consistirá em uma entrevista individual e uma em grupo com os membros da equipe a qual você pertence, sobre questões relacionadas ao trabalho desenvolvido. Cada uma das entrevistas terá aproximadamente uma hora e meia de duração. Serão agendadas em dias distintos, e em horário e local combinados previamente, de modo a não importunar sua atividade cotidiana. As entrevistas serão gravadas, com o seu consentimento, e com o consentimento de todo o grupo no caso da entrevista grupal, se um ou mais participantes não autorizarem a gravação da entrevista grupal, os dados serão registrados em forma manual pela pesquisadora. Serão realizadas em um local tranquilo e onde se possa manter a privacidade. A entrevista será gravada somente com o consentimento grupal.

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

As informações por você oferecidas somente serão utilizadas na presente pesquisa, preservando sua identidade ao longo de toda a pesquisa e somente será conhecida pelo pesquisador e suas orientadoras. O participante tem direito de acessar as informações dadas ao pesquisador ou ao material da pesquisa se assim o solicitar em qualquer momento. Sua identidade será mantida

sob sigilo na entrevista individual e na devolução posterior dos resultados, não pode ser garantida o sigilo na entrevista grupal na qual todos os trabalhadores da sua equipe dividiram pareceres sobre o trabalho Sua participação é voluntária e você poderá se recusar a participar do estudo, interromper ou desistir a qualquer momento, sem que tenha qualquer prejuízo.

Contudo, vale referir que o seu depoimento é importante para ampliar o conhecimento sobre o trabalho do Consultório na Rua e para melhorar as condições de trabalho e o atendimento feito pelos Profissionais. Sua participação não implicará em custos adicionais e você não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. Por se tratar de um tema sensível, como é o trabalho, pode causar sensibilidade no entrevistado, será evitado ao máximo causar qualquer desconforto ou constrangimento ao entrevistado, se assim ocorrer o participante tem toda a liberdade para expressar esse desconforto ao entrevistador para resolverem essa situação. Se o participante precisar de um acolhimento psicológico como efeito da sua participação o pesquisador se compromete a buscar uma escuta psicológica adequada. Como benefício espera-se contribuir para uma reflexão sobre a prática profissional no Consultório na Rua, além de poder difundir a importância do trabalho desse serviço. Não será obtido um benefício direto da presente pesquisa.

Uma vez finalizado o estudo, o pesquisador realizará uma reunião com sua equipe para dar uma devolução dos resultados obtidos. Essa devolução preservará o sigilo da identidade, se busca com essa devolução refletir sobre o trabalho e otimizar as vivências dos profissionais. Se houver algum dano, decorrente da pesquisa que o prejudique, o participante terá direito a buscar indenização, por meios judiciais. O participante não terá nenhum gasto pela sua participação na pesquisa.

Rubrica do participante _____

Rubrica do pesquisador _____

O material coletado na pesquisa será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, ao final desse prazo, será descartado. Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interessados participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Mangueiras – Rio de Janeiro – RJ – CEP: 21041-210. Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16 – 4º andar – Sala 401 – Centro – Rio de Janeiro – RJ Tel.: (21) 2215-1485 - CEP: 20031-040 - E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br.

Dados do pesquisador: Ludmila María del Luján Abramenko

E-mail: ludmilabramenko10@gmail.com. Telefone: (21) 974663609.

Tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

Eu _____ autorizo voluntariamente que as informações oferecidas por mim sejam utilizadas nesta pesquisa. Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura _____

Data __/__/____ Telefone () _____

Aceito participar da entrevista individual e autorizo a gravação []

Aceito participar da entrevista individual e não autorizo a gravação []

Aceito participar da entrevista grupal e autorizo a gravação []

Aceito participar da entrevista grupal e não autorizo a gravação [].

Assinatura participante: _____

Assinatura pesquisador: _____