



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA

BRUNA CARLA CORDEIRO DE CARVALHO

FIQUE EM CASA? Estudo antropológico sobre os desdobramentos da pandemia da COVID-19 nos encontros entre o Consultório na Rua e as pessoas em situação de rua no Município de João Pessoa/PB.

João Pessoa-PB

2022

BRUNA CARLA CORDEIRO DE CARVALHO

FIQUE EM CASA? Estudo antropológico sobre os desdobramentos da pandemia da COVID-19 nos encontros entre o Consultório na Rua e as pessoas em situação de rua no Município de João Pessoa/PB.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestra em Antropologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ednalva Maciel Neves.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Mónica Lourdes Franch Gutiérrez.



BRUNA CARLA CORDEIRO DE CARVALHO

FIQUE EM CASA? Estudo antropológico sobre os desdobramentos da pandemia da COVID-19 nos encontros entre o Consultório na Rua e as pessoas em situação de rua no Município de João Pessoa/PB.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Paraíba.

Resultado: _____ APROVADA _____

Em: __24__ de fevereiro de 2022.

Banca examinadora

Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves (Orientadora)
PPGA/UFPB

Profa. Dra. Mônica Lourdes Franch Gutierrez (Coorientadora)
PPGA/UFPB

Prof. Dr. Marco Aurélio Paz Tella (Examinador Externo)
PPGA/UFPB

Profa. Dra. Marcia Reis Longhi (Examinadora Interna)
PPGA/UFPB

Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes (Examinador Externo)
PPGSC/UFPB

C331f Carvalho, Bruna Carla Cordeiro de.

Fique em casa? estudo antropológico sobre os desdobramentos da pandemia da COVID-19 nos encontros entre o consultório na rua e as pessoas em situação de rua no município de João Pessoa/PB / Bruna Carla Cordeiro de Carvalho. - João Pessoa, 2022.

128 f. : il.

Orientação: Ednalva Maciel Neves.

Coorientação: Mónica Lourdes Franch Gutiérrez.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

1. Etnografia - Antropologia social. 2. COVID-19. 3. População em situação de rua - Vulnerabilidade. 4. Sindemia. 5. Consultório na rua. I. Neves, Ednalva Maciel. II. Gutiérrez, Mónica Lourdes Franch. III. Título.

Agradecimentos

Aos profissionais de Saúde que compõe o Consultório na Rua, que trabalham em meio à difícil realidade social e buscam entre suas frestas o fortalecimento do SUS. Pela atenção prestada, pela abertura ao diálogo, pelo interesse na pesquisa, pela participação e colaboração. Tenho imensa gratidão pelo que aprendi em conjunto e por cada ida ao campo. À Rúbia e ao Grupo Articuladores, que nos permitiu conhecer o Consultório na Rua e nos interessar por seus diversos temas e complexidades.

Às pessoas que conheci no campo de pesquisa, cujos interesses, conversas, aberturas e trocas me permitiram enxergar uma sabedoria preciosa e que, definitivamente, fizeram-me refletir a todo momento sobre a pesquisa e sobre a minha vida, marcando-me por completo.

À minha preciosa orientadora, Prof.^a Dr.^a Ednalva Maciel Neves, pelo estímulo constante, pela confiança, dedicação, escuta e pelo apoio dado, desde o primeiro contato por vídeo chamada, da primeira orientação presencial e até o dia de hoje, por todo afeto e acolhimento concedido, uma pessoa que vou carregar para o resto da minha vida.

À minha querida coorientadora, Prof.^a Dr.^a Mónica Lourdes Franch Gutiérrez, a primeira pessoa que me acolheu (mesmo repleta de alunos) no grupo de orientação e colaborou para a minha pesquisa.

À Rede de pesquisadoras, estudantes e grupos de pesquisas ANTROPOCOVID, que possibilitou a pesquisa, junto com apoio financeiro ao trabalho, como também pelas trocas das mais diversas universidades nacionais e internacionais que proporcionaram instigantes debates sobre a vivência pandêmica.

Aos grupos de WhatsApp (de colegas da pós-graduação, dos grupos de orientação e até de disciplinas) que substituíram as rodas de conversas, salas de aula e a boa mesa de bar nesse período pandêmico. Perseverar sem essa união e esse afeto virtual seria humanamente impossível.

Àquelas poucas e boas amizades que se formaram e se fizeram presente em meio ao turbilhão de emoções, desesperos e caos que a pandemia nos proporcionou nesse período acadêmico, e que foram tão gentis comigo.

Às minhas amigas de longa data, que torceram e acreditaram muito mais em mim do que eu mesma pude acreditar. Por toda alegria e comemoração em cada pequena vitória conquistada. É um privilégio compartilhar a vida com vocês.

À minha amada família: aos meus queridos pais, Elmano e Sandra por toda compreensão e exemplo concedidos; a minha irmã Brenda por toda parceria; e, principalmente, à minha amada avó Elba, cuja oração incessante irradia em todos os meus passos.

Ao meu companheiro e amor, Rodolfo, por todos os mínimos cuidados (e cafés) durante o desenrolar da pesquisa, sem você este trabalho seria impossível. Espero que continuemos juntos no desenlaçar da vida, compartilhando desafios, mas com essa deliciosa parceria que traz tanta calma em meu viver.

Somos uma sociedade de solidões,
que se encontram e desencontram sem reconhecer-se.
Eis nosso drama: um mundo organizado para o desvínculo,
onde o outro é sempre uma ameaça e nunca uma promessa.
Eduardo Galeano.

Ser, eu diria, não é estar *em* um lugar, mas estar *ao longo* de caminhos.
O caminho, e não o lugar, é a condição primordial do ser, ou melhor, do tornar-se.
Tim Ingold.

RESUMO: Esta pesquisa tem como objetivo delinear os desdobramentos da pandemia da COVID-19 nos atendimentos entre o consultório na rua e as pessoas em situação de rua na cidade de João Pessoa/PB, Brasil. A investigação pretende compreender a macropolítica implementada durante a pandemia e, a partir dela, analisar as micropolíticas da realidade local da população de rua por meio de um trabalho de campo etnográfico realizado no acompanhamento dos atendimentos realizados pelo consultório itinerante por meio de uma van, desde a prevenção contra o vírus até os estágios iniciais de vacinação. Esta etnografia tem se dedicado aos meandros urbanos, ao atendimento à saúde, aos encontros entre profissionais e os que habitam na rua, o que evidencia o alcance da invisibilidade vivida por essa população. Percebem-se várias inconsistências entre as políticas públicas sobre o vírus e a população em situação de rua, como “fique em casa” e “lave as mãos”. A premissa fundamental desta pesquisa é o antagonismo que permeia o combate à pandemia e o sofrimento estrutural constantemente vivido por quem está nas ruas, também marcado por enfermidades já presentes e reunidas em seus corpos vulneráveis em uma veraz sindemia.

PALAVRAS-CHAVE: População em situação de rua; vulnerabilidade; COVID-19; sindemia; consultório na rua.

ABSTRACT: This research aims to outline the consequences of the COVID pandemic for street clinics attending to homeless people on the streets of João Pessoa, Brazil. The investigation intends to understand the macropolitics implemented during the pandemic and then analyze the micropolitics of the local reality of the homeless population. It is an ethnographic fieldwork carried out while accompanying the care provided by the itinerant clinic and its van, from preventive care until the early stages of vaccination. This ethnography has dedicated itself to the urban intricacies, healthcare attendance and the corporealities of homelessness, all of which highlight the scope of invisibility experienced by this population. Several inconsistencies are perceived between the public policies regarding the virus and the homeless population, such as “stay at home” and “wash your hands”. The fundamental premise of this research is the antagonism which permeates the fight against the pandemic and the structural suffering constantly endured by those living on the streets, who are also marked by infirmities already present and reunited within their vulnerable bodies in a real syndemic.

KEYWORDS: homeless; vulnerability; COVID-19; syndemic; street clinic.

SUMÁRIO

Introdução	11
Capítulo 1. Entre conceito, censos e o “estar” na rua	17
1.1 Desafios de um conceito – da rua à situação de rua	17
1.2 Censos das ruas e as invisibilidades públicas.....	24
1.3 Das malhas metodológicas	30
1.3.2 Pessoas em situação de rua e entrevistas	35
1.3.3 Registro de informações e sua análise.....	36
1.4 Campo itinerante – Ruptura do agir e dinâmicas pandêmicas de um pós inexistente	39
Capítulo 2. Unidade de Atenção Básica de saúde itinerante e espaços urbanos – Consultório na Rua.....	45
2.1 Construção do Consultório na Rua – O SUS em sua essência.....	45
2.2 Corpografias e a busca ativa do Consultório na Rua (CnR).	58
2.3 Um território de rua desde a etnógrafa urbana na van.	65
Capítulo 3. Políticas públicas de saúde no contexto pandêmico	70
3.1 “Apenas enquanto perdurar a emergência de saúde pública”	70
3.2 Desafios e Estigmatização do cuidado de pessoas em situação de rua.....	85
Capítulo 4 – Itinerários do reversos em corpos sindêmicos	92
4.1 Itinerários terapêuticos em cinesia – a busca pelo mover do paciente	92
4.2 Corporalidades Sindêmicas	105
Considerações Finais	112
Referências Bibliográficas	115
Apêndices e Anexos	125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAIS – Centro de Atenção Integral à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CENDOR - Centro Municipal de Reabilitação e Tratamento da Dor

CnR – Consultório na Rua

CdR – Consultório de Rua

CPICS – Centro de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CTA/SAE – Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CMI – Centro Municipal de Imunização

eCR – Equipe de Consultório na Rua.

DS – Distrito Sanitário

ECA – Estatuto da Criança e Do Adolescente

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MNPR – Movimento Nacional da População em Situação de rua

MPPB – Ministério Público do Estado da Paraíba.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

PASM – Pronto Atendimento em Saúde Mental

PNPR – Política Nacional Para a População em Situação de Rua

PSR – População em Situação de Rua

PROSET/SMS – Procuradoria Setorial da Saúde do Município de João Pessoa

SAD – Serviço de Atenção Domiciliar

SEDES – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

SEDHUC – Secretaria Municipal de Direitos Humanos e Cidadania

SMS/JP – Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa

UAI – Unidade de Atendimento Integrado

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

Introdução

O mês de fevereiro de 2020 fincou a representatividade temporal do início de uma conjuntura pandêmica no Brasil¹ e no mundo². Estávamos acompanhando de longe o transladar do vírus *de fora* chegar no *território brasileiro*. Alardes e burburinhos na Secretaria Municipal de Saúde³ sobre o que fazer, *como* fazer preventivamente – como preparar o Sistema Único de Saúde (SUS) para esse enfrentamento. Enquanto o Ministério da Saúde se reestruturava, criando portarias, comitês e atos normativos, íamos nos atualizando das informações em estado de tensão, esperando o acontecer e os decretos locais de restrição. Em março⁴, quando iniciaram as primeiras disciplinas de mestrado e eu estava concluindo a especialização⁵, lembro de ter começado a levar álcool em gel para a sala e muitas pessoas estranharem tal atitude. Conversávamos sobre quando o vírus chegaria e os rumores de que já tinha gente em hospitais particulares carregando o vírus. Nessa semana inicial, começaram as suspeitas de que o vírus tinha chegado – mas que era uma família da “*high society paraibana*” e que queriam completo sigilo. Logo após a confirmação do primeiro caso em solo paraibano⁶, a cidade já estava em um estado semicaótico, com pessoas correndo para estocar alimentos, remédios, o álcool 70° e o em gel tornou-se artigo de luxo. Cada vez mais, os estoques de itens essenciais estavam escassos no supermercado. Lembro-me de ir fazer feira às 5 horas em um bairro distante, pois escutei boatos de que havia álcool 70° por lá, mas não tinha. A cidade tornou-se letárgica. Autoridades globais, estaduais e municipais mobilizaram-se em prol do distanciamento social com a campanha “Fique em Casa/Stay Home”⁷, as medidas preventivas não farmacológicas eram recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), diminuindo o contato entre as

¹ Portaria nº 188/2020, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>. Acesso em: 06 de junho de 2021.

² WHO. **Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)**. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 06 de junho de 2021.

³ Secretaria de Saúde de João Pessoa, na qual trabalho desde 2017 como assessora jurídica da Procuradoria Setorial da Saúde.

⁴ Trechos do diário de campo.

⁵ Especialização em Saúde Pública na mesma Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em parceria com a FIOCRUZ.

⁶ Primeiro caso de coronavírus na Paraíba levou 16 dias para ser confirmado após suspeita, informação disponível em G1/PB, João Pessoa. Disponível em: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2020/03/19/primeiro-caso-de-coronavirus-na-paraiba-levou-16-dias-para-ser-confirmado-apos-suspeita.ghtml>. Acesso em: 04 junho de 2021.

⁷ Paralelamente, o governo federal embarcava em uma campanha solitária com o lema “O Brasil não pode parar” que de pronto foi retirada de veiculação – como assim?. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/2020/03/27/governo-lanca-campanha-brasil-nao-pode-parar-contra-medidas-de-isolamento>. Acesso em: 04 junho de 2021.

peças e a transmissão do vírus, já que não existia, e até o momento ainda não existe, medida farmacológica para o enfrentamento desse agente.

Enquanto alguns sujeitos estocavam suprimentos para encarar os meses à frente, alguns outros indivíduos foram escanteados – até mesmo do *slogan* da campanha do combate ao novo coronavírus – cuja omissão destacada na palavra “casa” gerou preocupação em alguns setores sociais. Que casa é essa? Quem não tem casa faz o quê? Quem não tem casa fica como ou onde? Foram perguntas constantemente realizadas assim que tal medida viralizou. Os que habitam na rua, que dependem do fluxo de pessoas nas cidades e em pontos estratégicos de turismo ou aglomerações, foram diretamente impactados com a campanha do *fique em casa*, descobrindo a pandemia por meio de espaços e locais completamente vazios. E agora?

O distanciamento social salvou vidas, as medidas sanitárias adotadas que se seguiram também⁸. Todavia, são ações direcionadas majoritariamente para as classes média e alta e não alcança a parcela da população que tem recursos parcos para a alimentação, sendo uma preocupação inicial o “como proteger a população vulnerável nesse momento pandêmico?”, principalmente aquela em situação de rua. Como se verá a seguir, ocorreram mobilizações vultosas nas ações públicas e de terceiro setor dedicadas exclusivamente à sobrevivência da população. Os silêncios nas ruas sem movimento descortinaram os que viviam e ainda vivem ali. No distanciamento, observou-se de perto a situação de rua, as circunstâncias precárias se potencializaram bruscamente, ONGs, entidades filantrópicas, coletivos e até pessoas individuais se mobilizaram para a arrecadação de alimentos, refeições e EPIs para mitigar a situação de caos que se instalou. Mas não havia políticas públicas destinadas a essa população, invisibilizados como sujeitos e cidadãos.

Não só isso, o aumento da população em situação de rua foi visto nos próprios olhos do cotidiano, em decorrência do desemprego e da precarização das condições de existência. Logo após o susto do desconhecido, a pandemia foi permeando o dia a dia e as conformações foram retomando cada qual ao seu devido lugar na chamada normalidade “pós-pandêmica”, que, aparentemente, torna-se um retorno ao que era antes. O *novo normal* se apresenta como a convivência com o vírus em circulação. Isso significa retomar a invisibilidade da população em situação de rua? O termo *fique em casa* e outras formas de combate ao vírus (lavar as mãos, não compartilhamento de alimento e objetos) não levam em consideração os indivíduos que estão em situação de vulnerabilidade e constantes estigmas.

Cabe enfatizar que são relações sociais tecidas e entremeadas no espaço público urbano,

⁸ Uso de máscaras, lavar bem as mãos, utilizar álcool 70° ou em gel.

que, segundo Frangella (2004), refletem na noção estática da cidade e suas normatividades, sobrepondo-se ao universo das pessoas que utilizam a rua como seu logradouro e suas práticas que desafiam a funcionalidade desses locais públicos.

Etnograficamente, partirei de um itinerário urbano no qual os caminhos percorridos buscam não só se cruzar, mas procuram as pessoas que vivem nas ruas entre seus deslocamentos; a partir do local onde há maior visibilidade da população em situação de rua, que é o serviço de saúde pública especializado no atendimento a essa população, denominado Consultório na Rua. Descrevendo os cenários e os atores a partir da van (uma Unidade de Saúde itinerante), junto com os profissionais e os materiais básicos para consultas (kit emergência, teste HIV/tuberculose/baciloscopia/COVID-19, preservativos, cartão SUS, oxímetro, aparelho de pressão etc.) que compõem o atendimento itinerário. A partir dos encontros e entre atendimentos, serão contemplados os locais de sociabilidades, o acompanhamento da vacinação, enquanto outras epidemias perseguem a rotina dos atendimentos a esse grupo vulnerável.

A incursão para chegar ao tema desta pesquisa se deu conforme o meu direcionamento de estudos para a área da Saúde Pública. Ao fazer parte da especialização em Saúde Pública (uma parceria entre a Universidade Federal da Paraíba e a Fundação Oswaldo Cruz), tive meu primeiro contato com o Consultório na Rua, primeiramente a partir de uma colega de turma e, posteriormente, através da apresentação de um trabalho final de um grupo que abordava uma intervenção em Educação em Saúde, COVID-19 e as particularidades da população em situação de rua, e fiquei maravilhada com o relato sobre o trabalho desenvolvido pelo Consultório. Todavia, apesar de realizarmos o “reconhecimento de território” e outras ferramentas em metodologia ativa e de intervenções em saúde, ainda assim, as inquietações não cessaram. E então, com a avalanche de mudanças pandêmicas e o interesse em aprofundar-me mais sobre as circunstâncias incompatíveis das prevenções de saúde globais e as realidades locais, decidi continuar os passos até o encontro das pessoas, em uma perspectiva antropológica.

Nesse caminho, a antropologia vem, como enfatiza Das (2020), como um sustentáculo ante e posterior à crise, como na pesquisa ora apresentada, priorizando as problemáticas com enfoque nos atendimentos de saúde para as pessoas em situação de rua, que convivem com outras doenças endêmicas há tempos, como a tuberculose e o HIV/AIDS, acrescendo-se o vírus contagioso Sars-CoV-2, causador da doença intitulada como COVID-19.

A partir desse ponto, observa-se a pandemia não como um quadro misterioso e incerto de futuro, mas sim como um efeito dominó dos sucateamentos e cortes de recursos no SUS, gerando assim condições favoráveis para intensificar o problema nas escalas mais vulneráveis

da população. A drástica constatação de que a circulação do vírus em território brasileiro foi iniciada por meio do deslocamento da classe alta revelou também que essa acabou tornando-se um vetor de proliferação coletiva do vírus para os indivíduos socialmente vulneráveis, atingidos em escalas mais intensas, dada a maior ausência de formas de sobreviver e de se prevenir.

Na perspectiva da macropolítica, a omissão, a difusão do chamado kit-COVID e a propaganda antivacina do então Chefe do Executivo, entrelaçava embates em âmbito estadual e municipal, onde as experiências de governança se mostram diferentes entre as regiões e, não só isso, mas as idênticas políticas (da prevenção à vacina) ecoam de forma divergente a depender da classe sociais (ausência de dados estatísticos da população de rua). Demonstrando, a certa altura da pesquisa, como alguns determinados gestores – responsáveis pela política pública – não enxergam os pormenores das experiências de quem necessita realmente de auxílio e elaboram modelos políticos desconectados da realidade social complexa, mas que se encaixam perfeitamente nas classes média e alta.

No momento em que escrevo este texto, em meados do fim de 2021, apesar de tais medidas serem amplamente publicizadas na primeira onda pandêmica, observa-se o declínio da preocupação com a situação de vulnerabilidade das pessoas em situação de rua, retornando ao esquecimento e à invisibilidade característicos da sociedade contemporânea. As ações governamentais *pontuais e provisórias* retornam, mas buscam solucionar temporariamente as problemáticas estruturais, muitas vezes em uma perspectiva higienista e fundamentada na biopolítica do *deixar morrer* foucaultiano.

Na perspectiva das micropolíticas, a etnografia realizada junto ao Consultório na Rua, do município de João Pessoa, expõe as interfaces da pobreza urbana e as relações com instâncias da saúde, para demonstrar, pelos emaranhados das vivências cotidianas das pessoas de rua e a gestão da saúde na pandemia de COVID-19, desde as suas ações de profilaxias até os registros iniciais da vacinação da população.

No intuito de elaborar uma dissertação sobre, com e para as pessoas em situação de rua e um serviço que lhe é direcionado, será inevitável desmembrar a complexidade de fazer e aplicar políticas públicas, bem como desenvolver um conceito que abarque suas alteridades de forma *sintética*.

A relevância deste estudo está em problematizar e entender os diferentes aspectos relacionados à pandemia a partir dos encontros entre atendimentos e itinerâncias dentro da van do Consultório de rua, acompanhando nesses entremeios as vivências das pessoas em situação de rua. Serão trazidas para as reflexões as questões de precariedade da vida, procurando evidenciar as dificuldades de atendimento e experiências de encontros de cuidado na situação

caótica da pandemia e suas tentativas de normalidades. Além disso, como as pessoas em situação de rua vivenciam as consequências da crise sanitária, considerando a sindemia que atravessa suas condições de existência.

Em meio ao pandêmico, faz-se necessário a produção de conhecimento sobre o que Fassin (2009) denomina de “*a vida como tal*”, a precarização da vida e a legitimidade das suas vivências e experiência de vida dentro de uma política sanitária que não se mostra compatível com determinadas realidades sociais. Assim, com a etnografia da van, será possível um convite a esses encontros de atendimentos em saúde, buscando compreender a política da vida pesquisada por Fassin (2009), dentro de um contexto pandêmico.

Isso só foi possível através de uma abordagem antropológica, na medida em que permitiu a utilização de certos recursos para a aproximação com os domínios desse estudo, a van, o consultório de rua e as pessoas em situação de rua. São eles: a ida ao campo, as entrevistas, conversas informais, a observação dos participantes e registrando os deslocamentos urbanos sanitários dos profissionais de saúde para o atendimento das pessoas em situação de rua.

Nesse sentido, para adentrar na temática sobre as pessoas em situação de rua e os impactos da pandemia, compartilharei com o leitor alguns dos elementos que participaram desta pesquisa e, portanto, retomarei as luzes desligadas dos holofotes midiáticos-pandêmicos e as sombras que irremediavelmente contorna essa população. No transcorrer da pesquisa, incluo a complexidade conceitual dessa população olvidada, como também notas de diálogos e falas nas quais presenciei. Empreendendo uma pesquisa baseada na antropologia da saúde, do devir e urbana encalçadas nos encontros vivenciados, aguardando àquelas que ainda estão porvir, visto que a pandemia ainda não acabou, mas sim entranhou-se no cotidiano sindêmico dos corpos vulneráveis e itinerantes que compõe a dita população em situação de rua.

A esse respeito, é preciso ressaltar que, para os limites deste estudo, preferimos usar a expressão “em situação de rua”, porque ela está mais apropriada para pensar as diferentes condições das pessoas que vivem nos diversos espaços da cidade. Assim, pode-se encontrar pessoas que tomaram a rua como condição de vida e existência, aquelas que estão nessa situação, mas não desejam ficar, ou ainda aquelas que durante a pandemia foram empurrados para esta situação, como será abordado no capítulo 1.

Nesse mesmo caminho, em alguns momentos, o leitor encontrará a expressão “população de rua” para designar principalmente as políticas direcionadas a este grupo, a preferência é por “pessoas em situação de rua”, considerando que o termo ‘população’ homogeneíza ainda mais a diversidades desses indivíduos. Outro termo utilizado no decorrer da

escrita é de “pacientes” anteposto ao vocábulo “usuário” comumente utilizado na Rede de Saúde, a escolha se deu por conseqüente dubiedade causada por esse grupo populacional se estereotipado como “usuário” em termos pejorativos, direcionado ao uso de drogas.

Por fim, este texto está estruturado de forma a apresentar os conceitos básicos e complexos que definem uma ‘população’ de rua, pelas metodologias aplicadas à pesquisa e pelas experiências em campo que contornam e direcionam toda a escrita.

Capítulo 1. Entre conceito, censos e o “estar” na rua

Este capítulo pontuará os aspectos de construção da constituição social e intelectual da designação da *situação de rua* entre a mendicância e o deslocamento do conceito para uma visão macroestrutural que retira as suas complexidades sociais, focalizando a rua – genericamente – como um espaço de faltas, necessidades e ausências. O texto trará uma construção complexa da situação de rua, que abrange os diversos processos sociais, históricos, políticos e as práticas dos sujeitos, bem como o reconhecimento de que a rua se apresenta como um espaço de produção das relações sociais vivenciadas por indivíduos com agência política a partir de seus movimentos urbanos, como também uma análise de como suas itinerâncias refletem nos censos e em suas tentativas de quantificar a população em situação de rua nas grandes metrópoles. Por fim, será exposta a construção da trajetória metodológica do tema e todo o percurso para iniciar a etnografia a partir da van e entre os encontros e as buscas pelo serviço de saúde – CnR e as pessoas que habitam na rua.

1.1 Desafios de um conceito – da rua à situação de rua

Se há um ponto de congruência em relação à população de rua (PR) é que ela não se compõe de uma população homogênea. Indubitavelmente, discorrer sobre a população em situação de rua (PSR) em contextos mais amplos desvia a atenção de suas singularidades no cotidiano e ensombra variações significativas entre os diferentes sujeitos que a compõe. Por isso, para conseguir discernir o conceito do que encontramos atualmente como *população em situação de rua*, começarei por um panorama do processo histórico-político brasileiro, passando pelas categorizações e seus campos, que consideram, influenciam e influenciaram a maneira como vemos e procedemos as interlocuções com esses sujeitos e todas as suas complexidades.

As temáticas que contornam a PSR delinearam-se mais claramente em território brasileiro a partir de 1970, dentro do processo capitalista das cidades, levando à urbanização e gentrificação⁹. O gradativo aumento da industrialização está intrinsecamente ligado à pobreza urbana, à migração e à marginalização nas cidades capitais, vinculando-se às *ausências* e necessidades tanto de consumo quanto laboral. Observa-se que as condições sistemáticas e estruturais da sociedade culminam para o desemprego, os baixos salários, a competitividade mercadológica, os meios de produção e o individualismo, que acarretam – por vezes – no viver nas ruas. Então, com esse aumento, surge também, em contraposição, o incômodo de perceber

⁹ Conforme Ribeiro (2018, p. 1352), “A gentrificação, neste contexto, deve ser vista como uma das consequências mais drásticas da capitalização das cidades em detrimento dos mais pobres, com a negação de seus direitos mais básicos, como o de moradia, dada sua expulsão de territórios redensificados sem possibilidade de se beneficiar das intervenções físicas realizadas – via de regra agregadoras de infraestrutura e amenidades locacionais.”

tais indivíduos na rua, cada vez mais visualizado como um problema social e com aspectos negativos.

Assim, considera-se as décadas de 1970 e 1980 como marcos históricos das reflexões acadêmicas que tratam das questões sociais de pessoas vivendo nas ruas das principais capitais brasileiras, a partir da ênfase dada a obra da socióloga belga Marie-Ghislaine Stoffels (1977), que baseou sua pesquisa sob análise sociológica a partir de uma etnografia sobre a *mendicância* no município de São Paulo. Esta obra levanta essa temática com repercussões acadêmicas, aflorando discussões sobre as causas que geram a mendicância, situando-a normalmente como resultado do desemprego, da migração, da desestabilidade familiar e da extrema pobreza.

A relação entre o termo *pobreza* e mendicância/rua remete ao passado ainda mais longínquo na história do Brasil, nos primórdios do Império, à época da então recente lei de abolição da escravidão (maio/1888), momento em que já era possível perceber uma tendência dos “ilustres” deputados do Império do Brasil, que, em seus discursos, já mostravam o gosto pelo trabalho como a principal virtude do bom cidadão, como também se percebe – já naquela época – a não distinção entre a classe “perigosa” e a classe pobre. “*Os pobres carregam vícios, os vícios produzem os malfeitores, os malfeitores são perigosos à sociedade; juntando os extremos da cadeia, temos a noção de que os pobres são, por definição, perigosos*” (CHALHOUB, 2017, p. 25-26). Foi assim que a noção de que a pobreza de um indivíduo era fato suficiente para torná-lo um malfeitor em potencial teve enormes consequências para a história subsequente do nosso país, percepção potencializada pelo neoliberalismo e suas novas formas de visualizar o indivíduo como consumidor e proletariado.

Foi também na década de 1970 que as instituições católicas incorporaram os ideais da Teologia da Libertação¹⁰ e constitui-se como a instituição que articulavam iniciativas assistenciais em São Paulo, e que, posteriormente, passou a ser de responsabilidade estatal. A pobreza, nas palavras de Rui, Martinez e Feltran (2006), era uma questão preponderantemente moral e religiosa, de modo que a caridade cristã, aos poucos, torna-se uma filantropia que vai se distinguindo da “caridade” e sendo englobada pelo Estado. Então surgem as entidades filantrópicas, as quais recebem recursos do Estado, sendo a assistência pública social constituída com o apoio e a subvenção das organizações filantrópicas que fomentam iniciativas de assistências aos pobres, modelos estes que sobrevivem até os dias atuais, de modo complementar às ações estatais.

Na década de 1980, iniciaram-se os primeiros movimentos em busca de direitos para os

¹⁰ Corrente teológica em que a opção preferencial do Evangelho de Deus é servir aos pobres.

sujeitos em situação de rua, tendo um recorte geracional, o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR) surge no Brasil em meio às intensas mudanças políticas institucionais de assistência às crianças e aos adolescentes. Esta década foi marcada por profundas discursões e ações sobre as crianças e os adolescentes marginalizados, o que gerou a criação, dentro do MNMMR do projeto “Alternativas Comunitárias de Atendimento a Meninos de Rua” (1982). Tais espaços eram fragmentados de escala nacional até municipal, possibilitando a organização e a formação das crianças e dos adolescentes, principalmente dos que vivem na rua, buscando soluções para as problemáticas e visando o exercício da sua cidadania.

A tendência à contestação desenvolveu-se no cenário do movimento associativo nacional, onde as contradições do modelo econômico ganharam visibilidade e, no caso da infância e da adolescência pobre, tal visibilidade alcançou contornos dramáticos já que a presença das crianças na rua, por si só, já se constitui em denúncia da injustiça estrutural de nossa sociedade e da falha de uma política social no país. (NICODEMOS, 2020, p. 175).

Sua atuação culminou, em 1989, na liderança e elaboração – unido com outras entidades de mesma luta – do anteprojeto do conhecido Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que foi sancionado em 1990, sob a égide da Proteção Integral, para a garantia fundamental da proteção à criança e ao adolescente. Após a aprovação do Estatuto, o movimento modifica o seu modelo organizativo de atuação, desenvolvendo atividades voltadas para a área técnica e jurídica do Estatuto, assemelhando-se mais a uma ONG do que a um movimento social, causando seu esvaziamento¹¹ *político e formador* (NICODEMOS, 2020).

Outra obra importante no contexto sociológico brasileiro foi a pesquisa da sanitarista Sara Scorel, que se debruçou nos estudos do campo da pobreza urbana partindo “em busca de uma categoria” (SCOREL, 1999, p. 68), dentro de uma abordagem macroestrutural brasileira expostas nas nuances dos cenários sociais do município do Rio de Janeiro, do fim dos anos 1980 até o início dos anos 1990. Estudo esse que trouxe o conceito de exclusão social. Para a autora, a exclusão social não é apenas caracterizada pela privação material, uma vez que o termo exclusão desqualifica o indivíduo, retirando a qualidade de sujeito de direito portador de desejos. A exclusão social significa, então, o não encontrar lugar social, o não pertencimento a nenhum topos social, uma existência limitada à sobrevivência singular diária.

¹¹ Conforme Nicodemos (2020, p. 172), “Esse processo de despolitização não se dá isoladamente, mas como consequência da mudança no perfil das ONGs de defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes como um todo, que passam por um momento de redefinição dos seus projetos político-pedagógicos, o que afeta, de forma contundente, os caminhos do próprio MNMMR”.

De fato, faz necessário compreender a radicalização das desigualdades sociais, na medida em que o processo é causado pela pobreza, pela miséria e, em seu limite, pela exclusão. Essa produção do excluído que é assim definido como um grupo economicamente desnecessário, politicamente incômodo e socialmente ameaçador, considerado, portanto, um ser humano fisicamente eliminável (NASCIMENTO, BURSZTYN, 2000). Toda essa reflexão remete ao fato de que o viver nas ruas desencadeia medidas com o intento de eliminar ou abafar essa população dos espaços urbanos e, a partir dos trabalhos coletivos das organizações (fazer sopa em conjunto, por exemplo), foi possível a criação de grupos em que são realizadas atividades lúdicas e políticas, sendo um embrião do que mais tarde se tornou o protagonismo e a auto organização da população em situação de rua, o Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR). A partir desses casos, foram constituídas as políticas públicas que lidam com as suas complexidades.

Nesse contexto histórico, e com o aumento desenfreado da industrialização e a reabertura democrática do Brasil, gerou-se uma pluralidade política mais enraizada nas bases. É nesse período que ocorre a renovação teológica dentro da Igreja Católica (Teologia da Libertação¹²), assim como uma nova possibilidade de sindicalismo e da esquerda, com projetos políticos baseados em *direitos a ter direitos* (SADER, 1988).

Nessa maré de lutas, o olhar para com os moradores de rua ganha novos delineamentos. No âmbito da economia, observa-se que parte dos migrantes não conseguem inserir-se no mercado de trabalho e acabam fazendo parte dos que se encontram na rua. No âmbito acadêmico, aos poucos, tornam-se objetos de estudos e pesquisas nas mais diversas áreas. E em âmbito político, torna-se uma população sujeita ao controle por meio de repressão ou caridades. Aos poucos e progressivamente, esses movimentos possibilitam a inclusão na agenda política do Estado, visto que o aumento da população de rua está diretamente ligado à urbanização, tornando-se um problema do Estado. Assim, analisa-se que, desde a década de 1970, iniciam-se os questionamentos críticos sobre as narrativas hegemônicas sobre os indivíduos que vivem nas ruas, passando a ser visto não mais como fenômeno singular, mas como uma consequência estrutural intrinsecamente ligada à dinâmica do sistema econômico e da sociedade capitalista.

De fato, essa compreensão política mais coletiva se estrutura em um conjunto de alteração das práticas sociais. Nas leituras realizadas, observa-se que o processo da visualização dos indivíduos que moram nas ruas como uma *população vulnerável* se deu gradativamente,

¹² A Teologia da Libertação é um movimento sócio-eclesial que surgiu dentro da Igreja Católica na década de 1960 e que, por meio de uma análise crítica da realidade social, buscou auxiliar a população pobre e oprimida na luta por direitos. (Camilo, 2011, p. 01).

sendo uma pioneira ao atendimento a comunidade de freiras católicas Oblatas de São Bento denominada *Organização do Auxílio Fraternal (OAF)*, projeto que durou entre 1955 e 1970, desenvolvendo atividades com os moradores de rua no centro da capital de São Paulo. Foi nessa comunidade que a socióloga Stoffels realizou a pesquisa de campo com a população em situação de rua, como já mencionado anteriormente. Todavia, as atividades voltadas para essa população se limitavam às ações de caridade, que passou por uma reviravolta, conforme nos explica Tomás Melo (2011):

[...] a OAF se reestrutura a fim de levar o “programa de Puebla” para o centro de São Paulo, como lhes tinha solicitado o Cardeal Dom Paulo Evaristo Arns. A instituição passa a adotar uma “linha mais comunitária”, a partir da qual pretende conviver com os atendidos de maneira mais horizontal e buscar construir com eles uma interpretação para a vida nas ruas associada ao sofrimento de Cristo, mas também ao questionamento da pobreza como fracasso individual

[...]

Um importante resultado das ações da OAF é o questionamento sobre a posição de *pobre sofredor* que aos poucos é substituída por um sentimento de pertença a um *povo de sofredores*, a criação de uma passagem que redimensiona as interpretações sobre o fracasso individual para o reconhecimento de uma experiência de sofrimento coletivo que produz uma comunidade de sofredores.

O que vai se moldando, em vista disso, é uma conjuntura de modificações que ressignifica o cenário relativo à vida nas ruas nas maiores capitais do país. Em contrapartida, com o corrente aumento dessa população, a existência dos indivíduos que vivem nas ruas passou a se tornar um estorvo problemático ao Estado, à medida que ganhavam proporção amplas nos espaços públicos e políticos, alcançando uma certa ganha visibilidade urbana, mesmo que negativa, e sendo considerados como uma perturbação à ordem pública, criando também políticas de higienismo urbano.

Em paralelo aos aumentos dos números de pessoas nas ruas, uma série de movimentações de atores coletivos (entidades filantrópicas, ONGs, comunidades religiosas, movimentos sociais e políticos) teve seu início. A fim de pensar sobre eles e sobre quais medidas políticas, sociais e conceituais definem tal grupo vulnerável, servindo como ponto de partida para uma maior visibilidade política dos sujeitos que formam a população em situação de rua (LUCCA, 2007). Sublinha-se aqui a atuação do Partido dos Trabalhadores, que, em sua gestão no município de São Paulo¹³, criou projetos com iniciativas de inserção da população de rua nas políticas públicas da prefeitura. O primeiro deles foi a necessidade de realização de censo dentro do centro de SP, que ocorreu em 1991 através da Secretaria Municipal de Bem-

¹³ Na liderança da vereadora e, posteriormente, prefeita Luiza Erundina, no período de 1989 a 1993.

Estar Social, sendo considerado o primeiro levantamento realizado a fim de saber quantas pessoas se encontravam vivendo nas ruas do centro da cidade de São Paulo¹⁴. Além de diversas atividades políticas e de debates, como a criação do Primeiro Dia de Luta do Povo da Rua (1991) e o Seminário Nacional da População de Rua (1992).

No decorrer dessas circunstâncias, em 1993, três anos após a vigência e conquista do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), citado anteriormente, ocorreu no centro do Rio de Janeiro “O massacre da Candelária”¹⁵, em que policiais militares e civis atiraram – para matar – em 50 crianças e adolescentes que habitavam em frente à Igreja histórica da Candelária, no Centro do Rio de Janeiro. A justificativa dos algozes foi o revanchismo por conta de o vidro dianteiro da viatura ter sido alvo de pedradas das crianças nos dias anteriores ao assassinato em massa. Nesse crime, 8 (oito) crianças e adolescentes morreram e 2 (dois) ficaram feridos, a violência ganhou repercussão internacional e nacional na década de 1990, impulsionando a visibilidade da violência estrutural e estatal que se vivenciava nas ruas cariocas.

Nesse momento, em meio ao ressurgimento de movimentos políticos e midiáticos em prol da população de rua, que foram se articulando em outras grandes metrópoles do país, tem-se o destaque do Partido dos Trabalhadores e da OAF, culminando com a criação de um projeto de lei para a população de rua. Progressivamente, surgem práticas sociais que influem em uma reflexão sobre a designação da *população de rua*, dentro do contexto dos próprios sujeitos sociais, que dialogam e discutem sobre a vida nas ruas, organizando-se politicamente – como uma categoria. No início dos anos 2000, tidos como “incapacitados” de se articularem politicamente e em coletivo, eles iniciaram, no ano de 2001, o Movimento Nacional de Defesa e Luta pelos Direitos da População de Rua (MNPR) (RUI, MARTINEZ E FELTRAN, 2006).

Conforme Lucca (2007), o movimento se consolida a partir de 2004, logo após o marco da Chacina da Sé (São Paulo), quando 15 (quinze) pessoas em situação de rua foram lesionadas na cabeça, das quais sete foram a óbito pela gravidade da lesão. O massacre¹⁶ aconteceu no período em que estava aflorando a organização e os debates mais energéticos sobre reivindicações de políticas públicas para a categoria – juntando-se ao âmago da sensação de injustiça que pairava após o massacre da Candelária – o que gerou um ambiente possível à construção de respostas ao massacre. A partir disso, o MNPR desempenhou a função basilar em prol da defesa e produção de políticas e projetos para a população em situação de rua.

¹⁴ O censo concluiu que 3.392 pessoas estavam nas ruas àquela época (DE LUCCA, 2007).

¹⁵ Candelária aqui refere-se ao local dos homicídios, ocorrido em frente à Igreja de Nossa Senhora da Candelária, que é um templo católico localizado no centro da cidade do Rio de Janeiro.

¹⁶ Não esqueçamos dos outros dois casos violentos que marcaram o Brasil: a Chacina da Candelária (1993) e o caso do índio pataxó Galdino (1997).

Com a junção desses acontecimentos devastadores, a vida nas ruas torna-se um objeto de relevância nas articulações estatais, para interferir e gerar novas representações sobre a vida dos que habitam nas ruas, cujo decorrente avolumamento é visto como um problema em que o Estado necessita interferir. Essa configuração acarretou mudanças em âmbito nacional e em uma série de participações de instituições estatais ou não, levando à constituição de práticas alternativas à repressão e assistência, assim como a chegada de uma vertente política social ao poder em 2003, no cargo de Presidente da República, do Sr. Luís Inácio Lula da Silva (Lula). Memoráveis são as ações realizadas durante o governo Lula e uma delas foi o “Natal com o povo da rua”, realizado anualmente na cidade de São Paulo no governo do então Presidente. Em um desses encontros, o Presidente se comprometeu a engajar-se na elaboração de uma política específica para o grupo vulnerável e – cumprindo com suas palavras – em 23 de dezembro de 2009, no “Natal com povo da rua”, foi assinado o decreto 7.053/2009, que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. A partir desse decreto, a noção de que os indivíduos que vivem nas ruas são sujeitos políticos e de direitos foi oficialmente ratificada pelo Estado. Na PNPR define-se o que pode ser considerado “população em situação de rua”:

Art. 1º [...] Parágrafo único. Para fins deste Decreto, considera-se grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009).

Apesar do reconhecimento político, estampado em legislação corrente que consta as políticas públicas, a complexidade desse grupo se reflete no senso comum com um estereótipo de pessoas “*drogadas*” e “*perigosas*”, sendo ainda considerados como “subcidadãos”, como apresentado por Da Matta (1997, p. 19). Aos poucos, observa-se a implantação das políticas ganhar outras dinâmicas, como novos indicadores e dados que antes eram inexistentes, nos quais se moldam em uma rede de interações entre os atores sociais, gerando novos diálogos e planos que fomentam e propõem soluções mais enfáticas para o célere e crescente aumento populacional nas ruas.

Nessa construção, a antropóloga Patrice Schuch (2012) expõe, dentro da pesquisa social e censitária realizada no Estado do Rio Grande do Sul, a problemática conceitual do grupo social estudado através da ausência da noção de agência social e política dos sujeitos e uma certa unificação conceitual que embasa a política pública desta população, categorizando-a pelo

estigma da não-habitação e suas ausências. A autora critica os essencialismos estabelecidos na Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR), os quais reduzem a situação de rua a um problema individual, como de responsabilidade dos sujeitos ou a partir de uma noção macroestrutural em que elimina os sujeitos a partir da homogeneidade conceitual, habitado somente pelos necessitados.

Mesmo dentro do conceito oficial, no qual são incluídos (positivamente) no campo político, no intento de reconhecer o fenômeno por ele mesmo, suas implicações, os sujeitos e os funcionamentos, a população em situação de rua somente se faz ser reconhecida pelas suas privações, por aquilo que não tem ou não é, sendo reduzida às suas ausências. Assim, De Lucca (2007), geógrafo-antropólogo, analisa o processo de conceitualização da vida nas ruas e as conjunturas de sua emergência como uma invenção social dada a partir da construção da sociedade competitiva, hierarquizada e consumista que vivenciamos:

[...] A população de rua, tal como é hoje, não existiu desde sempre, sendo invenção social recente e bem datada em nosso país. Uma reconfiguração daquele antigo mendigo – cuja imagem ligava-se unicamente à prática circunscrita da mendicância nas ruas e ao fracasso moral e individual – inicia-se na passagem para a década de oitenta e consolida-se no início do novo século (DE LUCCA, 2007, p. 20).

Enquadrando o conceito objetivamente, lança-se os passos para uma política pública mais efetiva, para intervenções mais setoriais/municipais, há também a preocupação com públicos e segmentos específicos. Todavia, para uma inserção das políticas públicas, a elaboração de censos com essa população é intrinsecamente essencial para ações públicas abrangentes tanto nos estados quanto nos municípios, seja pela assistência social ou por ações mais específicas às questões e aos riscos de saúde, como ocorreu na pandemia – tema que será mais aprofundado no capítulo 3 – em que estes sujeitos estão particularmente mais expostos.

Destaca-se aqui que há diversas formas de nomear as categorias estudadas, tendo a pesquisadora a preferência em designar o termo *peessoas em situação de rua* ou *peessoas que habitam à rua*, visto as diversas formas de se compreender este fenômeno. Outro ponto intrínseco à temática consiste em compreender que a pesquisa não entrará nas profundezas e nos entendimentos do germe do pauperismo. Todavia, faz-se necessário sublinhar considerações acerca das políticas públicas direcionadas especificamente para essa população vulnerabilizada, gerenciando o que a assistente social, Aldaíza de Oliveira de Sposati (2015), chama de banalização da pobreza.

1.2 Censos das ruas e as invisibilidades públicas

A realização e atualização de censos se faz basilar para mitigar os efeitos da desigualdade social e da segregação populacional dentro do planejamento e da elaboração das políticas públicas. Por muitos anos, houve resistência e pressões para a atualização do Censo da População em situação de rua, visto que o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ocorreu em 2008. Recentemente, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) elaborou uma estimativa da população em situação de rua em nível nacional, publicada por meio da Nota Técnica nº 73/2020, entre o período de setembro de 2012 e março de 2020, no qual constatou o preocupante aumento de 140% desse grupo vulnerável (em torno de 221.869 pessoas), crescimento observado principalmente nas grandes capitais, em consequência da crise econômica descontrolada e do aumento da situação de pobreza, afetando o contingente de pessoas e famílias vivendo em situação de rua. A metodologia de cálculo levou em consideração os dados do Cadastro Único do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), como também os dados sobre a dimensão da população, o nível de vulnerabilidade e os atendimentos para acolhimento. Essa dinâmica realçou a importância das informações sociais atualizadas, que serão facilitadores para futuras atualizações periódicas de estimativas, sendo possível vislumbrar números mais precisos da realidade social. Em sua análise, Natalino (2020, p. 7) observa o quão é labiríntico a aferição dessa população, com “tendência à subestimação do fenômeno. O que medimos, *strictu sensu*, é o tamanho da população em situação de rua que o poder público consegue enxergar”.

Destaca-se a dificuldade observada pelos órgãos e institutos (IBGE/IPEA) para a realização das pesquisas com populações itinerantes, que não possuem domicílio fixo, o que demanda outras formas de metodologias (procedimento de logística, prática e abordagens em campo) divergentes das usualmente aplicadas e utilizadas nos treinamentos das instituições. Além disso, deve-se considerar que os entes, estados e municípios aderem de forma variável à realização de censo e de políticas públicas voltadas para essa população (SILVA, 2019).

Nesse avanço, segundo o estudo, percebe-se que é no Sudeste onde se encontra os maiores índices populacionais de cidadãos nas ruas, adunando cerca de 124.698 pessoas em março de 2020. Na região Nordeste, os índices são inferiores, em torno de 38.237 indivíduos. Evidenciando, portanto, o fator predominantemente urbano do fenômeno de *viver nas ruas*, são nas metrópoles que – normalmente – se concentram e se constata o avanço dessa população.

Tais registros foram potencializados com a pandemia do coronavírus, abalando ainda mais as frágeis estruturas econômicas dos países, principalmente daqueles em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Natalino (2020) assinala que, conforme os dados do CadÚnico, havia cerca de 150 mil famílias declaradas como em situação de rua em setembro de 2020,

contrapondo-se ao número de quase 141 mil pessoas cadastradas em programas sociais no início do ano (janeiro de 2020). Conforme o autor alerta, os números relatados não são adequados, visto que somente abarcam os indivíduos inscritos em programas sociais governamentais em âmbito federal.

Com a pandemia que marcou o ano de 2020, tornou-se notória a percepção do crescente aumento da quantidade de pessoas que estão vivendo nas ruas. Não é preciso estar em deslocamento para atinar-se a esse fato, como retratou Maluf (2020, p. 257):

das janelas do apartamento, consigo observar a rua [...] sempre tem catadores passando na rua, mas tenho a impressão de que durante a pandemia aumentou o número deles. A pé, de bicicleta ou puxando seus carros de coleta. Um dia após outro. Para eles não existe isolamento social [...].

A estratificação social se intensifica nos sinais de avenidas movimentadas próxima ao meu bairro, dos quais os espaços são disputados entre: um rapaz caucasiano tocando violino, uma jovem negra grávida com uma criança em seu colo, garotos negros e pardos limpando parabrisas dos automóveis. E, nessa disputa, observo que o jovem violinista consegue a façanha de baixar os vidros dos automóveis e receber a mão estendida. Este momento, imersa na pesquisa, pergunto-me quem seria considerado mendigo, marginal, desocupado... desabrigado. Além da pobreza, existem mais camadas de marginalização social, marcadas pelo racismo estrutural¹⁷ (ALMEIDA, 2018).

A crise sanitária enfatizou a pobreza dos que já estavam em condições sub-humanas de viver, ampliaram-se os descasos que já eram contínuos no Governo Federal atual, visto que não ocorreu coordenação para uma resposta célere sobre a assistência social para os moradores de rua no decorrer do surto. No conteúdo que será aprofundado posteriormente (Capítulo 3), constata-se que a pandemia foi orientada em âmbito municipal e estadual. O governo brasileiro não somente foi omissivo, como contribuiu fortemente para disseminação do vírus SARS-CoV-2, cujas pontuais ações constam como insuficientes ou com poucos recursos de financiamento para as políticas públicas serem efetivas.

A invisibilidade social da população em situação de rua começa e é reproduzida a partir da incapacidade do Estado em realizar sua estimativa censitária, como se demonstrou na Ação Civil Pública (ACP)¹⁸ impetrada pelo Ministério Público da Paraíba (MPPB), em face do

¹⁷Dados do IBGE, publicados em 2008 – I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, englobando 71 cidades e identificando quase 32 mil pessoas acima de 18 anos. São em maioria homens (82%), negros (67%), jovens (43,21% dos homens e 52,23% das mulheres até 35 anos), com baixa escolaridade (17,1% é analfabeto). O censo do IPEA não traz um recorte detalhado das categorias sociais do indivíduo.

¹⁸ ACP Nº 0821071-47.2020.8.15.2001 – Tribunal de Justiça da Paraíba (TJPB).

Município de João Pessoa, logo no início da pandemia, para a instalação de medidas preventivas ao contágio na população em situação de rua. Nos autos do processo, constam estimativas discrepantes do número populacional dos sujeitos que vivem nas ruas, que variavam entre 254 e 1.219 pessoas em situação de rua. O que chamou a atenção do magistrado, impactando na decisão encartada.

Analisando os documentos da SEDES, apesar das imprecisões, vejo que realmente congrega no mesmo expediente, pessoas que estão vivendo nas ruas e que apenas foram atendidas nas ruas, tornando incerto o número real de pessoas desabrigadas. Igualmente não é exato o cálculo de pessoas em situação de rua com base no número de refeições fornecidas, porque possivelmente pessoas que não ocupam as ruas, mas tem restrição de acesso a alimentos, buscam o mesmo serviço. **É lamentável que a Secretaria de Desenvolvimento Social não possua estatística própria confiável quanto ao número de pessoas em situação de rua. Apesar disso, para atender à urgência de saúde pública que vivemos, precisamos adotar um quantitativo, ainda que estimado.** A partir desses documentos, podemos extrair que as instituições consultadas pelas partes concordam que, pelo menos, 300 pessoas estão em situação de rua em João Pessoa. Trata-se de número impreciso, com viés para quantidade superior, contudo, é o número de consenso para adoção de medidas imediatas. (Decisão proferida em 1º grau pelo Magistrado V. Exc.ª. Sr. José Gutemberg Gomes Lacerda em 07.05.2020 nos autos do processo ACP nº0821071-47.2020.8.15.2001). (grifo nosso)

A magnitude é um elemento de avaliação da demanda de uma política pública e tem de ser fazer presente nos serviços dos quais essa população tem direito, para, assim, aprimorá-los, pensando nas reais necessidades da população à qual assiste. Observa-se que a estimativa causou impasses para a concretude dos direitos básicos da população.

Acompanhando os desenvolvimentos de pesquisas, chamou-me a atenção, em paralelo à nítida problemática da ausência de dados censitários da população de rua, o surgimento de um Projeto da Universidade Federal da Paraíba (UFPB)¹⁹, em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social de João Pessoa, no intuito de realizar – pioneiramente – o censo da população em situação de rua, com o objetivo de elaborar políticas públicas de assistência social mais específicas. Para publicar os dados, foram realizado dois eventos, o primeiro consistiu em uma solenidade de apresentação dos resultados do Censo da População em Situação de Rua do município de João Pessoa, realizada em formato virtual, dia 21 de outubro de 2020 das 9h às

¹⁹ Projeto de extensão intitulado “AfeTO na Rua”, vinculado ao Departamento de Terapia Ocupacional da UFPB, sob a coordenação da Prof.ª Dr.ª Berla Moreira de Moraes. Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Prefeitura de João Pessoa. **Sedes firma parceria com UFPB para realização do censo da população em situação de rua.** Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/noticias/sedes-firma-parceria-com-ufpb-para-realizacao-do-censo-da-populacao-em-situacao-de-rua/>. Acesso em: 25 jul. 2021.

11h30 e um segundo evento acadêmico intitulado “II Webinário AfeTO na Rua: População em Situação de Rua de João Pessoa”²⁰ dos dias 10 a 12 de novembro de 2020, no qual participei como ouvinte, no intuito de apreender os números alcançados pelo projeto. No seminário, apresentou-se que o censo se realizou no curto período entre 03/08/2020 e 17/09/2020, chegando ao número de 320 (trezentos e vinte) pessoas em situação de rua abordadas, e somente 284 (duzentos e oitenta e quatro) pessoas participaram. O censo realizado utilizou recortes como: acolhidos/rua, sexo/gênero, idade, região/bairro, local de nascimento, raça/cor/etnia, deficiência, período que vive nas ruas, motivos que levaram a viver nas ruas, problemas de saúde.

Tais dados foram utilizados como fonte de orientação para os juristas em ação movida pelo Ministério Público Federal e cujo teor trata-se do Plano de Vacinação contra a COVID-19. Todavia, dado o curto recorte temporal e a exclusão de outras formas de viver às ruas (ocupações, barracos e refugiados), estas que são também atendidas pelo CnR, conforme a vivência dos profissionais que atuam diretamente com estas populações, o número relatado na pesquisa está *aquém* da realidade experimentada nas rotinas das ruas.

Destaca-se que, até a data de hoje, não consta a publicação acadêmica (em forma de artigos ou afins) dos dados censitários expostos, as informações aqui escritas foram anotadas enquanto acontecia o seminário supracitado e adquiridas por meio da Procuradoria do município de João Pessoa, que me disponibilizou o documento com os dados dos estudos encaminhados pela própria prefeitura no ato da solenidade²¹.

Apesar disso, a pesquisa nos traz uma noção local que é fragmento do que se observa nas pesquisas de âmbito nacional ou até mesmo de outros estados, assim conforme o trecho transcrito a uma repetição de marcadores na população:

- ✓ Foram abordadas 320 pessoas em situação de rua no período de 03 a 31 de agosto de 2020 em 186 pontos mapeados em todas as 14 regiões do mapa do orçamento participativo de João Pessoa.
- ✓ Os dados apresentados referem-se as 284 entrevistas realizadas e

²⁰Universidade Federal da Paraíba. Centro de Ciências da Saúde. **II Webinário AfeTO na Rua: População em Situação de Rua de João Pessoa.** Disponível em: <http://www.ccs.ufpb.br/coordto/contents/destaques/destaques/ii-webinario-afeto-na-rua-populacao-em-situacao-de-rua-de-joao-pessoa>. Acesso em: 24 jun. 2021.

²¹ Os dados foram utilizados em uma das fundamentações jurídicas dentro da ação movida pelo Ministério Público Federal e pela Prefeitura de João Pessoa sobre o cumprimento da programação da aplicação da vacina contra a covid-19. O Ministério Público determinou a separação de doses para a aplicação na população em situação de rua antes do avanço da vacina nos professores da Educação básica, em maio de 2021. Nessa ação também houve impasses para a comprovação de quantitativo da população, o que gerou entraves para saber o número médio que deveria ser reservado, dado a ausência de dados institucionais e estudos quantitativo no município de João Pessoa.

completas.

- ✓ PSR em situação “acolhidos(as)” – 36,27% (103 pessoas).
- ✓ PSR em situação “rua” – 63,73% (181 pessoas).
- ✓ **86,26% são do sexo masculino (245 pessoas) e 13,74% são do sexo feminino (39 pessoas).**
- ✓ **Com relação a raça/cor/etnia; 51,40% autodeclararam-se como pardos; 25,35 pretos(as) e 20,42% branca.** (grifo nosso)

Os dados apresentados nos apresentam rastros de marcadores sociais pincelados constantemente em grupos socialmente vulneráveis. Apesar das mulheres não serem a maioria nos espaços da rua, elas são majoritariamente as mais vulneráveis à violência física e sexual nas ruas, nas quais utilizam a figura masculina – necessidade de andar em grupo ou homem – a fim de se considerar “protegida” (LIMÕES, 2020).

Outro marcador social histórico nas discussões sobre quaisquer políticas públicas sociais é a questão racial. Esta estratificação é, na verdade, fruto do racismo sistêmico que advém desde à época da colonização e, até hoje, possui raízes fincadas no meio social contemporâneo. Nos ensinamentos de Silvio Almeida (2018), é um sistema social que atribui valor desigual entre indivíduos pela cor da sua pele ou origem étnica, que se constitui como uma forma estrutural das origens da nossa sociedade, que está presente desde os primórdios da formação sócio-histórica brasileira.

O racismo está na base da “normalização” com que se constituem as relações políticas, sociais e econômicas, atravessando todos os níveis de sociabilidade e causando repercussões diretas ou subjetivas em todos eles (FANON, 1980). Podemos dizer que o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se “manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, a depender do grupo racial ao qual pertencem” (ALMEIDA, 2018, p. 25).

Desse modo, consoante Ângela Davis (2018), raça, gênero e classe são marcadores inseparáveis, considerando os contextos em que vivemos. Como se analisa, os dados apresentados mostram reflexos de um passado que até então é bem presente na sociedade. Ainda hoje é essencial que estejamos atentos à inseparabilidade desses marcadores nas pesquisas e reflexões críticas, como também na construção de políticas públicas. Ratificando esse entendimento, Sueli Carneiro (2011) afirma que “pobreza nesse país tem cor”. Não é por acaso que os mais altos índices relacionados às desigualdades sociais se referem à população negra, como demonstram os dados contidos nessa pesquisa.

Nesse sentido, é latente a construção e a atuação no campo de produção da saúde e do cuidado, a partir do reconhecimento dos efeitos perversos do racismo que operam na sustentação de condições de vida precárias para a população negra, repensando o cuidado que

deve ser ofertado e quais os princípios e as estratégias que utilizamos para contribuir para sua produção. E nessa troca, interrogarmos quais ações que se constituem como práticas que rejeitam e compreendam as consequências bárbaras do racismo estrutural (ALMEIDA, 2019). Essa desconstrução é “imperativo para a libertação e cura de todos”, de acordo com Sueli Carneiro (2011, p. 81).

Assim, sustentar a produção de cuidado partindo de uma política que seja não apenas “não racista”, mas que seja antirracista, é compreender que essa desconstrução deve-se operar como um dos princípios as nossas ações cotidianas: nos encontros, nas relações com os pacientes, seja na rua, na praça ou dentro das unidades básicas, hospitais e casas, sendo presente também nas políticas direcionadas à população em situação de rua.

Por fim, na atualidade, deparamo-nos com uma pandemia com escala inquantificáveis de consequências para a humanidade. Considerando o contexto social brasileiro, estudos indicam que a COVID-19 torna-se mais letal para a população negra e pobre, em escalas mundiais. Dados obtidos pelo Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS/PUCRIO, 2020) revelam que a taxa de letalidade de pretos e pardos fica em torno dos 55% dos óbitos, enquanto 38% são brancos, levando em consideração as pessoas negras e pardas com índices baixos de escolaridade, a letalidade sobe para absurdos 80,35% de mortes. Estes índices evidenciam muito mais a questão sócio racial do que meramente taxas biológicas, pois, como já dito anteriormente, raça e classe são determinantes sociais sobrepostos, convergindo para uma condição de pauperismo que atua diretamente no acesso aos seus direitos básicos como dignidade, moradia digna, saneamento básico, alimentação e saúde. Grupos sociais que já se encontravam em extensa vulnerabilidade sofreram processos mais intensos de precarização de suas vidas, conjuntamente com a política governamental que se encontra sob égide no Brasil.

1.3 Das malhas metodológicas

Justamente pela complexidade de enquadrar os sujeitos no que se denomina *população em situação de rua*, acrescentando a sua intersecção com a pandemia da COVID-19, também é desafiador definir o desenho metodológico da pesquisa, cujas dificuldades juntam-se àquelas referidas pelos estudos ora correlacionados. Assim, a perspectiva etnográfica mostra-se como uma das ferramentas fundamentais para a apreensão das experiências relatadas sobre a vida nas ruas juntando as circunstâncias de cuidado sanitário para presença *in loco*.

Apesar das movimentações midiáticas, analisando as principais publicações sobre a COVID-19, em um levantamento realizado de março de 2020 a julho de 2021, há citações amplas e secundárias sobre a população em situação de rua e a pandemia da COVID-19 dentro

de artigos centralizados em outros conteúdos. Com foco nessa temática na área das ciências sociais, encontrei o artigo *COVID-19 e a População em Situação de Rua: da saúde à segurança pública?* da antropóloga Patricia Schuch²², alguns poucos artigos em torno da saúde foram detectados, além de inúmeras *lives*, webinários, artigos midiáticos e estudos estatísticos (IPEA) sobre os dois fenômenos (pandemia e situação de rua) que ao se entrelaçarem produzem um nível ainda mais crítico de estado vulnerável.

A metodologia orienta as técnicas do estudo e as análises dos dados e das informações, sendo uma etapa que define o processo da pesquisa. A partir dos conceitos estudados, determina-se qual a unidade de análise, que é a referência básica a ser apontada para interpretar os dados empíricos. No caso da pesquisa sobre a população em situação de rua, dadas as suas diversas possibilidades de estar na rua, a unidade de análise empírica é o indivíduo, mesmo que se ramifique em outras conexões (grupos, acolhimentos, retorno temporário à família).

Levando em consideração as reflexões da pandemia para a pesquisa, tal ruptura da dimensão social nos permite dizer que uma etnografia em tempos pandêmicos é possível – apesar dos riscos inerentes e questionamentos constantes. A etnografia se mostra como uma potência na situação em que vivemos, de constante isolamento social (para os que as circunstâncias favorecem) e em tempos de constantes questionamentos sobre as formas de se fazer campo (ainda mais no campo urbano) nos períodos de propagação da COVID-19.

Nesse sentido, para que possamos “ver e sentir o espaço, torna-se necessário situar-se” investindo no fazer antropológico nos termos de DaMatta (1997). Assim, a abordagem etnográfica é importante para investigar como a população em situação de rua vivencia e vivenciou o transcorrer pandêmico, quais cuidados e modificações ocorreram em suas práticas, tomando como ponto de partida os itinerários das equipes do Consultório na Rua.

Os recursos do método, as técnicas de pesquisa e os procedimentos adotados levam em consideração alguma forma de contato físico, seja com o campo, seja com as frentes de interlocução, pessoas ou situações, que permitam uma análise das relações que se encontram ali presentes. A entrevista e a conversa informal têm sido ferramentas essenciais na compreensão das situações *em campo*, que logo depois são transformadas em situação *de campo* para melhor serem analisadas à luz antropológica.

Desse modo, é fundamental que o local escolhido para a pesquisa garanta as melhores

²²Universidade Federal do Rio Grande Do Sul. Covid-19 e a População em Situação de Rua: da saúde à segurança pública?. Patricia Schuch, Calvin Da Cas Furtado, Caroline Silveira Sarmento. 30 de março de 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/coronavirus/base/artigo-covid-19-e-a-populacao-em-situacao-de-rua-da-saude-a-seguranca-publica/>. Acesso em: 15 de junho de 2021.

condições de acesso aos que habitam na rua, no que se refere aos cuidados em saúde, e, principalmente, à aceitação da presença da antropóloga por parte dos sujeitos. Em razão disso, as equipes do Consultório na Rua (CnR), da Secretaria Municipal de João Pessoa/PB, revelam-se como sendo o ponto facilitador para a realização da pesquisa, justificando-se por ser o serviço em saúde especializado nas demandas de redução de riscos à população em situação de rua e em razão de seus vínculos e conhecimento de seus territórios, que será destrinchado no capítulo seguinte.

Não é a primeira pesquisa que realizo dentro do Consultório na Rua. Em 2020, participei de uma intervenção junto às pessoas em situação de rua e equipes do Consultório na Rua. Trata-se do Trabalho de Conclusão do Curso, realizado na Especialização em Saúde Pública do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC/CCS/UFPC)²³, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), trabalho apresentado sob o título “Acesso à saúde e prevenção da População em Situação de Rua em meio a crise sanitária da COVID-19”²⁴. A pesquisa tratou da educação em saúde com linguagem direta, didática e acessível para toda a população, após levantamento dos estudos, as equipes do CnR constataram a necessidade de se elaborar recomendações direcionadas à população de rua, realizado por nosso grupo de estudantes em formato de um cartaz (panfletos eram possíveis vetores do vírus) nas cores vermelho e amarelo²⁵, utilizado nos atendimentos iniciais da pandemia.

Além disso, também laboro como servidora pública, no cargo de assessoria jurídica dentro da Procuradoria Setorial da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa – PB, tendo exercido minhas atividades a todo o momento e, com maior ênfase, durante a pandemia. O fato de já ter de enfrentar constantemente os temores de ir ao trabalho e todo o processo de higienização, foi decisivo para a continuidade da etnografia em campo, visto que já me encontrava “*em risco*”.

Outro fator primordial para a inserção em campo foi a impossibilidade de obter contatos com a população em situação de rua em dimensões virtuais, uma instrumentalidade que ainda é obtida com mais facilidades em classes privilegiadas. Destaca-se que a maioria dos meus interlocutores não possuem nem documentos pessoais, os poucos que possuem, deixam na casa de algum parente ou, até mesmo, com os profissionais do CnR, que tiram uma cópia e guardam

²³ O NESC está vinculado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba.

²⁴ A especialização foi realizada sob a metodologia ativa com princípios freirianos e composta somente com alunos profissionais do SUS, totalizando 60 (sessenta) alunos. O grupo do qual fazia parte, intitulado “Articuladores”, foi composto por nove participantes, incluindo a facilitadora/orientadora (Prof. Ms.^a em Terapia Ocupacional): dois fisioterapeutas, duas enfermeiras, uma nutricionista, uma assistente social, uma artista plástica e uma advogada, todos atuando diretamente com o Sistema Único de Saúde.

²⁵ Arte realizada por Igor Tadeu.

dentro do respectivo prontuário.

Como antropóloga, acredito que a melhor maneira de nos prepararmos para o que estava por vir era atentarmos ao presente e encarar um dia de cada vez. E, posteriormente à entrada de campo, elaborou-se continuamente um levantamento do referencial teórico, bem como foi realizada uma pesquisa por artigos e notícias locais sobre quaisquer temas que se interconectassem com a pesquisa. Sendo inicialmente impossibilitada de entrar em campo, pois as pesquisas e residências foram suspensas na Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa/PB²⁶ nos momentos de ápice da curva epidemiológica de internações e contágio, o que veio a retornar no fim do ano de 2020, em que iniciei meu processo burocrático de autorização para a pesquisa junto à instituição. Após a segunda onda (fevereiro a março de 2021), foi possível a autorização da pesquisa junto à coordenadora do Consultório na Rua, com posterior aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP/CCS//UFPB.

O campo, por si só, já demonstra uma limitação de temporalidade da própria pesquisadora que, por definição, traça a pesquisa em um dado momento histórico, baseando-se na comunicação etnográfica, a partir da coetaneidade²⁷ (FABIAN, 1983), realizando o levantamento de dados no dia a dia dos sujeitos desde a inserção na rotina do Consultório na Rua em maio de 2021 até novembro de 2021.

Entrar no campo exige do pesquisador um contato extensivo com seus interlocutores, o método etnográfico é capaz de produzir uma matriz metodológica flexível e adaptável às mais diversas circunstâncias empíricas. Por consequência da imprevisibilidade do campo, a pesquisa passa por significativas mudanças para se adequar às novas limitações impostas pelo distanciamento social e a própria configuração mutável das ruas. No campo urbano, nas ruas, a realização da etnografia, consoante Frangella (2016), pressupõe-se que o pesquisador/antropólogo assuma o efeito do próprio movimentar-se como uma fração intrínseca aos deslocamentos urbanos. Nem simples, nem tão pouco de forma linear, esses encontros encarnam as histórias das pessoas e as circularidades dos pesquisadores e seus interlocutores. Assim, o olhar etnográfico, ao mesmo tempo apreciativo e analítico, inclina-se detidamente sobre esses atravessamentos. Esse exercício antropológico de alteridade passa menos por uma

²⁶ Foram encaminhados dois Ofícios Circulares internos (o primeiro no dia 15/03/2020 e o segundo despachado dia 03/04/2020) para todas as unidades, hospitais e setores da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, enfatizando a Suspensão de Campos de Prática para estágios, internatos, visitas técnicas e afins, até segunda ordem e novos dados epidemiológicos da pandemia.

²⁷ No intuito de descolonizar as hierarquias e relações de poder e dominação reproduzidas ao longo do tempo, a escrita será desenvolvida descrevendo como se deram as fases de aproximação e diálogo com os interlocutores buscando “reconhecer a cotemporalidade como a condição para o confronto verdadeiramente dialético entre as pessoas, bem como sociedades [...] voltadas umas para as outras, num mesmo tempo” (FABIAN, 1983, p. 171).

dinâmica na constância do Outro e mais por entrecruzar os caminhos com eles.

O principal desafio metodológico e a complexidade do universo das ruas é marcada, justamente, pela mobilidade social, as entradas e saídas da situação de rua, o estabelecimento de vínculos com pessoas e grupos, de trajetórias variadas e desencontradas. Por isso, a abordagem direta junto com o CnR foi o processo mais apropriado no que concerne a cartografia, o fluxo e o encontro com as pessoas em situação de rua.

Até o momento, a delimitação do número de pessoas contempladas na pesquisa se deu necessariamente pela busca, dentro do universo da pesquisa, com o intuito de contemplar os diferentes perfis e perspectivas das experiências vividas. Os dados colhidos em campo são – em sua maioria – compostos da observação participante realizada no acompanhamento dos atendimentos da chamada “equipe praia da manhã” do Consultório na Rua, restringindo o campo, visto a impossibilidade de acompanhar todas as quatro equipes. Por vezes, os atendimentos se cruzam, constituindo um trabalho em conjunto com as equipes, quando o atendimento se prolonga e são necessários vários fluxos para o acesso à saúde.

No geral, é preciso levar em conta que o cotidiano da pesquisa foi pautado por uma mescla da observação sistemática do atendimento dos profissionais de saúde do Consultório na Rua, conversas regulares e ocasionais tanto com os profissionais como com os que estavam à rua e em atendimento, pelo registro de fragmentos de cenas e diálogos, por vezes, de enunciações de pedestres emergentes em momentos de circulação pelos itinerários de cuidado dos quais participei.

As observações foram feitas a partir de participações em conversas informais e mais formais, formalizadas por meio de apresentação da pesquisa e após autorização, realizando registros constantes no diário de campo, podendo ter um encontro ou mais com os pacientes, a depender do itinerário do CnR e do período da pesquisa de campo. O acompanhamento se deu uma vez por semana (normalmente às terças-feiras) pela manhã, e, por vezes, no período em que os horários das aulas e do trabalho estavam mais flexíveis, fui mais de uma vez na semana, participando de – no máximo – três idas semanais ao atendimento.

A observação participante se fundamenta na experiência de Magnani (2009), valorizando o espaço urbano e os contextos em que os agentes estejam atuando, seja em praças, esquinas, casas de acolhimento, centros referenciais de população em situação de rua (centro POP), ambientes que circulam o Consultório na Rua. Beau e Weber (2007, p. 95) chamam a atenção para a observação como um triplo trabalho de percepção, de memorização e de anotação.

Destarte, observa-se que a realidade social é demasiadamente multifacetada para ser

enquadrada em um único método de pesquisa. Desse modo, foi utilizada a *análise multiperspectiva* (SNOW & ANDERSON, 1998, p. 48), e para se compreender todo o contexto e seus processos sociais foi necessário considerar as vozes e experiências dos atores, suas perspectivas, ações e interações. O interesse da pesquisa na vida de rua e o enfrentamento da pandemia do coronavírus, do modo como foi (ou está sendo) vivenciada e suas práticas de defesa sanitária, deu-se pelo interesse dos diferentes pontos de vista da população em situação de rua e dos profissionais que atuam junto à sua saúde, utilizando-se as perspectivas *em ação* e, principalmente, as perspectivas *de ação* dos atores envolvidos. Nesse liame, consoante os antropólogos Snow & Anderson (1998), serão consideradas as *perspectivas em ação*, os relatos ou padrões de conversas formulados com um fim específico em uma situação que, ocorrendo naturalmente, é parte de algum sistema de ação corrente, contendo percepções e sentimentos que são inseparáveis das próprias sequências de ação, sendo praticada por meio de observação participante. Já as *perspectivas de ação*, em contraponto, são aquelas construídas superveniente ao fato (relato *ex post facto*), elaboradas em resposta às indagações em entrevistas, por exemplo, colocando a ação dentro de um *referencial normativo maior*.

A relação com os profissionais atuantes foi inicialmente de estranhamento e adaptação, por já trabalhar dentro da Secretaria. Como um exemplo, um dos trabalhadores da equipe, depois de alguns dias de campo, confessou que achava que eu estava “como espiã do gabinete do secretário”, para analisar o serviço do Consultório na Rua. Há também outros profissionais que mantêm a distância por receio do que pode ser dito ou escutado, visto que, por vezes, também participei de reuniões. Com a convivência, a equipe com quem realizo a pesquisa e as com as quais inicialmente adentrei em campo, adaptamo-nos e ajudamo-nos constantemente na prática antropológica.

1.3.2 Pessoas em situação de rua e entrevistas

Como já citado, tais perspectivas serão inseridas por meio dos métodos de observação participante, escutas e entrevista semiestruturada. A entrevista semiestruturada é uma técnica de coleta de informações que se baseia nos estudos de Snow & Anderson (1998). De modo geral, as entrevistas gravadas ocorreram com alguns profissionais integrantes do Consultório na Rua e, as demais, foram realizadas verbalmente por conversas nas quais há a apresentação da pesquisa.

No que diz respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, por recomendação própria dos profissionais da equipe em que afirma a resistência dos indivíduos com a aplicação de quaisquer apresentação de documentação que envolvam o interesse em seus

dados e identificação, podendo pôr em risco a continuidade da pesquisa, considerando não sendo pertinente a sua utilização. Ademais, nas entrevistas formais, concedida por videochamada gravada por alguns operadores do CnR, foi aplicado o TCLE lido, pois já estavam bastante cientes da pesquisa. Vale destacar que o TCLE, conforme salienta Fonseca (2010) não é certificado de ética e respeito para com o grupo pesquisado.

Desse modo, nenhuma das entrevistas (gravadas ou não) são identificadas, visto que há um número escasso de membros do CnR, para que se evite futuros desconfortos, optando-se por não identificar, nominalmente, nenhum dos profissionais ou pacientes. Assim, todos os nomes aqui escritos são nomes de pessoas em situação de rua que faleceram na chacina da Sé, como uma forma de homenageá-los e não os esquecer.

A experiência em campo foi a fonte geradora da pesquisa, em que foram realizadas quatro entrevistas com membros do CnR sendo preferivelmente realizadas pelo *Google Meet*, haja vista a facilidade tecnológica para o armazenamento das informações extraídas, que ficam dentro da *nuvem/drive*., Uma outra razão para os trabalhadores que optam por esse meio virtual, consistiu em uma forma de nos vermos sem a utilização de máscara, além de ser um local fora do campo, que possui uma dinâmica acelerada, impossibilitando algum tipo de “intervalo individual” para as entrevistas que, em média, cada uma durou cerca de uma hora, e elas estarão desmembradas no decorrer do texto dissertativo, no intuito de evitar a identificação.

As entrevistas dos interlocutores, seja com os demais trabalhadores da saúde e pacientes que habitam na rua, deram-se através do campo, entre diálogos, atendimentos, apresentações, no decorrer do desenvolvimento de certos vínculos, repetição de encontros e, principalmente, entre os diálogos nos percursos da van, no caminho para os encontros não-marcados (algumas vezes marcados) com seus pacientes. Pela dinâmica da rotina dos serviços, que é célere e centrada, aproveitava para conversar enquanto o paciente estava sendo deslocado para atendimento dentro da van. Houve diversas tentativas de encontros regulares com os pacientes, na intenção de realizar a pesquisa, porém, tanto a equipe quanto a pesquisadora antropóloga deste trabalho tiveram dificuldade em estabelecer uma continuidade no atendimento (não era possível encontrava a pessoa, por exemplo). A demanda elevada na rotina da equipe e a forte relutância em querer prosseguir com o diálogo também inviabilizaram a entrevista gravada, e a solução encontrada foi anotar os diálogos e relatos posteriormente, visto a dificuldade de escrever durante a permanência em campo. Por consequência, focando nas observações das interações, das experiências e dos encontros entre os autores no cotidiano local.

1.3.3 Registro de informações e sua análise

Ademais, destaco aqui a utilização do diário de campo como um instrumento essencial do registro, visto que o escrever em campo traz à tona posteriores dados que, até então, estavam ocultos em nosso entendimento inicial da pesquisa, fazendo com que a visitação e as releituras constantes do caderno nos abra novos horizontes cognitivos e memoriais da experiência na rua, consoante afirma Cardoso (2000, p. 34):

Costumo dizer aos meus alunos que os dados contidos no diário e nas cadernetas de campo ganham em inteligibilidade sempre que rememorados pelo pesquisador; o que equivale dizer, que a memória constitui provavelmente o elemento mais rico na redação de um texto, contendo ela mesma uma massa de dados cuja significação é melhor alcançável quando o pesquisador a traz de volta do passado, tornando-a presente no ato de escrever.

A escritura do caderno de campo ocorre, por vezes, dentro da van, após os itinerários do dia ou entre os atendimentos. De forma célere, pontuo, rascunho, anoto o contato dos profissionais e endereços visitados, ponho lembretes e informações diversas, até mesmo desenhadas sobre a pesquisa. Após o campo, recorro ao caderno para uma escrita mais aprofundada, algumas vezes também faço uso da ferramenta *bloco de notas* do aparelho celular, para depois transcrever no caderno. Logo em seguida, todo conteúdo é transferido para um documento digital de texto (Word).

O campo de estudos da Saúde Pública também faz uso do instrumento metodológico da etnografia, área em que, normalmente, os *usuários* aparecem às sombras das estatísticas epidemiológicas, sendo a pesquisa de campo uma forma de perspectiva essencial e singular, de interpretação e leitura das condições, práticas de vivência a partir dos sujeitos, e, como afirma Adorno (2011), traz à tona as questões de saúde-doença, alvo da epidemiologia e da saúde pública, adquirindo um caráter mais complexo e micropolítico quando se acrescenta as determinações sociais nesse processo. Assim, a partir das inspirações teórico-metodológicas elencadas, essa etnografia amparar-se-á em documentações colhidas no decorrer da pandemia do coronavírus, no trabalho de campo com observação participante e no diário de campo. Acrescentando-se o levantamento de testemunhos (ADORNO, 2011) por meio de conversas e entrevistas semiestruturadas, destaca-se que o registro no campo não se dará unicamente pelos diálogos dos indivíduos que vivem na e da rua, mas de toda cadeia participante do atendimento em saúde, que seja: os profissionais de saúde e demais sujeitos.

Com fundamento nos dados coletados em campo e priorizando os saberes, as práticas e as características dos sujeitos em sua rotina na rua, a dissertação teve como suporte o levantamento bibliográfico anteriormente citados, de análises antropológicas e nos demais

campos congêneres (saúde pública, saúde coletiva, sociologia e direito). Como uma forma de visualizar o campo etnográfico, dado a abrangência deste, a Cartografia será utilizada no capítulo subsequente para ilustrar os caminhos percorridos pela antropóloga, como também à Rede em que o Consultório na Rua atua para o atendimento.

Desta forma, a etnografia proporciona uma perspectiva dos eventos que ocorrem na borda de nossa compreensão e a sua escrita desperta interesse nas complexidades que permeiam para além das descrições conceituais do imaginário social abstrato, desconstruindo-os. O fazer antropológico se atenta aos contornos responsoriais das epidemias que se fragmentam em territórios locais tão diversos. A forma que a etnografia se entremeia harmonicamente com as dimensões inusitadas de ação às epidemias instituem locais significativos para a antropologia, podendo, nesses *entrementes de luta* (BIEHL, 2020)²⁸, ser entendido como um modo de resistência em não se deixar reduzir às causalidades sistêmicas de dor e sofrimento cotidiano, colaborar com as respostas sociais e com as políticas públicas de saúde locais (BROWN, 2019).

A pesquisa transcorreu todos os trâmites burocráticos para submissão do projeto dentro do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/CCS/UFPB) – de viés biomédico, observando se tal atividade se fragmenta na prática etnográfica, principalmente no “ecossistema das tensões éticas” (NEVES, 2018) encartadas singularmente nesse campo tão dinâmico do CnR. *Como realizar a etnografia de modo a alinhar-se aos ditames biocentrista do CEP?* Após alguns impasses da própria plataforma Brasil, o projeto obteve êxito na aprovação, tendo a minha entrada em campo sido autorizada no dia 26 de março de 2021, pelo Parecer Consubstanciado do CEP/CCS/UFPB. A aceitação do CEP ocorreu baseada nas diretrizes encartadas da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, que 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, havendo a necessidade do encontro presencial com os participantes. Todavia, todo o percurso dar-se-á consoante as orientações sanitárias para prevenção ao coronavírus (COVID-19), respeitando distanciamento e higienização.

Por fim, destaca-se que a pesquisa em questão integra um projeto maior de porte nacional, denominado de “ANTROPOCOVID – Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves, projeto Estado, populações e políticas locais no enfrentamento à pandemia de COVID-19: análise social e diretrizes de ação e intervenção não farmacológica em populações em situação de vulnerabilidade e precariedade

²⁸ Etnografias atentas ao sensorial também lançaram luz sobre a plasticidade das pessoas e das comunidades, sobre seus desejos de mudança e rotas de fuga, enfatizando o poder de criação e agência da gente simples (Biehl, 2020; Locke, 2017).

social”²⁹. A temática apresentada está inserida no “Eixo 3 – Políticas e gestão pública do enfrentamento à pandemia”, a pesquisa nacional conta com diversas instituições integrantes, são elas: Universidade Federal da Paraíba (Sede), Universidade de Brasília, Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal do Pará e Universidade Estadual do Centro Oeste – Paraná.

1.4 Campo itinerante – Ruptura do agir e dinâmicas pandêmicas de um pós inexistente

Dadas as circunstâncias sanitárias, em sentido epidemiológico, com o avanço das curvas crescentes dos gráficos – que representavam porcentagens de pessoas infectadas, pessoas internadas e/ou óbitos – as presenças de pesquisadores, estagiários e residentes dentro dos serviços de saúde foram suspensas, sendo o primeiro entrave para realizar a pesquisa *in loco*.

Nesse momento, estávamos submersos nas incertezas do porvir, tateando nas sombras do desconhecido e nas tensões pandêmicas, diante da impossibilidade do distanciamento social³⁰. Encarando um dia de cada vez, percebo hoje que a inserção dos EPIs na rotina do trabalho tornou-nos, de certa forma, distantes uns dos outros, até mesmo presencialmente. As dificuldades iniciais de se comunicar, de não utilizar espaços comuns e o processo de sanitizar todo o espaço que, anteriormente, foi higienizado pelo colega (mas, como confiar?), passaram a fazer parte das etiquetas da convivência no trabalho. Nesses contornos turvos, por estar nesse processo em uma constância considerável, optei por me empenhar para realizar a etnografia *in loco*, visto que essa seria uma oportunidade de adentrar em uma temática que – na época – estava bastante “visível” (*enquanto durar a pandemia do coronavírus*³¹).

Revestida do papel de antropóloga, percebo que a pesquisa social deve se adequar as realidades estudadas, devendo passar por significativas mudanças para adequar-se as novas limitações impostas pela pandemia. No caso da minha pesquisa, a inquietude da pandemia – e suas visíveis contradições – que norteou o interesse, ainda mais profundo, em analisar o grupo vulnerável diretamente atingido pelas circunstâncias catastróficas do vírus e, devido a tamanha vulnerabilidade, torna-se impossível realizar a etnografia de outras formas que não seja aquela

²⁹ Site Oficial da Rede Antropocovid: <https://sites.google.com/academico.ufpb.br/antropo-covid/p%C3%A1gina-inicial?authuser=0>.

³⁰ A Secretaria Municipal de Saúde do Município de João Pessoa, logo que o vírus fincou na região, alongou seus expedientes. Domingo a domingo, foram emitidas portarias e, posteriormente, decretos proibindo saída para férias, bem como a convocação dos profissionais que integram o Sistema único de Saúde para retorno dos seus postos. Apesar disso, muitos profissionais se recusaram a trabalhar presencialmente, por comorbidades ou por questões pessoais. A Secretaria, nesse momento, estava com quantidades ínfimas de profissionais em âmbito administrativo, o que gerou mais encargos laborais à época.

³¹ Termo utilizado em todas os discursos sobre as medidas sociais relacionadas à população em situação de rua e pandemia.

no campo de ação e prática presencial.

De fato, trabalhar no mesmo órgão e ter pesquisado o CnR, inegavelmente, corroborou para diálogos iniciais e para um desejo de aprofundamento antropológico na pesquisa, mesmo sem estar no campo (inicialmente), mas permeando-o. Ávida para iniciar a pesquisa e me revestir da pesquisadora antropológica *à la* Malinowski, mal sabia que, desde a decisão de qual seria minha investigação, já estava realizando a pesquisa, analisando dados, colecionando artigos, notícias e informações sobre as ações para com as pessoas em situação de rua.

Estando impedida – inicialmente – de estar no campo, requeri informações acessórias na Secretaria de Desenvolvimento Social do Município de João Pessoa – SEDES, como pesquisadora integrante do Observatório Antropológico³², cuja aprovação foi autorizada, porém, todas as tentativas de comunicações se deram por contato telefônicos³³. Peguei o primeiro contato que a Secretaria encaminhou, esse demorou para responder minhas mensagens, porém, quando respondeu, encaminhou-me outro contato para a comunicação. E, assim, seguiu-se o telefone sem fio por quase um mês, com o recebimento de mais dois contatos. Com nenhum deles obtive respostas satisfatórias para entrevista ou quaisquer documentação sobre as políticas operacionalizadas no município. As que serão apresentadas aqui foram adquiridas por intermédio de interlocutores atuantes no Ministério Público Estadual da Paraíba (MPPB) e na Procuradoria Setorial da Saúde do Município de João Pessoa (PROSET/SMS), junto com os servidores que atuaram diretamente na construção e discussão para elaboração das políticas públicas emergenciais voltadas para esse grupo.

Os primeiros entraves foram somente burocráticos, após a aprovação do CEP (citada no subtópico anterior) instaurou-se oficialmente o percurso da pesquisa. Novamente, um retorno aos impasses por meio de mensagens de aplicativo para a interlocutora integrante do Consultório na Rua, na tentativa de iniciar o campo. Além das mudanças de gestão, a segunda onda da pandemia do coronavírus chegou implacável, com índices vultuosos de internações e com eles, as restrições de contato retornaram. Os contatos se silenciaram por alguns dias; porém, algum tempo depois, retornou intensamente, mas as vans quebradas impossibilitaram-me novamente a ida ao campo. Outra dificuldade era o espaço limitado para minha incursão (uma das vans só comporta seis pessoas) e – em paralelo – as notícias de que a população em situação de rua seria vacinada. Após insistência da pesquisadora deste trabalho, consegui adentrar no serviço, inaugurando meu campo no segundo dia de vacinação do grupo prioritário

³² Grupo de extensão do curso de Antropologia da Universidade Federal da Paraíba, Observatório Antropológico de Covid-19, disponível em: <https://www.instagram.com/observantropologia/>.

³³ Em grande parte realizada pelo aplicativo de mensagens WhatsApp.

– população em situação de rua.

Entre negociações e observações, as *tensões éticas* (NEVES, 2018) permeavam minhas expectativas e a experiência etnográfica, que é exatamente marcada por esse sentimento de se estar sempre à deriva. Adentrar no campo requer um contato direto e extenso com seus colaboradores, observando seus atos, diálogos, aproximando-se para ser capaz de contatar empiricamente outros mundos de sentido, pensar o social a partir de referenciais que não são os meus. Apesar de ter delineado hipóteses antes da etnografia, é no campo que as perguntas de pesquisa se revelam.

Acompanhei a densa rotina itinerante dos profissionais de saúde do Consultório na Rua de maio até novembro de 2021, seguindo todos os protocolos de segurança sanitária (frase esta que perdeu sua veracidade ao longo do tempo). Inicialmente, segui o percurso da equipe que estava disponível para mim – seja pela manhã ou à tarde, chegando a ir três vezes por semana e, algumas vezes, também nos finais de semana – após tatear e conhecer as equipes (que são duas no período da tarde e duas no período da manhã), ambas com divisões entre “equipe praia” e “equipe centro”. Decidi, por bem, dedicar-me a acompanhar uma equipe em específico, no intuito de ampliar a probabilidade de encontros mais constantes com os interlocutores em atendimentos. A equipe escolhida foi a do turno da “manhã” que percorre o trajeto *praia*, nas áreas mais habitadas pelas classes sociais abastadas, passando pelo bairro do Bessa, até as intersecções dos Bancários e de Mangabeira. A escolha se deu por (i) ser um território no qual a desigualdade é escancarada, também (ii) em razão de já conhecer alguns rostos na equipe, o que colaboraria mais para o acompanhamento do grupo, por fim, (iii) o horário enquadrou-se adequadamente as demais tarefas acadêmicas e profissionais da rotina.

Não obstante *estar em campo*, observo que a ação do CnR é dinâmica, célere e flexível, apesar de realizar constante acompanhamento dos “usuários”³⁴, sinto que acompanho a trajetória dos atores sociais à margem de suas próprias bordas. Desde o início da minha presença em campo, observo as efemeridades dos encontros, pois tive encontro com alguns sujeitos que me suscitou o interesse em dialogar, em querer acompanhá-lo e conhecer mais sua história; todavia, a drástica ruptura nos contatos, do não-encontrar no local ou pelo repentino atendimento em outra equipe (dada a itinerância, eles podem ser atendidos por outra equipe, que se mantém em constantes comunicações e trocas com a equipe anterior).

³⁴ Termo ambíguo ao se tratar dessa temática e que, particularmente, me incomoda. “Usuário” é um termo utilizado nos serviços de saúde para se referir às pessoas que buscam ou que são o foco da assistência em saúde, mas que também pode ser confundido por usuário “de drogas”, justamente pela estigmatização que será discutida nos capítulos seguintes.

O primeiro deles foi Tiago, um homem de meia idade, cabelo quase grisalho, nascido em Minas Gerais, que estava vivendo em um barraco montado nos bancos de areia entre a calçadinha de Tambaú e a orla. Ele apresentava-se bem, bom orador, estava animado com a vacina e com a possibilidade de conversar com outras pessoas, estava sempre puxando suas calças, pois estava sem cinto e estava incomodado com isso. Em uma conversa informal, desabafou sobre as dificuldades de alimentar-se no decorrer da pandemia e quando perguntei sobre o vírus, ele respondeu: “*essa coisa de ser vírus chinês*”³⁵, *mas acho que é uma resposta de Jesus Cristo, muita gente não acredita mais ele então teve a resposta, ‘tá tudo na Bíblia, tudo foi profetizado lá. Então eu creio no que tem lá. E vai ser uma lição p’ra humanidade*”, essa conversa aconteceu em 16 de maio de 2021, quando acompanhei a equipe do CnR e as profissionais da imunização, que estavam atuando em conjunto, no período da tarde. Após isso, ele se vacinou e – por conta do seu vínculo com os demais – conseguiu convencer três colegas a se vacinarem, todos resistentes às abordagens da equipe.

Ao final do atendimento, naquele mesmo local, Tiago pediu uma consulta no médico, pois estava sentindo dores, e uma das enfermeiras do consultório perguntou se ele tinha documentos ou cartão do SUS, ao que ele respondeu negativamente. A profissional coletou seus dados para fazer o seu cartão do SUS e combinou de reencontrá-lo no dia seguinte a fim de atender suas demandas de saúde e também trazer-lhe roupas (roupas essas obtidas por meio de doações). Acabei tirando o meu cinto e dando para ele. No dia seguinte, fomos em busca dele e encontramos duas mulheres dentro de sua barraca, as quais afirmaram não o conhecer. Como seu diálogo foi enriquecedor, fui ao mesmo local novamente para tentar encontrá-lo (as profissionais de saúde afirmaram que ele era *novo* nas ruas, mas que uma equipe já tinha falado recentemente dele), porém, as barracas já não estavam mais em pé. A Secretaria de Desenvolvimento Urbano – SEDURB, já as tinha derrubado.

Cada indivíduo de que presenciei o atendimento, deixou um rastro mental e escrito de “*o que aconteceu com ele? Será que ele está bem?*”. Ao vivenciar mais o campo e os diálogos dentro da van, durante os itinerários do dia, constatei que essas indagações faziam parte da rotina dos profissionais. Por consequência das mobilidades intensas, muitas vezes, o primeiro atendimento é o último. Nessas inflexões antropológicas, recorro a Biehl (2020, p. 03), o qual descreve bem a inquietação que vivencio:

Como podem os devires dos nossos interlocutores servir como figuras

³⁵ Em muitos diálogos com a população de rua, foram detectadas falas que estão enraizadas nos discursos expelidos pelo então Chefe do Poder Executivo.

alternativas de pensamento – assim como os movimentos, as repetições e os contra conhecimentos que os processos de *tornar-se* esculpem? E que maneira de teorizar e tipos de compromissos éticos, políticos e afetivos podem oferecer uma espécie de prumo quando as âncoras da verdade estão à deriva?

Apesar do consultório na rua ser o local no qual a observação participante está sendo substancial e sistemática, os encontros com os sujeitos são demasiadamente fragmentados. Assim, repenso constantemente as formas de discorrer sobre os personagens que encontrei em atendimentos. Pensando nisso, eles aparecerão em descrições e narrativas no decorrer do texto, detendo-me mais nas atividades de observação, em paralelo com conversas informais com os interlocutores e seus *entrementes de lutas* (BIEHL, 2020).

Mantendo tentativas de contato mais frequente, além de informações que obtive junto aos profissionais (perguntando sobre a pessoa e sobre o prontuário – nele consta não só o histórico de atendimento, mas dos encontros e as tentativas frustradas de consultas marcadas e remar cadas), o que vem me permitindo traçar perfis mínimos das diversas categorias do grupo pesquisado. No intuito de tentar explorar a potencialidade dos conceitos *nativos*, buscando noções que emergem na pesquisa de campo para a formulação de uma abordagem antropológica de um tipo de gestão pandêmica de cuidado, não discutida no campo da saúde, que se materializa na noção de malhas (INGOLD, 2015). Para não tropeçar em conceitos totalitários, penso em tecer a malha com os conceitos abordados pelos próprios profissionais de saúde e seus *usuários*, introduzindo meus instrumentos conceituais para entrelaçar os diálogos e, como bem abarca Roy Wagner (1975), *inventar* uma antropologia.

Para além dos desdobramentos situados, há de se notar o *afetamento* direto com os processos relacionais do campo, embaralhado com o cenário de crise sanitária e política atuais. Potencializando as tensões nesse *meio de campo*, traz-me à tona as ansiedades trazidas por Paul Farmer (2017, p. 41), ao pensar os “*limites entre apresentar um testemunho e desrespeitá-lo, visto que escrever sobre a condições dos oprimidos não é um meio particularmente eficaz para ajudá-los*”. Por isso, procuro sempre atentar-me em ser cautelosamente parcial, como cita Farmer (2017, p. 76): “coloco-me abertamente do lado dos enfermos destituídos e nunca busco me apresentar como um tipo de partido neutro”.

Além disso, como bem enfatiza Biehl (2020, p. 05), a pesquisa é realizada na “dimensão inacabada das pessoas no contexto de um Brasil quebra-cabeça, marcando futuros num cotidiano violento e incerto e tornando-se algo distinto por meio de relações, coisas, reivindicações, cuidado e imaginação”, no sentido da antropologia do devir, reconhecendo as pessoas para além das forças sistemáticas da desigualdade que se redobra nessa pandemia.

Também serão analisadas as experiências a partir da chamada Política da Vida, conceito elaborado por Fassin (2009, p. 34) em seus estudos sobre as ações humanitárias em uma grade de diversos campos que atuam de forma a se questionar e problematizar o cotidiano e o ordinário:

Nós nos concentramos nos pobres, nos necessitados, nos miseráveis do mundo, a quem oferecemos assistência, comida, remédios, ao mesmo tempo que evitamos a questão mais delicada da distribuição desigual de riqueza e da ineficácia dos programas redistributivos. Valor desigual das vidas que é parte do próprio ato de salvá-las.

Nesse contexto atual, o resultado que proponho nesta pesquisa é apresentar os encontros-itinerários “pandêmicos” de cuidados nas ruas, atentando aos modos de como as políticas públicas afetaram a vida nas ruas, limitadas normativamente a partir de duas intercepções: assistência e/ou repressão.

Capítulo 2. Unidade de Atenção Básica de saúde itinerante e espaços urbanos – Consultório na Rua

2.1 Construção do Consultório na Rua – O SUS em sua essência

O Consultório na Rua é a principal porta de entrada da população em situação de rua para o atendimento no Sistema Único de Saúde. Em sintonia com o modelo de Atenção Primária de Saúde (APS) adotado no país, o CnR tem como função primordial a assistência em Saúde Primária, prestando o cuidado voltado aos agravos mais prevalentes nesse grupo vulnerabilizado, com distribuição de insumos (medicamentos e material médico), realização de exames e orientações em saúde, e garantindo o acesso ao SUS a partir da própria rua, estabelecendo vínculos entre os pacientes e os demais serviços – principalmente os especializados – da rede de saúde (BRASIL, 2011). Para além disso, as suas atividades também envolvem a proteção de seus direitos como cidadão, garantindo-os por meio de registros de identidade, nascimento, cartão SUS e auxílios sociais, por exemplo. Antes, o acesso à saúde da maioria desses pacientes eram a partir de circunstâncias críticas que rompiam com o dia a dia, como doenças que impossibilitavam ou diminuía sua mobilidade ou outras práticas de sobrevivência. Normalmente, nessas situações, se dirigiam para as emergências.

Conforme consta no “Guia do Projeto Consultório de Rua”, o atendimento feito pelas equipes do Consultório ensejam um olhar mais singular à situação destas pessoas, e sua configuração atual é fruto de diversos projetos pilotos, voltados para as ações de saúde específicas (saúde mental, drogas e afins) e de um processo de acúmulo de discussões, tendo como referência principal um projeto piloto desenvolvido na cidade de Salvador (Bahia) na década de 1980, no Centro de Estudo e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sendo um dos escassos serviços de saúde pública direcionados a assistir os usuários que faziam uso abusivo de substâncias psicoativas, no caso, álcool e outras drogas (NERY FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011).

Dadas as circunstâncias da época, de evolução dos direitos da criança e do adolescente, e diante da dificuldade na qual se encontravam as crianças e os adolescentes “de rua”³⁶ para chegar ao CETAD em busca de assistência, foi elaborado, em 1989, um projeto itinerante para “resgatar” esses atendimentos, intitulado de *Banco de Rua*. Essa ideia foi a base para o antigo Consultório *de Rua*, que tinha como objetivo central a assistência à saúde de crianças e adolescentes de rua. Desse modo, a sua “primeira equipe” foi criada em 1995, composta por

³⁶ Nomeação utilizada à época, consoante já explicitado no capítulo 1.

duas psicólogas, uma assistente social, um antropólogo, um motorista e dois estagiários de Psicologia, projeto esse que teve sua duração até os anos 2004 (NERY FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011).

Ainda em meados dos anos 2000, a equipe do CdR foi incorporada ao primeiro Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS-AD) de Salvador/BA, onde atuou até 2006. As experiências acumuladas foram essenciais para que o Ministério da Saúde inserisse no Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD-SUS), de 2009, e no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack (PIEC), de 2010, o Consultório de Rua como uma das estratégias de ampliação de acesso ao tratamento de consumo abusivo de drogas (BRASIL, 2010; LONDERO; CECCIM, BILIBIO, 2014).

Com o avanço dos debates acerca da promoção à saúde dessa população e detectando que os pacientes apresentavam outras necessidades de cuidado para além das relacionadas ao uso abusivo de drogas e saúde mental, o Ministério da Saúde, no ano de 2011, englobou o programa Consultório de Rua e a Estratégia da Saúde da Família sem domicílio (equipes específicas de Saúde da Família destinadas a atenção integral à saúde da população em situação de rua), conforme consta na Política Nacional de Atenção Básica (2011):

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, *é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde com destaque especial para a atenção básica*. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso destes usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna a atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos consultórios na rua que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011). (grifo nosso)

Como consequência, o CdR foi desvinculado da área de Saúde Mental e integrado à Atenção Básica, agora designado de Consultório *na* Rua, sendo considerado como parte da Atenção Básica, especializada no atendimento a pessoas vulneráveis que estão em situação de rua (BRASIL, 2011; SIMÕES *et al.*, 2017). A proposta de clínica de Atenção Primária itinerante e em constante deslocamento inaugura dentro das práticas do SUS um modo intrínseco de gestão de saúde.

Assim, após a reorganização do Ministério da Saúde, em 2012, foram determinadas diretrizes para implantação dos CnRs, definindo critérios para a quantidade de equipes consoante a população dos municípios (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012c) e, logo em seguida, definiu-se os recursos de incentivo e quais profissionais que integrariam as equipes e suas

modalidades (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

As atividades das equipes, previstas no decreto, incluem todo o rol de cuidados primários, com ênfase primordial na busca ativa dos pacientes, tendo como pressuposto a redução de danos. Nesse contexto, a redução de danos deve ser compreendida em sua materialidade, no que propriamente significa os atendimentos itinerantes, pois ela se dá em cada encontro entre a CnR e o paciente, a cada escuta, reflexão e problematização das demandas subjetivas e objetivas de saúde do indivíduo. Pensando o atendimento clínico não somente pela extinção dos sintomas presentes no paciente, mas visando a qualidade de vida conforme suas possibilidades de realização, pensando em uma abordagem intuitiva e não impositiva. E segundo Teixeira e Fonseca (2015, p. 31):

contribuindo, entre outras coisas, para possibilitar informações adequadas sobre riscos, danos, práticas seguras, saúde, cidadania e direitos, criando dessa forma melhores condições para que as pessoas possam tomar suas decisões, buscar atendimento de saúde (se necessários) e estarem inseridas socialmente em um contexto de garantias de direitos e cidadania.

Assim, o CnR nasce da própria lógica da redução de danos, ou seja, tendo de encarar abertamente os limites e as possibilidades de incluir, nas reflexões e nas intervenções em saúde, as expressões subjetivas da saúde e da doença, as dores, os prazeres, os desejos, as ambiguidades, as contradições, as alegrias, entre outros sentimentos e sensações que podem surgir no encontro de dois atores sociais, levando para além de quaisquer preceito moral, possibilitando a criação de diferentes sentidos para a vida (TEIXEIRA; FONSECA, 2015).

O trabalho cotidiano dos Consultórios na Rua extrapola o princípio da territorialização das Unidades Básicas de Saúde – UBS, e vão além de alguma área de abrangência que normalmente circunscreve a Atenção Primária. Não obstante, apesar dessa singularidade, o vínculo das pessoas em situação de rua atendidas deve levar em consideração a proximidade geográfica das pessoas atendidas com a UBS na hora de se proceder o vínculo. Todavia, conforme será demonstrado no transcorrer da pesquisa, as barreiras encontradas no decorrer do atendimento impedem a concretização dessa regra, que muitas vezes é contrariada para que o paciente seja direcionado para um local em que seja dignamente atendido dentro da Rede Pública.

Dessa forma, consoante a Portaria nº 122/2012, o Consultório na Rua possui três modalidades a seguir explicitadas, devendo ser compostas por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, agente social, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal e médico, este último, é o que define a diferença da Modalidade 2 e 3, a quantidade de equipes

se dá a partir da habilitação do município e de acordo com os censos populacionais relacionados à população em situação de rua³⁷.

Modalidade 1	Modalidade 2	Modalidade 3 obs: Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.
dois profissionais de nível superior e dois de nível médio	três profissionais de nível superior e três de nível médio	três profissionais de nível superior, três de nível médio e um profissional médico

Acrescenta-se a Portaria nº 1.225, de 18 de junho de 2021, na qual atualiza as diretrizes e organização do Consultório na Rua, dispondo os critérios de cálculo do número máximo de equipes por município. No caso do Município de João Pessoa, há o limite máximo de 4 (quatro) equipes habilitadas e financiadas pelo Ministério da Saúde³⁸.

A saúde da População em Situação de Rua é um fenômeno multidimensional e complexo, dada a sua composição diversificada de pessoas de todas as faixas etárias, com os mais variados perfis. Existem inúmeras singularidades no atendimento em saúde direcionado à pessoa que está em situação de rua, visto que são indivíduos mais expostos aos problemas de saúde, com dificuldades de acesso à higiene pessoal, à água limpa e a locais reservados para

³⁷ Problemática que foi desenvolvida no decorrer da pesquisa e que será aprofundada em artigo à parte.

³⁸ Conforme a Portaria, a metodologia aplicada ao cálculo é a seguinte: Art. 7º Para cálculo do número máximo de eCR financiadas pelo Ministério da Saúde por município e Distrito Federal, serão considerados os dados populacionais relacionados à população em situação de rua, dos órgãos oficiais e reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

§ 1º O número máximo de eCR financiadas pelo Ministério da Saúde por município ou Distrito Federal será publicado em portaria específica do Ministro de Estado da Saúde, de acordo com as informações populacionais vigentes relacionadas à população em situação de rua, nos termos deste Anexo XVI.

§ 2º Para efeitos da comprovação de dados populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos oficiais, serão reconhecidas informações do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico).

§ 3º Todos os números máximos atualizados de eCR financiadas pelo Ministério da Saúde por município e Distrito Federal constarão em tabela disponibilizada no endereço eletrônico do Ministério da Saúde referente à Atenção Primária a Saúde." (NR)

"Art. 13. O número máximo de eCR financiadas pelo Ministério da Saúde por município e Distrito Federal de que trata o art. 7º corresponderá ao resultado da divisão do número de pessoas em situação de rua do ente federativo pelo número quinhentos (população de rua/500), devendo ser observadas, ainda, as seguintes regras: I - caso o resultado da divisão prevista no caput resulte em número fracionado, este deverá ser elevado ao primeiro número inteiro;

II - o limite mínimo de população em situação de rua para que a eCR seja financiada pelo Ministério da Saúde é de 80 pessoas em situação de rua no município ou Distrito Federal; e

III - os municípios ou Distrito Federal com população total estimada de mais de 100.000 (cem mil) habitantes terão, no mínimo, 1 eCR financiada pelo Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O município ou Distrito Federal poderá solicitar ao Ministério da Saúde o aumento do número máximo de eCR nos termos deste artigo, desde que comprove o aumento da população em situação de rua, por meio de dados oficiais, consoante determinam os arts. 7º e 15." (NR)

suas necessidades fisiológicas, acrescentando a esses fatores a ausência de moradia e o estigma de exclusão à visão preconceituosa dos transeuntes, seja por “asco” ou por “medo” das pessoas, como também – por vezes – daquele “não olhar” de lado ou de fato para aquela pessoa, concretizando ainda mais o sentimento de invisibilidade que paira sobre essa população.

Assim, o processo de cuidado se baseia na construção de um sujeito com direitos e deveres a partir da busca ativa, de tal forma que ocorra uma transformação social na vida dos indivíduos atendidos e no seu reconhecimento como um cidadão. As Equipes de Consultórios na Rua, operando a partir dessa concepção, tem por implicação um trabalho que ultrapassa e amplia a dimensão da saúde puramente clínica, incluindo em seu cotidiano o desenvolvimento da autonomia, levando à inclusão social dos sujeitos atendidos. Todavia, é importante ressaltar que o atendimento direcionado para as pessoas em situação de rua não é tão somente exclusivo do CnR, mas sim um facilitador diante das dificuldades que esse grupo populacional tem de buscar algum serviço de saúde.

No desenvolver da pesquisa, percebe-se que uma das incumbências primordiais do CnR é o de costurar a rede assistencial (social e de saúde), no sentido de construir fluxos singulares para cada usuário e que vão conectar um serviço a outro, tecendo e acompanhando cada alinhavar da linha que o constrói, quase como uma colcha de retalhos. Contudo, é na hora de regular³⁹ o usuário que se observam as dificuldades e a nítida divisão de tratamento nos atendimentos. Por muitas vezes, o CnR encontra barreira dentro dos serviços de saúde, em razão dos profissionais que carregam o estigma e o descaso para com essa população, encontrando-se à deriva dos serviços⁴⁰ e, assim, é espelhado também no tratamento para com a equipe que o acompanha.

Esse costurar apresenta obstruções no entrelaçar da rede, enfrentam cotidianamente o dilema entre contribuir para que os indivíduos em vulnerabilidade social alcancem o acesso a recursos públicos de forma que possa ocorrer a integração na vida em sociedade com autonomia e não reproduzir as práticas coercitivas que muitas vezes é imposta à PSR para receber atendimentos em diversas esferas públicas (LANCETTI, 2009).

Estando dentro dos fluxos territoriais existentes desses sujeitos, “puxando-os” para dentro da Rede, garante-se o princípio da universalidade no SUS, que assegura o acesso de todo cidadão aos serviços de saúde. O papel do CnR é fazer com que essa garantia aconteça,

³⁹ Expressão comumente utilizada pelos profissionais do SUS quando o usuário é encaminhado para outra demanda de saúde, podendo ser um atendimento especializado ou a realização de exames médicos.

⁴⁰ Muitos servidores desconhecem o trabalho realizado pelo Consultório na Rua ou, por vezes, conhecem, mas não priorizam o atendimento prestado, visto que é uma equipe de saúde itinerante, deixando de atender/transportar um paciente por consequência da morosidade dos serviços especializados.

funcionando como a porta de entrada, com integralidade e equidade nas formas em que são montadas as equipes multidisciplinares, buscando por meio de olhares e saberes diferenciados uma atenção e um cuidado integral, acolhendo as mais variadas demandas da PSR. Dessa forma, o CnR se apresenta como um dispositivo estratégico na consolidação da política pública para população em situação de rua e, principalmente, para reafirmação do verdadeiro significado do Sistema Único de Saúde e sua universalidade (CURVO; SILVA; SILVA, 2014; MATOS, 2016; SOUSA, 2016).

No município de João Pessoa/PB, o Consultório de Rua iniciou suas atividades no ano de 2010, com a implantação de um projeto piloto de equipe, vinculada à área técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, mais especificamente voltada para jovens e crianças em situação de rua que utilizavam álcool e outras drogas. Com a equipe multidisciplinar itinerante, foi possível observar a necessidade de se ampliar o atendimento para toda a população, o que ocorreu em meados de 2011. Segundo a coordenadora, presente desde o primeiro grupo, o então Consultório da Rua passou a ter mais equipes (eCR) e a integrar a Atenção Básica no território pessoense, como relatam os profissionais que estão desde a época da criação do CdR. Inicialmente, o ponto de encontro para a equipe aguardar o veículo era um quiosque em frente à Sede da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa e os prontuários e equipamentos da equipe ficavam alojados em um armário dentro da Diretoria de Atenção à Saúde (DAS) na sede.

Seguindo o desenvolver dessa política, após a publicação das Portarias do Ministério da Saúde nº 122, de 25 de janeiro de 2012 e nº 123, de 25 de janeiro de 2012, o município ampliou seu quantitativo de equipes para 4 (quatro), definindo-as como sendo eCRs na modalidade II, que se configura com 6 (seis) profissionais. Nesse sentido, cada equipe passou a atuar com um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social e três agentes sociais. Após um processo de mapeamento da cidade, e conforme as demandas crescentes, as equipes foram divididas com base nos territórios de distrito sanitário do município⁴¹. No momento que estava realizando a pesquisa de campo, as eCR nº 01 e 03 estavam responsáveis pelos territórios do Distrito Sanitário (DS) III⁴² e V⁴³, e pela região leste do DS II⁴⁴. Por sua vez, as equipes 02 e 04 acompanhavam a população em situação de rua da região oeste do DS II, e de todo o território

⁴¹ O distrito sanitário nada mais é do que uma divisão territorial que abrange bairros do município, no intuito de realizar um monitoramento administrativo dessa população com suas características epidemiológicas, sociais e suas necessidades, como forma regionalizar ainda mais os recursos de saúde para atendê-la.

⁴² Abrange os bairros de Mangabeira, Bancários, José Américo Valentina e redondezas.

⁴³ Abrange os bairros de Miramar, Tambaú, Torre, Castelo Branco, Manaíra, Cabo Branco, Penha, Altiplano e seus arredores.

⁴⁴ Engloba o bairro do Geisel, Água Fria, Cristo, Funcionários, Varjão, Grotão e áreas próximas.

dos DS I⁴⁵ e IV⁴⁶. Em termos de rotina vivenciadas no campo, as quatro equipes se dividem em: duas equipes que saíam no turno da manhã (equipes centro e praia – manhã) e duas que rodavam no turno da tarde (equipes centro e praia – tarde), os horários rotineiros do período da manhã eram das 8h às 13h e o turno da tarde das 13h às 19h, podendo a saída realizar mais cedo ou mais tarde, dependendo da disponibilidade da van e das consultas agendadas no dia.

As dinâmicas do Consultório na Rua eram estabelecidas cotidianamente, cada equipe possuía sua agenda e a partir dela se iniciava o processo em conjunto de pensar a rota do dia no intuito de otimizar a rota, passando por pontos estratégicos e conhecidos pelos seus pacientes, bem como “ver se consegue achar” alguns indivíduos que possuíam resistência no atendimento, com abordagens pontuais, como o caso de Jailton, jovem, negro, cerca de 20 anos, com suspeita diagnóstica de esquizofrenia, que, nos primeiros atendimentos, encontrava-se na orla do Cabo Branco (calçadinha), ele possui uma articulação verbal bastante formal e polida, mas na sua fala nos apresenta um mundo absurdamente diferente da realidade, em que vive na época das capitâneas hereditárias e de instituições colonialistas, não tomava banho há muitos dias, então o eCR tentou conversar, criar vínculos, e convencê-lo – sem imposições – a tomar banho, e até onde pude acompanhar, a intervenção só ocorreu em outra equipe do centro período noite.

Resumidamente, seja no período matutino ou vespertino, todos os profissionais do turno se encontram na Sede do CnR, que fica em um cantinho, aos fundos do Centro Municipal de Imunização – CMI e do Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, onde aguardam os motoristas designados pelo chefe do Setor de Transportes da SMS para sair com as equipes. Normalmente, são os mesmos motoristas e as vans utilizadas são as que estão disponíveis no momento, visto que não há veículo exclusivamente disponível para deslocamento das eCR's, consoante determina o art. 9^o⁴⁷ da Portaria já citada. Enquanto estava em campo, por mais de dez vezes, contadas no diário etnográfico, as vans não estavam disponíveis para as eCR's, alguns dias encontrava-se em outro itinerário e, em outros, estavam em manutenção, impossibilitando uma ou outra equipe de realizar o itinerário, sendo esse tempo de trabalho focado no preenchimento de dados (ficha de usuários) dentro da plataforma E-SUS e em diálogos sobre algum caso complexo que precisava de diálogos com outras instituições.

⁴⁵ Atende o bairro Cruz das Armas, Jaguaribe, Alto do Mateus, Bairro das Indústrias, Oitizeiro e proximidades.

⁴⁶ Atende os bairros do Centro, Varadouro, Alto do Céu, Bairro dos Ipês, Mandacaru, Róger, Treze de Maio e seus entornos.

⁴⁷ Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011: Art. 9º O gestor municipal de saúde deverá disponibilizar veículo para deslocamento da eCR, para viabilizar o cuidado presencial para a população de rua, consoante as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica.

Parágrafo único. O veículo destinado ao deslocamento da eCR deverá manter a identificação visual e o grafismo da eCR, de acordo com o padrão pactuado nacionalmente.

Entre os atendimentos da manhã e da tarde, por diversas vezes, as equipes se comunicavam para saber se podia repassar a continuidade do atendimento ao paciente que já estava na espera da consulta, como também para marcar atendimentos em clínicas em outro turno que não fosse o da respectiva equipe. A intercomunicação entre as equipes era essencial para o acompanhamento e o vínculo do paciente com o CnR como um todo, pois o deslocamento é um traço tangível nessa população, são atendimentos que perpassam a linha invisível e fronteiriça criada pelos distritos sanitários. A própria equipe muitas vezes se deslocava ao local em que encontrou o sujeito e muitos não eram reencontrados no mesmo local específico, mas nos entornos ou em áreas mais movimentadas, o que necessitava sair da van e caminhar – literalmente – em busca do paciente, até achá-lo.

No início da pesquisa, trabalhei com a equipe que estava disponível no momento e com vagas para “mais um” na van. Alguns dias, havia um residente em medicina que fazia o itinerário junto com o CnR, todavia, para uma melhor observação dos encontros e rotina do CnR, centralizei a continuidade da pesquisa de campo na eCR praia da manhã, pela afinidade com os profissionais, como também pelo horário mais ajustado as demais atividades acadêmicas e laborais. Desse modo, a equipe principal da pesquisa era composta com seis trabalhadores do SUS: uma técnica de enfermagem, branca, 26 anos; uma enfermeira, parda, 31 anos; uma psicóloga, negra, 41 anos; uma assistente social, branca, 39 anos; um agente social, pardo, 37 anos e o condutor do automóvel tipo van, branco, 35 anos.

Conscientemente, observa-se que em um universo de quatro distintas equipes de um mesmo município, uma única eCR foi acompanhada pela pesquisa de campo. Desse modo, destaca-se, bem como recusa-se a supor que tal equipe seja representativa do que se passa nas outras jornadas, seja das equipes parceiras, seja de outros CnR pelo imenso Brasil com sua diversidade.

O trabalho da equipe multiprofissional divide-se em três campos de atuação: a rua, a unidade básica de saúde (a van) e as instituições — públicas ou não — que compõe a rede de saúde local. Esse organograma de conexões entres a Rede de Saúde e os demais órgãos são os pontos em que o Consultório na Rua chega para atendimento aos seus pacientes (as quatro equipes que compõe o CnR no município de João Pessoa), que foi disponibilizado pelo CnR:

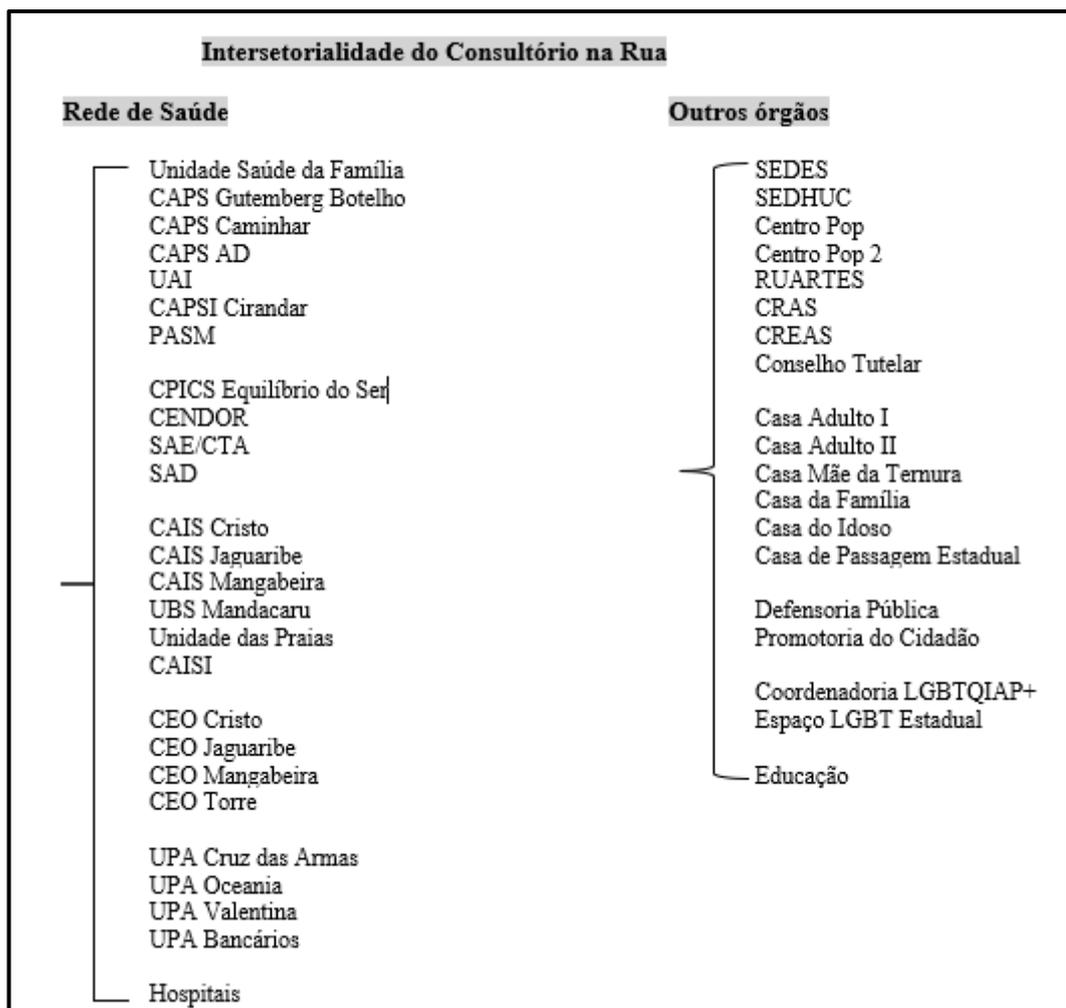


Figura 1 - Intersetorialidade do Consultório na Rua. Fonte: Consultório na Rua.

Como dito, antes das saídas, eram discutidas as estratégias que a equipe iria adotar tanto na rota como na ação no campo, utilizando seus métodos de abordagem a depender do paciente, em constante busca ativa; sendo o acolhimento (escuta ativa), o encaminhamento e/ou acompanhamento uma das diversas opções no decorrer do encontro. As equipes, normalmente formada por seis profissionais, combinavam entre si as possibilidades de itinerários, podendo ou não se dividir para agilizar as demandas do dia.

Essas formas de intervenção eram estrategicamente trabalhadas no campo de atuação dessas equipes pensando no vínculo com o paciente e, posteriormente, na sua inserção dentro da Rede de Saúde. Todas as condutas antes e no decorrer das abordagens e sobre os espaços que adentram não são neutras, mas sim interposições discutidas e combinadas previamente e, com a proximidade estabelecida, é possível uma abertura de canal comunicativo. O estabelecimento de vínculo entre toda a equipe e/ou um profissional da saúde específico, possibilita a constituição do vínculo e é também realizado através da escuta ativa, método

comumente utilizado na área da psicanálise e que foi ampliada de dentro para fora dos consultórios, sendo bastante difundida no SUS. (TEIXEIRA; FONSECA, 2015; MARTINEZ; FELTRAN, 2016).

A escuta ativa é o escutar com o corpo, em um belo comparativo de Mariana Martinez (2016, p. 121) assemelha a forma de se trabalhar em campo, que para determinados pesquisadores “é entendido como interações corporais, as relações estabelecidas no entro destes profissionais de saúde com os moradores de rua também são compreendidas na mesma chave explicativa”. A escuta é um estímulo corporal sensível para um ouvir terapêutico, é o empréstimo do corpo para uma interação dispositiva do ouvir e escutar. Como um dos trabalhadores cita, é a doação do corpo para ser ouvido do paciente, como abaixando-se quando seu interlocutor se encontrava sentado ao chão, nivelando o olhar e a sua troca, em uma representação de equidade da escuta.

No decorrer da abordagem, a primeira ação prática dos profissionais é perguntar se a pessoa está ou não em situação de rua, por quanto tempo e a causa, esse reconhecimento se dá após um segundo atendimento, em que será realizado seu cadastro e será aberto um prontuário, quando há necessidade de consultas ou para algum benefício, como quando fora grupo preferencial para vacinação, caso que será destrinchado mais a frente, no capítulo três.

O ensinamento é passado de profissional veterano aos novatos, não a cursos recorrentes antes da ida ao campo, é na convivência e no dia a dia que se constroem os métodos de atendimento. Para trabalhar na equipe, é feita uma entrevista com a coordenadora, pois como ela mesmo afirma, o profissional deverá ter um perfil adequado para trabalhar com pessoas em situação de rua.

O acesso aos serviços do SUS e o foco na construção de vínculos com o paciente, são as duas particularidades relevantes do trabalho das eCRs, considerada como verdadeiras equipes que geram a cidadania por meio da oferta de saúde, para o grupo de pessoas mais intensamente invisibilizada e excluída. Com suas diversas dificuldades rotineiras, ainda assim, a experiência do CnR demonstra a efetividade de se produzir o acesso onde a exclusão é mais profunda. Quando a equipe consegue sua “admissão” à subjetividade do sujeito que atende, os profissionais passam a executar e refletir ações específicas que possam mobilizá-lo a partir de suas vontades. (NERY FILHO; VALÉRIO; MONTEIRO, 2011; ADORNO, 2011; ADORNO, 2004; TEIXEIRA; FONSECA, 2015; MARTINEZ; FELTRAN, 2016; CURVO; MATOS; SOUSA; PAZ, 2018; LEMÕES, 2020).

O principal compromisso é o atendimento básico, primário de saúde, e com o desalinhar do arranjo assistencial, estabelecer conexões entre a rua e a rede. Essa constituição de vínculos

é uma forma essencial para a continuidade nos atendimentos, cujos laços são, na maior parte dos casos, difíceis de serem construídos. Todavia, quando o laço é atado, cria-se um leve senso de tutela por parte dos profissionais e os encontros se ampliam para outras ramificações assistenciais (MARTINEZ, 2016). Esse acompanhamento não se dá somente pela presença do profissional, mas pela comunicação interna na consulta e entre os demais profissionais. O trânsito na rede de saúde é seguido em conjunto entre paciente e profissional e, quando não é possível, são avisados sobre o comparecimento do paciente no serviço que foi referenciado.

As adversidades relacionadas às desigualdades têm sido ligadas à exclusão, e seus efeitos sobre os sujeitos são interpretados sempre na chave do sofrimento. Todavia, nas andanças junto ao CnR e nos relatos apresentados por alguns dos pacientes, viver junto da família ou longe das ruas não é uma opção para eles. A partir dos relatos dos pacientes, a equipe realiza todo o manejo e o processo de cuidado, pensam o possível diagnóstico e a possibilidade de realizar o atendimento no local (limpeza de ferimentos, aferição de pressão e de oxigenação, exames laboratoriais de rotina, testagem rápidas para DST's, covid etc.) e vão analisando as necessidades de cada indivíduo e as possibilidades de realização de consultas especializadas ou emergenciais.

Há um conjunto de ações que podem acontecer na rua, mas também há certas limitações, que exigem o amparo da Unidade de Saúde mais próxima ou casos emergenciais que são direcionados aos hospitais da região, sendo fundamental a construção de vínculo não só com os pacientes, mas junto à unidade e rede como um todo. Esse tópico é unanimemente o elemento mais problemático da rotina do CnR: o trabalho de aproximação com as instituições da Rede, desde o trabalho realizado na especialização, mostra-se como a barreira de maior intransponibilidade da equipe, com profissionais que dificultam o atendimento e rompem o vínculo construído com esmero.

Por meio de trabalhos de sensibilização com toda a Rede, o CnR tenta demonstrar aos profissionais dos serviços conectados a eles as especificidades dos atendimentos das pessoas em situação de rua, porém, tanto pelo preconceito como pelo constante fluxo de profissionais, não obteve êxito em melhorar os atendimentos, sendo constante a fala entre os profissionais de que a maior dificuldade é quando há a necessidade de regular⁴⁸ o paciente para a Rede.

Em um dos atendimentos, encontramos Leandro, que é flanelinha na Orla do Manaíra,

⁴⁸ Regular o acesso do indivíduo aos serviços do SUS significa encaminhar, a partir da identificação de sua necessidade na Atenção Básica, provendo os recursos necessários para a assistência à sua saúde no tempo oportuno, consoante a Portaria nº 1.559 de 1º agosto de 2008 que cria a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde.

e o levamos para fazer uma consulta no hospital popularmente chamado de Trauminha. Dentro da van, a equipe já estava indo buscá-lo com apreensão dele não ser recebido por lá e já conversavam sobre a possibilidade de outros caminhos dentro da Rede para efetivar o seu atendimento. Com ele já dentro da van – entre os diálogos sobre o desprezo de Leandro ao gênero musical sertanejo e sua preferência por Rihanna e pela música em inglês – ele confessa para equipe: *“vocês são pessoas boas como é que aguentam atender gente como eu, povo casca grossa, deve ser difícil”* e um dos profissionais da equipe de imediato respondeu: *“oxe, a parte mais fácil é tratar com vocês, o problema aqui são outros”*, que foi seguido de vários sinais de confirmação por parte dos demais membros da equipe.

O Consultório na Rua não somente encaminha os pacientes, ele integra a Política Nacional de Atenção Básica desde o ano de 2011, garantindo o acesso à saúde e cidadania às pessoas em situação de rua, e ainda há profissionais que trabalham dentro da Rede de Saúde que desconhecem sua origem, supondo que o consultório é um programa ainda integrado à saúde mental. Para enfrentar esse histórico de estigmatização e de direitos negados, o trabalho do CnR se pauta na constante construção e reconstrução desses ganchos, que os conectam à rua e à rede institucionalizada, para possibilitar a assistência integral e promovendo o exercício de direitos e cidadania (MATOS, 2016; SOUSA, 2016).

Para a compreensão desse processo, deve-se igualmente compreender que os profissionais do CnR efetivam o cuidado no encontro com seus pacientes para além dos procedimentos de diagnóstico técnicos e protocolares, amplamente utilizados no modelo médico. Os profissionais do CnR são agentes de transformação social e de produção de cuidado por meio de compromisso ético com seus pacientes, respeitando os limites do sujeito e suas circunstâncias sociais. O modo como a equipe – individualmente – entende o mundo interfere diretamente na maneira como se desenvolve o processo de cuidado nos encontros (CAMPOS, 2009; CAMPOS, 2014).

O CnR do município de João Pessoa não possui habilitação para a modalidade III de equipe, que é a equipe com um profissional médico. Uma das formas de solucionar a ausência desses profissionais foi a inserção do Consultório na Rua no circuito de Residência Médica ofertada pela SMS. Em um dado momento, um dos profissionais relatou que os residentes médicos não são distribuídos de forma aleatória para o CnR, pois já ocorreram problemas nos atendimentos dos médicos recém-formados para com os pacientes. O último deles foi quando um residente se recusou a atender um paciente em situação de rua por não aguentar o cheiro do indivíduo, conduta que foi verbalizada na frente do paciente sem nenhum cuidado com sua dignidade. Após esse acontecimento, a coordenadora pediu para que os residentes que

quisessem atuar junto com o CnR, fizessem-no por escolha, realizando uma filtragem maior dos indivíduos que desejam colaborar com a equipe. Evitando assim a fadiga estigmatizadora diária que a população e o próprio CnR vivenciam.

Desse modo, considerando a complexidade que permeia a assistência e o cuidado à população de rua, necessita-se – a todo o momento – fortalecer o cuidado empático e ético com seus pacientes. Para além do cumprimento dos princípios e das diretrizes do SUS, é essencial um olhar pormenorizado sobre o contexto em que as pessoas estão inseridas, conhecendo as dinâmicas das relações formadas naqueles espaços. Entretanto, um dos principais desafios para o cumprimento desse objetivo é o enfrentamento da invisibilidade que assola esses indivíduos (SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015).

Na dedicação de interligar uma infinidade de atores sociais, serviços, métodos de trabalhos e demandas burocráticas administrativas que as plataformas do Ministério da Saúde demandam, estes operadores do SUS laboram para conceber redes de cuidado específicas, abrangendo a saúde e o social, assim como incorporam as lutas pelos seus direitos e cidadanias, movidas por caminhos que se transformam em um emaranhado de práticas que são estabelecidas passo a passo.

No campo, observa-se o empenho da equipe do CnR em produzir as redes de cuidado em suas especificidades. É um trabalho artesanal o de criar as redes a partir do paciente – e não o inverso – faz-se necessário pontilhar, ligar atar (e desatar) nós no emaranhado fixo da rede de saúde. Para essa feitura, os profissionais dedicam-se utilizando diferentes métodos, um dos principais é a utilização da capoeira (dos quatro agentes sociais que compõe o CnR, três são capoeiristas) e músicas para gerar o vínculo e o cuidado intersetorial da saúde. Na fala de um dos profissionais da equipe:

Às vezes percebemos que ele não quer, que ele não quer o cuidado em saúde e aí vamos buscando outras estratégias para formar esse vínculo e despertar nele esse interesse em cuidar da saúde. Tem muitos que gostam de cantar, então quando a equipe chega que ele gosta de cantar, a gente já estimula traz músicas coloca uma caixinha de som pra ele escutar pra ele escutar distrair, fortalecer esse vínculo, são várias estratégias, a equipe vai usando pra tentar ganhar essa confiança Música É uma ferramenta que a gente usa e vê que é muito potente que distrai melhora a autoestima cria vínculo fortalece o vínculo então assim a gente vai utilizando e a música tem esse poder.

O Consultório na Rua de fato não é uma panaceia que solucionará as demandas das pessoas que habitam na rua, é a ponte que dá possibilidade de acesso aos direitos à saúde e, por

vezes, direitos sociais, manejando da melhor maneira possível a complexidade de problemas e situações que a população apresenta, considerando suas vontades, decisões e limites do grupo e do próprio serviço que é ofertado. Assim, nos pormenores e entraves, o CnR promove acesso, mesmo onde esse acesso é difícil, e ainda assim ele produz visibilidade para seus pacientes. As pautas ficaram mais visíveis e focadas, isso se fez mais claro – mesmo que temporariamente – no início da pandemia do novo coronavírus e retornou à tona quando a população foi inserida como grupo prioritário na vacinação, que é realizada pelas equipes de Consultório na Rua em conjunto com o Centro de Imunizações, justamente por conta primordial do vínculo, da ação que será revisitada no capítulo três.

2.2 Corpografias e a busca ativa do Consultório na Rua (CnR).

A porta de entrada para o Sistema Único de Saúde para as pessoas em situação de rua é o Consultório na Rua. Os seus itinerários de saúde são diretamente referenciados e acompanhados pelo CnR. É a Unidade de Saúde *sem* território, mas que o permeia como um todo, na sua limitação, flutuando entre os espaços marginalizados, não-vistos, e encontra-se vinculado aos corpos itinerantes. Sua característica não é somente a busca ativa, mas, como uma equipe de atenção integral, atua na promoção da saúde em uma dinâmica abrangente, tanto pensando em como adentrar no território como refletindo sobre os diagnósticos e desenvolvendo o processo de cuidado, promovendo os atendimentos em demandas espontâneas ou com atores diversos que agem dentro desse fluxo.

Desse modo, a etnografia se apresenta como melhor ferramenta para produzir um espectro urbano que saia dos lugares comuns, acompanhando os sujeitos urbanos nos movimentos que fazem na cidade e que caracteriza o serviço, pensando sobre a relação dos encontros e o território, nesse constante movimentar-se do paciente e profissionais.

Essa é uma abertura notável para novos saberes e métodos, operar no território é o que se ressalta nos diálogos do SUS antes do golpe de 2016, pela sua reorganização e pelo processo de territorialização que ampliou a administração da saúde, focalizando em áreas administrativas menores, regionalizando ainda mais o sistema de saúde pública e, dentre elas, uma modalidade clínica chamada de peripatética por Antônio Lancetti (2008, p. 19), que se efetua no movimento, caminhando pelos territórios:

Conversações e pensamentos que ocorrem durante um passeio, caminhando – peripatetismo – são uma ferramenta para entender uma série de experiências clínicas realizadas fora do consultório, em movimento. Essas estratégias são destinadas para pessoas que não se adaptam para os protocolos clínicos tradicionais, toxicômano, violentos, esquizofrênicos,

jovens, sobretudo – quando dispositivos psiquiátricos, pedagógicos, psicológicos ou psicanalíticos não funcionam. Vamos ao encontro, às vezes de surpresa, de famílias que passam por grandes dificuldades; transitamos pelas cidades com pacientes psicóticos; transpomos os portões de clínicas e hospícios; transbordamos os consultórios.

Todos os interlocutores compõem a paisagem urbana, e o coproduzem nas *práxis* e nas relações de vínculos que se estabelecem. Nesse cenário urbano, as ruas se acentuam como agentes do Drama Social (TURNER, 1957), no sentido de gerar um mecanismo próprio e produtor de dinâmicas das vidas sociais que a integram. Conta-se a essa integração, os entrelaçamentos sociais que “*os congregam, material e simbolicamente, permitem e provocam escoamentos e enredos de pessoas, ações e temporalidades, manifestando-se em um espectro de mobilidades, fricções e interdições*” (FRANGELLA, 2016, p. 09).

Ademais, a pesquisa encartada flui entre as corporalidades e suas sociabilidades dentro dos espaços urbanos, marcada por processos de políticas de controle, submissão e insurgências de sujeitos nessas dinâmicas (FRANGELLA; RUI, 2017). O modo de agenciamento das práticas sociais produz e reproduz as corporalidades versadas, cuja conjuntura pandêmica as tornou verdadeiras *cobaias* de enfrentamentos nos espaços da cidade, relatos que serão aprofundados no capítulo seguinte.

A construção se dá partir da tessitura entremeada das corpografias urbanas das pessoas em situação de rua, que definem os atendimentos do consultório na rua, na tentativa de acompanhar seus passos recriam sua rota justapondo-os. (RUI; MARTINEZ; FELTRAN, 2016; BRITTO; JACQUES, 2012; NASCIMENTO, 2016).

Conforme Nascimento (2016), as corpografias urbanas pesquisadas a partir dos ensinamentos de Britto e Jacques (2012) são cartografias de uma cidade que se torna visível através do corpo dos habitantes que a vivenciam e que expõe territórios até então marginais do projeto urbano “*na medida em que expressam usos e experiências desconsideradas pelo projeto tradicional*” (BRITTO; JACQUES, 2012, p. 153). Assim, esta pesquisa aborda as subjetivações produzidas nos processos urbanos nos movimentos dos sujeitos que fazem a cidade, em uma relação entre cidade e corpo, inspirada nas proposições *corpografias* de Nascimento (2016, p. 5):

[...] a relação entre corpo e espaço urbano não tem sido amplamente refletida e discutida na Antropologia. Há, de um lado, uma produção da antropologia do corpo no qual o espaço e o ambiente surgem como um pano de fundo ou cenário e, de outro, a antropologia urbana, no qual corporeidades podem ser pensadas como constitutivas do espaço no sentido de produção de sentidos da cidade e usos dos territórios urbanos.

Dentro desse estudo, aplica-se a corpografia de corpos urbanos “não desejáveis”, “expulso”, “matáveis” (DAS, 2008), como as repressões dos lugares em que a população se encontra, o receio e o estereótipo, a não importância de deixá-los morrerem (seja pelo vírus ou por qualquer forma de morte), não viabilizando a ocupação de espaços públicos para estes cidadãos, descolando-a dos corpos dos indivíduos urbanos. Assim, a corpografia é um modo quase que marginal de se compreender e tatear a cidade.

Desse modo, as relações que envolvem o cuidado ou a doença são pensadas em seus contextos sócio territoriais, e essa dimensão do território é ainda mais marcante no cuidado às pessoas em situação de rua, posto que é em territórios abertos, públicos, desprotegidos das delimitações institucionais concretas, que essas pessoas vivem e se desenvolvem. É no território exterior aos muros institucionais que essas pessoas encontram seus desvios, seus recursos e empecilhos para manterem-se saudáveis (FRANGELLA, 2009). É também nesses territórios marcados pelo imprevisível que as eCR desenvolvem seu trabalho.

As visitas realizadas dentro dos Centros de Atenção Psicossocial e das Casas de Acolhida sempre são pontuais: entre visitas aos pacientes, para saber se estavam bem; realização de testes rápidos de HIV/AIDS e o acompanhamento para algum outro serviço, exame ou para buscá-los, por consequência do prazo de permanência do respectivo acolhimento (a expiração do prazo difere a depender da casa e da demanda). Quando há necessidade de alguma atividade lúdica, com música e/ou capoeira, a equipe se direciona ao local em que o paciente se encontra (seja em acolhimento ou na rua) e leva-o para alguma praça local e de tranquilo movimento, para que a atividade aconteça em um lugar neutro.

Seus corpos estão em completa ênfase nos espaços públicos de grande circulação, estão marcados por posições políticas que lhes impõe a invisibilidade na paisagem urbana e sendo reconhecidos socialmente através do seu próprio corpo e práticas corporais, além de diferenças que fazem o recorte geracional, classe, cor e gênero. Essa manifestação pública do seu próprio corpo faz refletir a sua relação corporal com os espaços urbanos para captar as suas atividades, os movimentos, as andanças e as apropriações pelo território (FRANGELLA, 2009; NASCIMENTO, 2016, p. 2).

A própria criação do CnR se dá para acompanhar, respeitar, negociar e entender seus pacientes em situação de vulnerabilidade, em suas diversas práticas e trajetórias pelos espaços da cidade, esse próprio viver gera, inevitavelmente, como assinala Nascimento (2016, p. 5) uma *ruptura do encapsulamento dos muros metropolitanos*, aproximando corporalmente o serviço do paciente. Nessas entrelinhas, discutem-se as problemáticas originadas a partir da população

que fazem da rua o seu lugar de existência social e local, mesmo que em uma situação temporária.

Nesses territórios flutuantes, é necessário compreender cada trajetória, de como se deu o caminho desses sujeitos para sua chegada às ruas e todo o seu processo de exclusão que, por inúmeras razões, encontram-se em situação de rua. E a partir disso, acompanhá-los continuamente. Os diferentes usos que os sujeitos fazem da cidade, seja nessa ausência das políticas públicas que os reconheçam (os censos) e seja aos se desdobrarem por ela em busca de atenção médica. Pensar em e na territorialidade é refletir que são por esses fluxos – utilizando-nos das categorias de Magnani (2002) – e são nesses circuitos que os sujeitos se produzem, e não partindo de identidades já pré-formatadas.

É um grupo complexo onde a territorialidade se amplia ao mesmo tempo em que se sintetiza em sua corporalidade, não pode ser pensada em uma suposta fixidez de identidade ou até mesmo de vivências cotidianas. A partir dessas itinerâncias é que os consultórios de rua trabalham, sendo – provavelmente – uma das experiências mais triunfais do SUS, no sentido de estender-se e atingir a territorialidade não-convencional.

É através dessa dita e pensada territorialidade itinerante (PERLONGHER, 1987) que se explica, por exemplo, o porquê de as ações repressivas do poder público em destruir barracas na orla do Manaíra não acaba com as circularidades dos indivíduos, cuja territorialidade irá se constituir sempre em outro local.

O conceito de territorialidade itinerante assim, traz-nos uma perspectiva alternativa para se pensar os sujeitos cujas práticas de circulação não podem ser amarradas a supostos territórios contidos em moradias, pressuposto central do processo de regionalização e atendimento pela Atenção Básica da Saúde. É nesse ponto que a Antropologia se ressalta dentro dos estudos da saúde coletiva e de seus territórios.

Apesar do CnR ser atrelado aos corpos, como já citado, esses atendimentos para encaminhamentos devem ser executados na Unidade de Saúde mais próxima. Todavia, por consequência dos entraves nos serviços, a equipe necessita encaminhar os casos para profissionais específicos, mesmo que não esteja nas adjacências do paciente, pois há uma maior possibilidade de atendimento digno e resolução do ocorrido. É o caso de quando necessitam do serviço de odontologia, enquanto estávamos nos transportando na van para buscar Eduardo, que tinha uma consulta odontológica marcada, eles relatavam que – quando possível – sempre marcavam as consultas dos seus pacientes no horário de um determinado dentista, pois ele “não tinha frescura” e atendia as pessoas sem qualquer diferenciação no tratamento. Já como uma forma de vincular os atendimentos, a equipe se aproximava do profissional e contactava-o por

aplicativo de mensagens.

Nesse contexto, a etnografia urbana se desenvolve na interação entre a experiência relatada e nas teorias encartadas para assimilar as dinâmicas sociais a partir da lógica desses encontros, produzidos pelos sujeitos que criam sua própria cidade, seu próprio espaço urbano para além dos modelos impostos pelos planos institucionais e urbanísticos.

As margens que o CnR permeia em seus atendimentos contracenam com as paisagens mais movimentadas dos centros urbanos, que só são visitadas, vistas e compreendidas nas experiências de viver a cidade de perto e de dentro (MAGNANI, 2002), observando os trajetos, pedaços e circuitos, abrangendo os pormenores etnográficos dos encontros, acompanhamentos, sociabilidades e modos de se relacionar.

Algumas de suas categorias se encaixam em justaposições nos encontros do CnR, considerando que não há território delimitado de forma espacial, mas sim relacional. Nos espaços de pedaços, encontram-se a rede de apoio próprio dos pequenos grupos que se juntam perto do mercado de peixe, na Praça da Gameleira, por exemplo. Em diversos momentos fomos em busca de pacientes para acompanhar em consultas, ao perguntar pela pessoa, já indicavam que estava dormindo perto do barco, que tinha ido para outro local, mas retornava ou que não estava mais por ali. Os pedaços também podem ser representados por donos de lanchonetes, bares ou pousadas que servem como ponto de apoio entre os atendimentos, deixar documentos de consultas, remédios controlados e recados com a data de retorno da equipe no local.

A mancha, nas categorias apresentadas por Magnani (ano) refletem o próprio Consultório, que representa a multiplicidade das relações entre os pacientes e as práticas de saúde, apesar de não ser completamente estável. O CnR possui um ponto físico de referência, que é sua sede, e não é raro que as pessoas em situação de rua apareçam por lá para solicitar atendimento dos mais diversos tipos. Todavia, como nos casos que presenciei, as equipes obstam de receber os pacientes, pois a sede é só um ponto para guardar documentos e realizar as demandas administrativas, sendo preferencial, e principalmente, que os atendimentos sejam realizados no trajeto, na van e no seus pedaços territoriais.

Assim, os circuitos se apresentam conforme a singularidade de cada atendimento prestado, muitas vezes não mapeados pela espontaneidade em que se apresentam, as interações nesses espaços entre os comerciantes, eCR, transeuntes e pessoas em situação de rua é que dão sentido ao circuito, com a diversidade de práticas identificadas entre pedaços, manchas e trajetos, formam o movimento dentro do circuitos do CnR, a partir dos pedaços reconhecidos em seu conjunto pelas pessoas em situação de rua.

Naquele atendimento odontológico, não conseguimos encontrar o Eduardo. No mesmo

ponto, encontrava-se Fernando, carioca, branco, cerca de 30 anos, tinha parado na Gameleira e perguntou a uma pessoa da equipe se poderia ser atendido, pois estava sentindo dores em uma ferida no calcanhar direito e no curativo de uma cirurgia de hérnia que teria feito há alguns meses. Relatou que se direcionou a Unidade de Saúde Básica próxima dali, mas que recusaram atendê-lo por não ter documentos que comprovassem sua residência e que, caso fosse emergência, deveria se direcionar para as Unidades de Pronto Atendimento – UPA. A técnica de enfermagem se distanciou um pouco com o paciente para fazer a avaliação dos ferimentos e, no seu retorno, afirmou ser necessário encaminhá-lo com urgência para a UPA, pois o ferimento já estava com miíase (popularmente conhecida como bicheira). No dia em questão, a equipe tinha na agenda todo o trajeto a percorrer pela manhã, no qual foi reorganizado para que o Fernando pudesse ser atendido. Enquanto ele aguardava sua bicicleta (tinha emprestado para um dos rapazes que vivia próximo ao mercado de peixes), fomos buscar o resto da equipe em um acompanhamento gestacional na USF do bairro do Bessa. Deixamos a família na ocupação próxima à Unidade, fomos deixar um exame de baciloscopia (tuberculose) na Policlínica do Mandacaru e retornamos ao local para buscá-lo com sua bicicleta e fomos todos juntos para UPA Bancários, visto que lá poderia ser um local de melhor atendimento. Aguardamos na recepção enquanto a limpeza ocorria, já estava próximo do fim do expediente da equipe e a troca de vans (para deixar a bicicleta no outro veículo) aconteceu algum tempo depois do horário marcado, a equipe da tarde ficou responsável em dar prosseguimento ao atendimento e por deixá-lo no local de partida ou outro por ele indicado.

Essa síntese de uma parte da rotina do Consultório na Rua demonstra como o trajeto se estabelece a partir dos encontros nos territórios e nas trocas de equipes – mesmo que ocorra a divisão para fins organizacionais – é comum o encontro e a continuidade de atendimento entre elas, o CnR forma uma rede de tessituras sociais dentro do circuito das pessoas em situação de rua, comunicando-se entre as equipes a continuidade dos atendimentos e encontros com o mesmo paciente em outro pedaço do espaço público.

Nessa linha de raciocínio, devemos compreender o espaço urbano como um espaço público, que se diferenciam pelas práticas sociais que o caracterizam. Conforme diferencia Leite (2003, p. 116), no espaço público “se conjugam certas as ações que atribuem sentidos de lugar e pertencimento a certos espaços urbanos”, que refletem nos sentidos dessas ações, são pontos onde as diferenças saltam aos olhos e vão de encontro aos usos propostos para sua finalidade.

Como qualquer espaço físico, a rua é expressão das distinções estabelecidas nas relações sociais, ou seja, no espaço público citado por Leite (2003). O espaço físico retrata a exclusão

mútua entre agentes com posições e recursos diversos, o lugar ali habitado, entre transeuntes, mesmo sendo considerado um não-lugar, como afirma Marc Augé (1994), são arenas de luta e sobrevivência, e que ocasionam distâncias sociais na oposição entre os que participam da vida domiciliada e os que estão nas ruas. Deve-se atinar que as pessoas em situação de rua possuem “direitos de pertencer à cidade, de estabelecer itinerários próprios, de fazer do espaço público contemporâneo, enfim, um legítimo espaço político da diferença. Ao contrário de significar uma espécie de ‘privatização’ do espaço público” (LEITE, 2003, p. 130).

Assim, o espaço público ultrapassa a rua, observando sua dimensão sociológica e espacial, dando sentidos aos espaços na área urbana, compreendendo-o através de seus usos e ações que atribuem sentidos, pensando os itinerários de cuidado no território criado pelo seus contrausos, dos quais somente são reconhecidos “institucionalmente” pelo Consultório na Rua, uma saída dos sujeitos para as ausências e burocracias do SUS.

É fundamental a apreensão das potencialidades da rua, do corpo vivido e sofrido, suas práticas delineiam escritos e a cartografia urbana do serviço, que sempre se altera na dinâmica intensa de seus fluxos, essas características acentua-se nas reflexividades de uma população atravessada pela condição de repulsão no mundo urbano.

Nessas errâncias de corpo, cidade e movimentos, Silvana Nascimento (2016) interpreta bem o livro “Elogio aos Errantes” de autoria de Paola Jacques (2006) sobre as dinâmicas que se introduzem nos traços das pessoas que habitam na rua:

Ela (JACQUES, 2016), aponta a noção de errância para propor uma reaproximação entre corpo e cidade. A errância urbana pode ser pensada como um estado de corpo ou um estado de espírito que experimenta a cidade a partir de vários sentidos através de caminhadas, deslocamentos e percursos. Esse “tipo urbano” é definido por três características: perder-se, a lentidão e a corporeidade. A ideia da perda tem a ver com uma certa desorientação provocada que se desconecta dos mapas projetados. A lentidão significa a negação da velocidade no mundo contemporâneo, mas não necessariamente é o oposto da rapidez, é uma outra forma de movimento que inclui o estar parado. A corporeidade reflete a contaminação corporal entre o corpo físico e do corpo da cidade. “A incorporação, diretamente relacionada com a questão da imanência, seria a própria ação do corpo errante do espaço urbano, através da errância que, assim, oferece uma corporeidade “outra” à cidade” (Nascimento, 2016, p. 5).

Essa outra cidade é costurada a partir de uma teoria vivida e, nessa pesquisa, significa pensar o corpo como centro e causa das ações do CnR, produzindo forma de conhecimento e de fazer saúde incorporada que só tem sentido no e pelo corpo errante desta população vulnerabilizada (NASCIMENTO, 2016; PEIRANO, 2008, CSORDAS, 2008; MALUF, 2001).

Pela perspectiva etnográfica, explicar a territorialidade do CnR é interligar a cidade,

que é continuamente vivida pelos seus cidadãos, com a corpografia dos corpos errantes das pessoas em situação de rua, que mesmo no caos dinâmico, não se esvai, mas sim se destaca como objetivo central dos movimentos das eCR.

Para compreender os encontros, Ingold (2015) nos apresenta uma ideia de percepção do mover-se e de sentir o ambiente alterando enquanto nos deslocamos, entre corpos e cidade, percorrendo os rastros característicos de uma população, os encontros são feitos e continuados em movimento, seja na van ou no caminhar, colocando ênfase nas malhas costuradas em conjunto nesses encontros, em seus trajetos cotidianos para além dos usos sociais do espaço (INGOLD, 2015).

Assim, esse percurso afora do circuito padrão da saúde e dos usos do espaço urbano, embrenhando-se nos entremeios das ruas, barracas, consultas, esperas, reuniões, mercados, ocupações, fez-se por meio e com o meu corpo em campo, vivenciando as intensa corrente de encontros nas rotinas da equipe, seus espaços e trajetos com a van, como assinala Silvana Nascimento (2016), a corporeidade se faz presente desde o pisar na sede do CnR, bater na portinha de aço me identificando e sentar no banco de cimento maciço na primeira sala, dar uma olhada e conversar com os profissionais que já estavam no local e aguardar o automóvel chegar para iniciar os encontros, percorrendo os traços das pessoas em situação de rua na cidade.

2.3 Um território de rua desde a etnógrafa urbana na van.

Por meio dos relatos já escritos e ainda restantes, é possível visualizar o contexto em que foi realizada a pesquisa, pois nele percebe-se fragmentos dos ambientes socioespaciais com seus atores e práticas ali existentes, assim como alusões sobre a complexidade e diversidade das sociabilidades e apropriação dos espaços.

A ida ao campo me trouxe emaranhados de afetamentos, que já me acompanham desde a decisão de realizar uma etnografia *in loco* em meio aos riscos de contágio, as incertezas da doença pandêmica, que potencializaram os receios de uma antropóloga recém-nascida: à inquietude percorre a cada leitura realizada e a cada dia de me deslocar e acordar no horário para pegar a van junto com a equipe da manhã. As rotinas se dão em uma lógica acelerada, não há intervalo para preenchimento do caderno de campo ou da possibilidade de fazer entrevista com os profissionais e pacientes no decorrer dos encontros, os diálogos e as conversas foram se estruturando de modo fragmentar e pela rotina do campo, estando constantemente atenta às conversas paralelas e a todo ambiente da van e nos embarques dos atendimentos. Essa aceleração do cotidiano nas pesquisas, obriga-nos a tecer rápidas notas e, ao chegar do campo, escrevia cada detalhe para que não se perdesse na memória, Fravret-Saada (2005, p. 13) passou

por essa situação em sua pesquisa de campo:

Uma vez que aceitei ocupar o lugar que me tinha sido designado nas sessões, praticamente não tomei mais notas: tudo se passava muito depressa, deixava-as correr sem pôr-me questões, e, da primeira sessão até a última, não tinha compreendido praticamente nada do que tinha acontecido aceitar “participar” e ser afetado não tem nada a ver com uma operação de conhecimento por empatia, qualquer que seja o sentido em que se entende esse termo.

O afetamento da complexidade desses encontros causa uma movimentada rotina de atendimentos, não só pelo movimento de ir e vir da van, mas também pelas intensidades dos encontros, das histórias escutadas e condições de extrema pobreza vivenciadas, os diálogos pacientes dos profissionais na tentativa de convencê-los a comparecer a consulta já marcada e o desengano quando os noticiam que algum paciente retornou ao uso do crack.

O meu campo se resume à van (apesar da primeira entrada de campo ter sido feita dentro de um ônibus-consultório). É nela que o campo se faz, o CnR não possui uma van exclusiva para atendimento, então – normalmente – revessam em torno de três automóveis tipo van que esteja disponível na SMS, quando não estão em manutenção. Para contornar o território todo, é necessário um considerável período de deslocamento em busca dos interlocutores, apesar de já montar o trajeto pela agenda do dia, a extensão do campo sempre é indefinida.

No deslocamento, eram comuns os diálogos e as brincadeiras da equipe, a colaboração e animação quando íamos atender e a equipe contava a história do paciente, avisavam sobre as atividades. Por consequência de não ter van disponibilizada, elas não eram identificadas com logo ou qualquer menção ao CnR; todos os automóveis não aparentavam antiguidade, mas sua constante utilização para toda a Rede de Saúde Pública impede sua manutenção, sem ar-condicionado e poucos vidros com aberturas, no calor de mais de 30° C das quatro estações pessoenses, com som ligado na rádio FM na constante voz do cantor João Gomes, a van saía para o seu itinerário.

Em um dos dias de campo, precisávamos buscar um paciente para atendimento e estávamos em uma das vans que eram para transporte de pessoa com deficiência, no qual só possui 6 (seis) lugares, como não quis perder a “viagem” me sentei temporariamente no colo de uma das profissionais da equipe para realizar o transporte.

A maioria da equipe utilizava a composição: uniforme (blusa branca quase transparente com a logo do CnR), calça jeans e tênis. Cada profissional possui um uniforme, que não condiz com a realidade dos atendimentos a sol aberto, sem proteção UV e com tecido quente, impossibilitando seu uso na rotina semanal. Assim, quando trocavam o uniforme, utilizavam camisas UV ou malha frias brancas para amenizar o desconforto do calor e, mesmo assim,

continuar no padrão. Por se tratar de uma pesquisa de observação participante, optei por me misturar entre os profissionais, com roupas discretas (calça jeans, blusa básica branca e tênis) e cabelo amarrado, utilizando somente uma bolsa de tecido com celular, documentos pessoais, caderno de campo e caneta.

Por consequência das vestimentas e por colaborar com alguma atividade em conjunto com a equipe, muitas vezes, fui confundida como integrante do CnR e – de pronto – retificava a afirmação me apresentando ao paciente ou a outro profissional.

Nesse imergir no cotidiano, o acompanhamento da equipe se dava em dois, no máximo três dias da semana e, mesmo assim, os encontros com as mesmas pessoas em atendimento se mostravam quase que inviáveis. Por vezes, outra equipe atendia-o, o que impossibilitou a constituições de itinerários de forma conclusa, optando assim por captar os relatos presenciados e vividos nos encontros deste serviço com seus pacientes em situação de vulnerabilidade, onde se vive à deriva, nas ditas marginalidades urbanas. Como bem assinala Ghasarian (2008, p. 12-13):

As trilhas ruins, os congestionamentos, os desvios e os objetivos do pesquisador não são sempre aqueles que ele havia considerado no início. A experiência de campo perfeita não existe, e etnólogos estão de acordo, sobretudo, na sequência de erros a se evitar no campo. Fundado no imprevisto, nas mudanças e nas perspectivas, a pesquisa não pode ser dominada; no máximo pode ser melhorada com um único princípio fundamental: respeito pelas pessoas estudadas. (tradução livre)

A experiência etnográfica junto aos sujeitos da pesquisa, atravessou-me por sentimentos que só a vivência local pode provocar, despertando reflexões críticas sobre meu trabalho, minha função e existência sobre modos de viver, como bem assinala Peirano (2014) e que abala nosso lugar no mundo. Como também de participar – ainda na forma de antropóloga intrusa – da equipe do CnR e compreender concretamente o que representa o SUS, e conhecer os locais que compõe essa imensa ramificação da Rede de Saúde.

Dessas experiências, situações de tensões e desesperanças percorreram a pesquisa, eram comuns relatos de extrema ausência de higiene, doença, relatos de sofrimento e humilhações, mas, também, eram comuns os sorrisos e as brincadeiras entre os pesquisados, provocando em mim diversas sensações de angústias, aflição, frustração e alegrias na pesquisa.

O campo transcorreu trajetos por inúmeros espaços da cidade, entre instituições e residências, de acordo com a dinâmica dos atores sociais e o circuito empregado, extrapolando os caminhos até então definidos na pesquisa. Como assinala Nascimento (2019), Paz (2016) e Peirano (2014), a etnografia é uma justaposição entre reflexões teóricas e os encontros entre o

campo e a pesquisadora, nas contradições, nas linhas e nos caminhos que a interação proporciona. Essas vias não são escolhidas antecipadamente, pois a “pesquisa antropológica oferece percursos inusitados” (PAZ, 2016, p. 463).

Nesse entrelaçar, diversas vezes perdi-me no caminho ou nos labirintos das leituras e dos relatos, até compreender que toda e qualquer pesquisa possui limitações, como bem assinala Strathern (2014) ao dizer que “não saber o que se vai descobrir é, evidentemente, uma verdade da descoberta”, e é exatamente a sensação de se fazer uma pesquisa etnográfica, em um local de intensa rotação, seja de pacientes e de movimentos, que todos os dias não sabia o que esperar do percurso e para onde e quem iríamos encontrar na rotina ou até mesmo, se a van chegaria ao local.

Nessa posição interlocalizada entre os encontros, anotei todos as rotas em que os trajetos da van nos levaram, em uma tentativa de compor uma cartografia pela corpografia inscrita no caminhar da pesquisa, como expõe Nascimento (2016):

As corpografias urbanas, que seriam essas cartografias da vida urbana inscritas no corpo do próprio habitante, revelam ou denunciam justamente o que o projeto urbano exclui, na medida em que expressam usos e experiências desconsideradas pelo projeto tradicional. Tais corpografias explicitam as micropráticas cotidianas do espaço vivido, as apropriações diversas que qualificam o espaço urbano, formulando, assim, ambiências (BRITTO E JACQUES, 2012, p. 153). Na corpografia, a cidade está interligada ao corpo como um “conjunto de condições interativas”, nas palavras das autoras.

A corpografia pode assim ser aplicada na cidade que se desenha por meio de movimentos que perseguem o caminhar dos seus pacientes nas ruas da cidade, produzindo pontos de usos no espaço público fora dos circuitos padrões e que congregam representações pelo e no corpo desses encontros.

Assim, o corpo da rua não é enxergado na cidade que o invisibiliza por entre as paisagens urbanas, nas quais estão presentes em pontos de maiores circulações, naqueles ditos não-lugares (AUGÉ, 1994), na intenção de ser notado.

Nesse sentido corpográfico é que os itinerários dos percursos da van foram feitos, a partir da produção e do engajamento no campo, aproximando a macrovisão da cidade entre as micro vivências do atendimento nas ruas, assimilando outras formas de tatear a cidade, principalmente de fora da sala (virtual e de trabalho) e dos consultórios. Como se contempla no experimento de mapeamento, buscando formas de visualizar o traçar do corpos nos espaços públicos de pertencimento subjetivo dessas pessoas, utilizando recursos do Google Maps.

ITINERÁRIOS DA VAN NO PERÍODO DA PESQUISA

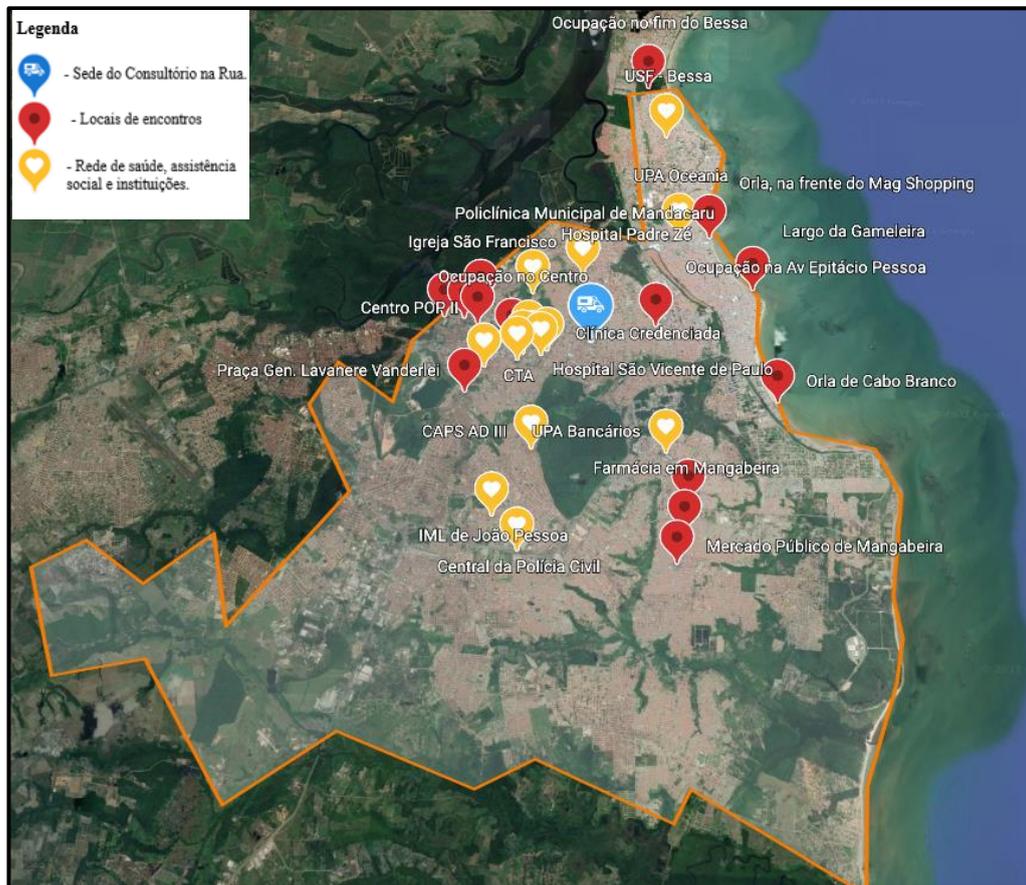


Figura 2- Cartografia deslocamentos etnográficos. Fonte: Google Maps.

Esse contorno designa o circuito de sobrevivência que são locais típicos de apoio das pessoas em situação de rua, seja de consumo de drogas, de socialização ou de pernoitar; Juntando-se os pontos de ligação com os serviços utilizados pela equipe para dar suporte aos atendimentos e encaminhamentos dos seus pacientes. São territórios de grande circulação, de encontros e disjunção entre os transeuntes e os que estão nas ruas (MAGNANI, 2002).

Desse modo, a figura acima representa somente uma forma captar o campo em uma atmosfera ampla, compreendendo a extensão de uma das equipes do CnR. Todavia, os significados são somente percebidos em seu interior, que emerge nas peculiaridades de interação nos encontros estabelecidos na rua, dando ao espaço público outros sentidos.

Capítulo 3. Políticas públicas de saúde no contexto pandêmico

3.1 “*Apenas enquanto perdurar a emergência de saúde pública*”

Por se tratar de uma temática ampla, levando em consideração as diversas políticas públicas que esbarram nas necessidades das pessoas em situação de rua, seja social ou de saúde, será priorizado o recorte temático daquelas políticas de saúde que são canalizadas nas demandas dos que vivem na rua.

Levando em conta o processo de vulnerabilização que acontece e é anterior à deflagração do estar nas ruas, conforme aciona Varanda & Adorno (2004), é necessário que se compreenda a noção de política pública direcionada a esse grupo socialmente vulnerável, principalmente àquela que advém da assistência. No imaginário popular, tem-se a pobreza como sem solução, justificando com base na ausência de recursos e sua normalização às custas das dispersões das tensões sociais saciadas por ações pontuais de neutralização e pacificando a convivência com o pauperismo (SPOSATI, 1989, p. 116):

Pacífica porque uma significativa rede de ações filantrópicas e públicas de assistência social pontual minoram a pobreza. Pacífica dada a presença de um traço cultural hegemônico de dominação-subalternidade, enraizado nas relações cotidianas de todos, reforçando a tutela ou o apadrinhamento.

Essa pacificidade se dá também a partir das ações do Estado que intercalam em constante repressão e assistencialismo pontual. Nascida dessa banalização do absurdo, ela é entranhada em nosso meio como algo que já faz parte do nosso cotidiano e que somos incapazes de resolver. Com essa quimérica coletiva, não citando aqui as formas de violência e os estereótipos vivenciados por essas pessoas, é que se constroem as políticas públicas estatais voltadas para a PSR.

Em âmbito brasileiro, em meados dos anos 2010, e no embrião do CnR, as políticas estatais sanitárias se baseavam no reconhecimento da vulnerabilidade de diversos grupos e de suas alteridades, ocasionando núcleos de especialidade dentro da Atenção Integral à Saúde, fomentando a inclusão dos mais variados recortes: classe, gênero e raça (ADORNO, 2011).

Por ser um ambiente precário e pela exposição a riscos patológicos e violentos, pela precariedade e insalubridade das ruas, necessitam de articulações e assistências direcionadas, seguindo suas singularidades, consoante os princípios da integralidade e equidade que norteiam as garantias da lei nº 8.080/90 e da Carta Magna Brasileira. Seguindo nesse liame, as políticas direcionadas a PSR, como já explicitado na introdução, advém dos movimentos civis organizados, culminando na Política Nacional para População em Situação de Rua (BRASIL,

2009a).

Tal política define a População em Situação de Rua, apresenta as diretrizes e a criação de políticas, as comissões para a ramificação interfederal dessa política, como também as formas de fiscalização de suas práticas, no intento de gerar uma Rede de promoção, proteção e assistência às pessoas que habitam na rua. A articulação foi tamanha que, dado o contexto histórico, político e minimamente favorável à época, influenciou a formulação de políticas de saúde até hoje aplicadas, mesmo que constantemente atacada.

Com a criação do CnR, para atendimento amplo e orientado para a rua, outras políticas necessitaram modificar-se a fim de adequar-se às demandas e desentruar as burocracias. Uma das diversas problemáticas para a efetivação no atendimento dessas pessoas foi a ausência de documentação, que impedia a garantia e o acesso aos seus mais diversos direitos. Nesses casos, por exemplo, para fazer a “carteirinha” do SUS, os documentos essenciais são: o comprovante de residência com seu nome e um documento com foto.

A ausência desses documentos inviabiliza o acesso à saúde, algo que impediria a própria existência do CnR. Como forma de reconhecimento dessa população, e considerando sua realidade, a Portaria nº 940 GS/MS, que regulamenta o Sistema do Cartão Nacional de Saúde, dispensa a apresentação do comprovante de moradia para o cadastramento no sistema de saúde para ciganos e população em situação de rua, justamente por seu caráter nômade.

Entretanto, como se pode observar em um dos relatos, a Portaria não é amplamente divulgada nos serviços padrões de saúde, o que gera seu não cumprimento por desconhecimento por parte dos profissionais de saúde. Sendo somente conhecida e aplicada dentro dos serviços focalizados nesses pacientes, demonstrando ser um impasse burocrático particular desse grupo, experiência regularmente vivida no CnR:

Uma dificuldade que tínhamos no início era em relação a documentação do usuário, muitos não tinham documentos para marcar exame, para regular, para internação, às vezes era uma dificuldade, mas hoje, no serviço, no sistema do cartão SUS já tem um campo que identifica a pessoa como nômade, mesmo que não tenha nenhum documento, conseguimos emitir o cartão SUS para garantir o acesso à saúde.

Nessa entrevista com um profissional da equipe, a cooperação também se dá por meio de articulações internas e administrativas, em âmbito local. Há uma pactuação com a Central Municipal de Regulação para dar prioridade na marcação de exames e consultas. Tais ações são tratadas como meros pontos técnicos para a população em geral, mas essa flexibilidade abre um leque de facilidades para alcançar as zonas que até então estavam fora do alcance público.

Sendo um modo de enraizar e perceber, mesmo que nas entrelinhas legais, que há o reconhecimento das formas de se viver dessa parcela populacional, passando a ser incorporadas na rotina burocrática da máquina estatal (HERZFELD, 2016).

Entendemos que o processo de trabalho em saúde tem um grande potencial de produzir, para além da ação de cuidado, sujeitos implicados na consolidação do SUS, na invenção de novas práticas de cuidado.

Apesar dos avanços, ainda há muito o que se refletir criticamente sobre as elaborações de políticas públicas, pensando em uma forma mais efetiva de alcançar esse grupo populacional. Para buscar melhores condições de vida e acesso aos seus direitos, é intrínseco que se obtenha dados concretos de sua população (censo), ausência que impacta profundamente nas formas de se planejar políticas públicas, inviabilizando possíveis programas que, de fato, cheguem à realidade dessas pessoas, como já citado no primeiro capítulo. A falta de censo populacional nas ações locais da pandemia gera o prolongamento desnecessário do processo judicial, visto a inconsistência do número de população em situação de rua encontrada nos documentos oficiais do município.

Assim, com a crise pandêmica e econômica, ocorreu o nítido aumento das pessoas nas ruas. Contudo já considerado obsoleto, como atenta a equipe do CnR, inclusive, os próprios números cadastrais sobre o Consultório na Rua encontram-se desatualizados. No site oficial do Ministério da Saúde, em 2021, consta o total de 158 (cento e cinquenta e oito) indivíduos e, no ano de 2018, 161 (cento e sessenta e uma) equipes do CnR em todo território brasileiro, com a diminuição no decorrer dos anos (BRASIL, 2018; BRASIL, 2021).

Essa última contagem se deu em meio a uma propaganda recente (18 de junho de 2021) do Governo Federal, que disponibilizou cerca de 2,8 milhões em recursos para o CnR, voltado para gastos relacionados ao custeio de materiais⁴⁹ para as equipes, na cidade de João Pessoa. O recurso foi recebido proporcionalmente, no montante de aproximadamente 60 mil reais. Tal medida encobre as demais ações de retrocessos aplicadas ao SUS, em meio ao caos da pandemia e do pandemônio (ARAÚJO, 2020) que se firmou em 2020. O Ministério da Saúde apresentou uma proposta de “revogação” de um pouco mais de 100 (cem) Portarias do SUS, dos anos 1994 a 2014, e dentre elas, algumas que atingiriam estratégias pilares do CnR articuladas com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), entidades se posicionaram veementemente contra essa medida, e que até os dias atuais não foi instaurada, em uma aparente desistência.

⁴⁹ Esse recurso não viabiliza a aquisição de um automóvel tipo van por dois motivos: o custo de uma unidade deste veículo gira em torno de quatro vezes mais o valor repassado e, por último, a forma de repasse é vinculado aos gastos de materiais e equipamentos para o combate à COVID.

É nesse contexto de contorcimento de sobrevivência que as políticas sociais e sanitárias resistem. O CnR representa um dos principais – se não o principal – intermédio entre as demais políticas, como as casas de acolhidas, os albergues e os abrigos específicos ou que abrangem a população. Contudo, tais estabelecimentos sociais possuem inúmeras restrições e regramentos que, por vezes, afastam os indivíduos, além de serem instituições de curta permanência, com pouquíssimas vagas⁵⁰ e de não possuírem condições regulares de salubridade para uma habitação digna.

Das participações no campo, observava o malabarismo dos profissionais nas tentativas de conseguir uma vaga de acolhimento, sempre requerido de modo espontâneo pelo sujeito, contactando as casas de acolhida ou os centros de referência (centro POP e CAPS), no intuito de convencer os agentes a aceitarem o sujeito, e que em alguns casos, acabou por descumprir alguma regra da instituição e retornou às ruas.

De modo geral, os métodos coercitivos aplicados nas instituições afastam essa população dos serviços. O que se observa na construção da política pública direcionada às população pobres é uma abstração dos discursos, remetendo constantemente a resolução da pobreza de forma efêmera, sem pormenorizar as estratégias específicas dos grupos populacionais, pensando práticas intersetoriais que gerem promoção da autonomia do indivíduo, corroborando com a erradicação da pobreza e a universalização da saúde (VALLE; FARAH, 2020).

Aqui, vale ressaltar que, na experiência de campo, as idas ao CENTRO POP II e aos CAPS foram corriqueiras, porém pontuais. O CnR realiza atividades, visitas para pacientes específicos, testes rápidos e encaminhamentos para exames e consultas na regulação, tendo essas instituições como um apoio entre os itinerários.

Nesses mínimos, antes mesmo da pandemia, existiam um contingente considerável dessa população que ainda não tiveram oportunidade de acessar os serviços de saúde, nem sequer a assistência pontual como higienização pessoal e alimentação, que se dá principalmente pela ausência de recursos para ações já existentes, como também pela necessidade de implementação de práticas que possam alterar a perspectiva de vida do cidadão, com acesso aos seus direitos e dignidade. Considerando o traço histórico dos direitos da PSR, conquistados arduamente pelos movimentos sociais, é ainda recente os recursos direcionados para sua efetividade, que se dá mais concretamente com a existência do CnR. O êxito desse direito

⁵⁰ Juntando as casas de acolhida adulto I e II; casa de passagem da família; casa de passagem do idoso; Centro POP I e II e CAPS AD o município de João Pessoa possui um pouco menos de 150 vagas, que são destinadas à grupos vulneráveis em seus recortes específicos.

esbarra-se em constantes precariedades e ameaças de cortes, implicando em um manente empenho para sua existência (VARANDA; ADORNO, 2004).

Em contraponto, há outros micro contextos de vulnerabilidade social e de políticas assistenciais, como expõe Biehl (2011), em sua pesquisa a partir da história de Evangivaldo, demonstrando símbolos de recomposição de direitos, com a atuação do Estado, através das políticas de acesso à saúde, em que se produz a noção de cidadania por meio das ações de cuidados de saúde, e torna-se cidadão.

Dentre essas contingências políticas, a pandemia do coronavírus acionou uma luz na noção de cidadania sob as demandas associadas a essa população, como a escassez de higiene e a ausência de moradia, a população em geral movimentou-se, em doações e através de organizações não governamentais, para suprir as necessidades emergentes que surgiram no esvaziar urbano.

Como será demonstrado a seguir, a política de enfrentamento à Covid-19 atinou para as contradições de suas próprias orientações de reclusão domiciliar, higienização constante e utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) para com as vidas na rua. O que se demonstrou, em âmbito local, foram os reforços nas políticas já existentes e a ratificação das políticas eminentemente transitórias, com prazos curtos e definidos para seu término, sendo quase visível o obstáculo político que recolhe os direitos desses cidadãos à assistências pontuais.

Em João Pessoa, capital da Paraíba, as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da Covid-19 se deram no dia 15 de março de 2020, por meio do Decreto nº 9.456. A elaboração de políticas visando à proteção da PSR se deu principalmente por meio da Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público da Paraíba, que – conjuntamente com o poder judiciário – impôs ao município ações amplas para comportar, abrigar e auxiliar as pessoas em situação de rua⁵¹, dentre elas, sinteticamente, estão:

- No Centro POP⁵² o oferecimento de fichas para refeições (café da manhã, almoço e jantar), higienização pessoal, roupas doadas, kits com álcool, máscara e sabão;

⁵¹ As discussões dentro da ACP nº 0821071-47.2020.8.15.2001 são inúmeras e serão aprofundadas em posterior elaboração de artigo.

⁵² Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CENTRO POP), atualmente, o município possui dois CENTRO POP. O CENTRO POP I fica no Centro e o CENTRO POP II, criado na pandemia, fica no bairro de Jaguaribe.

- Ampliação do serviço de alimentação do programa de alimentação, através do RUARTES⁵³, com distribuição de 300 (trezentas) refeições no horário de almoço e mais 300 (trezentas) no jantar;
- Distribuição de kits de prevenção para todas as pessoas de rua, com máscaras, álcool em gel, sabonete e água mineral;
- Ampliação de mais 24 (vinte e quatro) vagas nas casas de acolhimento, reforçando as vagas já existentes nas Casas Adulto 1 e 2, Casa de Idosos e Casa de Passagem;
- Em reunião junto com órgãos fiscalizadores (MPF, DPU e DPE), entidade filantrópica (Hospital Padre Zé) e ONG's do seguimento, Governo do Estado e PMJP, firmaram o direcionamento ao Hospital Filantrópico em caso de sintomas gripais, uma vez que ele recebe recursos do SUS e optaram por não abrir espaço para abrigamento coletivo sob a justificativa da aglomeração;
- Oferecimento do Auxílio Moradia, que no total somavam 60 (sessenta) famílias na época, no valor de 350,00 (trezentos e cinquenta reais), conforme os dados municipais;
- Além disso estavam ofertando almoço pelas cozinhas comunitárias, Restaurante Popular;
- Abertura do 2º Centro de População de Rua – POP 2, oferecendo 20 (vinte) leitos de isolamento;
- Ampliação do Serviço de Consultório na Rua.

Ocorreu, ainda que rapidamente, a disponibilidade de pousadas implantadas entre julho de 2020⁵⁴, ação que foi silenciosamente interrompida, conforme relato de um profissional da equipe do CnR, de que não deu certo pois os responsáveis pelo estabelecimento não eram sensíveis à demanda, ocasionando tensões entre os abrigados e a gerência do local, possuindo muitos regramentos, tal qual as casas de acolhidas (hora para recolhimento, regras restritas de convivência), controlando o espaço da vida social dessas pessoas, que não podem ser desconsiderados (SCHUCH, 2012).

⁵³ Serviço Especializado em Abordagem Social – RUARTES, faz parte da SEDES/JP, atua junto com a PSR no CENTRO POP I no desenvolvimento de sua sociabilidade.

⁵⁴ Prefeitura de João Pessoa. Luciano Cartaxo anuncia conjunto de ações de proteção social para famílias em situação de vulnerabilidade. 08 de junho de 2020. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/noticias/luciano-cartaxo-anuncia-conjunto-de-acoes-de-protecao-social-para-familias-em-situacao-de-vulnerabilidade/>. Acesso em: 25 de junho de 2021.

Em abril de 2020, o Governo Federal, por meio do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos emitiu a Nota Técnica n.º 5/2020/CGRIS/DEPEDH/SNPG/MMFDH que dispõe sobre as orientações gerais de atendimento e acolhimento emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia do Covid-19, nota que foi discretamente publicada e pouco praticada em contexto local.

Visando a proteção da população na esfera local, ocorreram expansões das políticas assistenciais e de saúde já vigentes, concretizando únicas formas de atuações estatais para com os interditos: o assistencialismo e a repressão. A pandemia desarranjou as enraizadas práticas biomédicas dominantes, expondo o sucateamento da saúde, que, promovendo respostas eminentemente técnicas, não levam em consideração as condições das peculiaridades da vida (BIEHL, 2021).

Os contornos da antropologia, traçados agora por questionamentos desse contexto pandêmico, refazem relações com a rua, à época dos primeiros casos de contaminação no Brasil, em que era representada no deixar morrer, em contraposição do estar em casa, simbolizando as possibilidades de se viver e determinando quais grupos terão mais chances de ultrapassar o momento, até então desconhecido e amedrontador. Esse desalinhar foi desvanecido do imaginário coletivo com a chegada das vacinas, alterando os temores iniciais em prioridade das pessoas em situação de rua na fila da vacinação, o que gerou pontuais revoltas na sociedade.

Evidenciando as dores, as práticas e a experiência que permeiam a manutenção das vidas em situação de precariedade, que são determinadas pela conjuntura sociopolítica da pandemia, carecemos também atinar para os modos de resistências e de contra políticas inseridas no próprio Estado, como a atuação mais firme do município frente às ações negacionista do Governo do Brasil (VENTURA, 2021; BIEHL, 2021), bem como a força vinculadora do CnR aos seus pacientes, de modo a representar também uma certa contra política, considerando seu caráter não institucional de atendimentos, que pode ser vista simultaneamente como uma resistência à erosão democrática e à disseminação do negacionismo da doença, tão bem entranhado nas vidas mais marginalizadas (VENTURA, 2021; BIEHL, 2021).

Assim, a definição de vulnerabilidade que aqui se apresenta é aquela desenvolvida nas reflexões políticas do enfrentamento da Aids, que vem sendo utilizada nas práticas do cuidado à saúde. Nessa perspectiva, ao contextos sócio-sanitários influi os riscos às patologias, envolvendo aqui as potencialidades e os recursos dos sujeitos para o enfrentamento de situações de risco e agravos. A vulnerabilidade é um dos maiores indicadores de iniquidades sociais, antecedendo e enfatizando os riscos nos processos de saúde e doença (TEIXEIRA; FONSECA, 2015).

Como nos mostra na leitura profunda sobre sofrimento e violência estrutural, Farmer (2017, p. 30) evoca que “as violações dos direitos são sintomas de profundas patologias de poder e estão intimamente ligadas às condições sociais responsáveis por determinar quem irá sofrer e quem será protegido dos danos”. Assim, as campanhas de isolamento social e utilização de máscaras não impediram a continuidade do movimento dessas vidas, que não teriam outra escolha a não ser desbravar as ruas vazias da cidade em uma busca mais intensiva de sobrevivência.

Em um dos diálogos com a equipe é notório como, de uma certa maneira, a pandemia acentuou ainda mais as necessidades emergentes dos seus pacientes, mais do que a preocupação de transmissão viral, a fome aguçou o rastro contido na doença:

Inicialmente, foi assustador. Ninguém sabia o que estava acontecendo, os usuários não tinham noção da situação e aí a gente foi se reunir com todas as equipes. Primeiro lá na secretaria, para ver como iríamos continuar nossos atendimentos, nesse contexto. Na verdade, em março, estava tudo bem desesperador: profissionais com medo de como seria, e a gente já tinha um plano de cuidado, mas a partir de agora, como seria? E aí como todo mundo, fomos buscando estratégias no contexto da pandemia. E o primeiro passo foi equipar os profissionais para não saírem desprotegidos e ter o cuidado também durante os atendimentos de estar orientando os usuários para o que estava acontecendo. A gente via que, por não ter acesso às informações, eles não estavam acreditando inicialmente na pandemia. Não estavam acreditando, só que a gente percebia a carga de sofrimento, pois todo o contexto que eles viviam de conseguir alimentação, de trabalho, tudo aquilo tinha sido desfeito, e a gente via um sofrimento em relação à sobrevivência mesmo, nem tanto à questão do adoecimento da covid, mas mais a forma como eles não estavam conseguindo sobreviver, as comunidades pararam de entregar alimentação, os serviços estavam restritos, a nossa luta foi em relação a isso. Como a partir de agora, poderíamos dar suporte a essas pessoas que, além de tudo, de toda vulnerabilidade, estavam com fome. A gente foi buscar também os serviços assistenciais, o apoio das pastorais da igreja. (grifo nosso)

A evidência oriunda da experiência das pessoas em contraste com o campo da saúde biomédica refletir através da vida, permitiu-nos ver que a doença atravessou muito mais do que seu sistema respiratório, mas acentuou demandas que já eram graves, para ações de imediatas resoluções: como o caso da fome.

Antes de iniciar o campo etnográfico, a angústia e a covid-19 tomaram conta dos dias que precederam a entrada na pesquisa, na expectativa leiga e antropológica de esperar aquilo que meu imaginário pandêmico proporcionou, mesmo com a vacina no braço, estava na ânsia de iniciá-lo. Inaugurando o campo no segundo ano de pandemia, pude enxergar, de modo mais realista, os locais, em que raros eram os casos que cumpriam os protocolos de higiene e no qual a utilização de máscaras era quase nula, somente por parte dos profissionais, que eram

questionados nos períodos iniciais:

O ponto interessante que a gente percebia é que no início, quando chegamos de máscara, com proteção facial, muitos não gostavam, eles diziam que eles não tinham doença, que não precisava daquilo, que morador de rua não tinha essa doença, que era doença de rico, e a gente ia explicando como era a forma de transmissão, os cuidados que deveriam ter, pois haviam compartilhamento de copos, compartilhamento de talher, de espaço, e no começo não tem compreensão, até hoje (30/07/2021), tem alguns que tem certa resistência em entender. Uma fala comum deles é que dizem que o morador de rua é tão excluído que nem o coronavírus quer eles, pega eles.

Afora os percursos atravessados pela vacinação, a rotina e suas diversas outras complexidades de atendimento pareciam ter abafado a COVID-19, que só se concretizava nos usos de máscaras e álcool das equipes. Como assinala Biehl (2021), deparando-me com esse real abismo em meio aos desdobramentos da tragédia, a margem como produtora de um lugar peculiar sob o mundo não padronizado, do invisível, como mesmo nos comunicaram, para alguns deles, era “doença de rico”.

Essas falas, como também àquelas relacionadas à vacinação, são nítidas reverberações dos discursos disseminados pelo Governo Federal, que – tal qual o vírus – desde o início da pandemia, o Presidente da República alastra e dissemina negacionismo científico, em um completo desprezo à gravidade da emergência global, sabotando medidas preventivas, aplicando políticas de morte, apostando em métodos que contradizem as orientações dos cientistas e da Organização Mundial da Saúde (OMS) (BIEL, 2021; MALUF, 2021; VENTURA, 2021).

Atentar-se para essas vulnerabilidades e para a eminência da morte, assim como compreender as formas de políticas e o cuidado que estão engajados com mundo local, evidencia-se a relevância de esmiuçar criticamente esses conhecimentos de produção de mecanismo de exclusão e suas formas de resistir a esses discursos. Pensando nisso foi que, antes mesmo de alcançar os estudos antropológicos, já pensávamos – em conjunto com o grupo de alunos “articuladores” da especialização em Saúde Pública (FIOCRUZ/UFPB) – modos de desvio das incomensuráveis notícias falsas que se alastraram assustadoramente nos embrenhados das ruas. Assim, a confecção do cartaz pensando nas cores, nas formas, nos desenhos, foram milimetricamente pensados junto com o CnR, em uma intervenção ao combate da Infodemia⁵⁵, que gerou repercussões no desenrolar pandêmico:

⁵⁵ O termo é empregado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em uma forma de enunciar que a pandemia da Covid-19 veio acompanhada por “um excesso de informações, algumas precisas e outras não, que tornam difícil encontrar fontes e orientações confiáveis quando se precisa” (OMS, 2020).

Tivemos todo o planejamento com as equipes, de como iria ser a construção dos atendimentos, as orientações, o material da especialização de Saúde Pública, que colaborou bastante com a ilustração. A gente mostrava para eles, explicava, em relação aos cuidados de prevenção... ajudou bastante o material. A gente sempre utiliza uma linguagem afetiva, uma linguagem de fácil compreensão, então, é um material da nossa fala com imagens. É um processo de adaptação, até ir entendendo a situação, o contexto que agora estavam vivendo.

O CnR, baseando no diálogo uma ação de contra política federal, empreendeu práticas de intensa divulgação dos cuidados, alertando aos seus pacientes para o não compartilhamentos de objetos e para os sintomas que necessitavam de atenção. Apesar da atividade, observou que a maioria dos grupos ignoravam, alguns afirmavam que “o álcool da bebida mata o vírus por dentro”, frase que escutamos em boas doses.

Os temores e as preocupações da contaminação foram sentidos mais pelas equipes, que se equiparam de aventais, máscaras, protetor facial ou óculos, luvas e toucas nos pés e na cabeça. Não podendo estar presencialmente no campo, logo no primeiro ano de pandemia, a descrição dos atendimentos era carregada de sentimentos de apreensão e medo de contágio, principalmente de transmitir a COVID-19 para seus pacientes e, as subidas e descidas da van, sempre eram precedidos de banhos de álcool nos pés e nas mãos.

O medo do porvir emplacou fortemente os atendimentos, que não deixaram de acontecer após a disponibilização de EPI's as equipes. Assim, em uma das rotinas, o primeiro paciente em situação de rua a testar para Covid-19 foi detectado, como relata um dos profissionais:

Foi um morador perto do Santa Isabel. Nesse primeiro momento, estávamos fazendo busca ativa, de usuários assintomáticos e, já no final do dia, já era de noite, avistamos uma pessoa que estava deitada no banco próximo ao Hospital Santa Isabel. Como não o conhecíamos, fomos atendê-lo e aí relatou que estava chegando de São Paulo, que fazia uma semana e que quando chegou em João Pessoa, começou a sentir os sintomas: febre e tosse. Perguntamos se ele já tinha ouvido falar da COVID e ele disse que saiu de São Paulo justamente com medo dela, fugindo de lá, pois sabia que a População em Situação de Rua era maior e veio para cá também porque ele é de Campina Grande. Ele não aceitava que fosse COVID, disse que não pegava isso, não iria adoecer dessa doença. E dialogamos. Ele estava com febre alta e tosse intensa, houve a necessidade de acionar o SAMU. Foi também a primeira internação da COVID nos atendimentos e aí foi confirmada a doença, ficou uma semana internado no hospital São Luís, e quando recebeu alta, foi encaminhado para casa de acolhida. E nessa casa, ele fez contato com os familiares dele e retornou para sua família. Hoje ele não está mais na rua.

Os atendimentos prosseguiram, em casos de sintomas gripais e confirmação da COVID-

19, a equipe distribuía medicamento para febre (dipirona) e vitamina C, visto que até os dias atuais não foi descoberto medicação para a doença, somente a vacina. Nesses *entremeios* de vivência, apesar dos riscos que as vulnerabilidades trazem aos corpos desses sujeitos e a propensão para os agravamentos da doença, os dados municipais coletados durante o campo, desde o início da pandemia até o período inicial da vacinação (março/2020 a agosto/2021), constam aproximadamente 150 casos de COVID-19 nas pessoas em situação de rua, com três internações bem-sucedidas em sua recuperação e nenhum óbito. Como afirmou uma das enfermeiras: “Outro ponto interessante é que a gente não teve incidência alta do vírus na população, os casos que tiveram foram assintomáticos ou sintomas leves, e poucos casos (três) foram internados, mas logo tiveram alta”.

Esses dados demonstram o crescente *retorno ao novo normal* dos sujeitos, que na verdade, nunca deixaram de se expor corporalmente, visto que é ele o seu único espaço de exercício e concretização de sua soberania (FRANGELLA, 2016). Nesse atravessar do cotidiano, outras demandas foram sobrepujando a centralidade da COVID, dando lugar à complexidade nos atendimentos e, retornando os mesmos mecanismos de exclusão social pré-pandêmicos. A alteração dessa engrenagem social foi vertiginosa em seu desaparecimento, retornando as não cessantes estratégias e circuitos de sobrevivência (ADORNO, 2011), desenvolvidos pelas vidas ditas como precárias (BUTLER, 2020).

Refletindo o momento de saúde pública vivenciados, o engajamento antropológico se faz singularmente essencial, nas dimensões representativas da pandemia, as categorias sociais se cruzam e as condições sobre a doença – sem precedentes – alteram-se simbolicamente dentre os grupos prioritários e as comorbidades que acentuam o risco ao vírus.

Isso se evidenciou na aplicação do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação Contra a Covid-19, publicado em 15 de março de 2021, em sua 5ª edição⁵⁶, quando foi efetivamente executado, após incontáveis recusas de negociação para aquisição das vacinas pelo Governo Federal, às custas de muitas vidas brasileiras (VENTURA, 2021).

Na lista, o 16º grupo prioritário são as Pessoas em Situação de Rua⁵⁷, em João Pessoa. A aplicação das vacinas para as pessoas em situação de rua somente veio ocorrer no mês de

⁵⁶ Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 – PNO. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/secovid/pno_edicoes/5a-edicao-pno-15-03-2021.pdf/view. Acesso em: 25 de junho de 2021.

⁵⁷ Considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória, definido no art. 1º do decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009

maio/2021, coincidindo com meu primeiro dia de iniciação ao campo que, por consequência da segunda onda no início do primeiro semestre de 2021, teve que ser postergado.

No dia 12 de maio de 2021, publicizou a vacinação da população em situação de rua. Por conta das fortes chuvas, só foi se concretizar no dia 15 de maio de 2021, primeiramente na área do centro da cidade de João Pessoa⁵⁸. A ação que se desencadeou, novamente, por força de decisão Judicial, no qual o próprio STF interveio por meio da Reclamação Constitucional n. 47398/PB⁵⁹ protocolada pelo MPF, no qual vinculava a vacinação à ordem estipulada no PNI, proibindo que os Trabalhadores da educação do ensino básico (19ª na ordem) fossem vacinados antes dos grupos prioritários que o antecedem, incluindo aqui as pessoas em situação de rua.

O município justificou que, no sentido de não existir o desrespeito a ordem vacinal, a realização das imunizações estava ocorrendo simultaneamente, visto que foram reservadas 1.600 (mil e seiscentas) doses da vacina da Pfizer para a aplicação da primeira dose nesse grupo populacional.

Nessa esteira, tem-se ainda mais visível a consolidação do papel político do Poder Judiciário, antropológicamente estudado por João Biehl (BIEHL; PETRYNA, 2013), que evidencia o aumento das judicializações voltadas para as demandas de saúde antes mesmo da pandemia que assolou o ano 2020. Tomando para si a tarefa eminentemente política de determinar ao Estado a execução de todas as fases primordiais e críticas da pandemia, seja nas ações emergenciais de contenção do vírus, seja para a aplicação das vacinas, cada decisão dessa perpassou a vida das pessoas em situação de rua.

Considerando o período da corrida vacinal, na qual grande parte da população ansiava a chegada ao seu grupo, e o município tinha o forte interesse em aplicar as doses dos professores de ensino básico, foi necessário um mutirão nos finais de semana, visto que os docentes só poderiam ser vacinados após todos os trabalhadores do sistema prisional, prisioneiros e população em situação de rua⁶⁰.

O início da imunização ocorreu no sábado e domingo, com cerca de 50 profissionais atuando na logística, utilizando 7 (sete) carros e um microônibus, que não é comumente usado

⁵⁸Prefeitura de João Pessoa mobiliza equipe da saúde para vacinar população em situação de rua contra Covid-19. 15 de março de 2021. Disponível em: <https://www.joaopessoa.pb.gov.br/noticias/secretarias-e-orgaos/prefeitura-de-joao-pessoa-mobiliza-equipe-da-saude-para-vacinar-populacao-em-situacao-de-rua-contracovid-19/>

⁵⁹Reclamação Constitucional n. 47398/PB. sob relatoria da Ministra Rosa Weber. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/RCL47398.pdf>

⁶⁰TRF-5 autoriza e Prefeitura de João Pessoa começa vacinação de professores contra Covid-19 neste domingo. 15 de março de 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/pb/paraiba/noticia/2021/05/15/trf-5-acata-recurso-da-prefeitura-de-joao-pessoa-e-autoriza-vacinacao-de-professores-contracovid-19.ghtml>. Acesso em: 28 de julho de 2021.

na rotina do CnR. Os locais de acesso às pessoas em situação de rua foram estabelecidos consoante trajetos de maior circulação indicados pelas equipes do CnR, levando em consideração os abrigos e as instituições de acolhimento. Nesse dia, acompanhei o microônibus junto com a equipe de imunização e os profissionais do CnR. O grupo contava com agentes da vigilância em saúde (duas trabalhadoras técnicas realizando o teste-covid), dois profissionais do CnR (duas enfermeiras), uma enfermeira e uma técnica em enfermagem, ambas da Imunização, que aplicavam as doses de Pfizer.

Nessa fase da vacinação, a Pfizer era considerada a vacina *ouro*, por se mostrar mais eficaz no combate à infecção do vírus, com porcentagem de 95% (após segunda dose)⁶¹. Quando a vacina chegou, inicialmente foi distribuída para grupos prioritários com riscos maiores: grávidas, puérperas e deficientes, depois se estendeu para o sistema prisional, PSR e professores.

A prioridade para a vacinação era que o usuário dormisse na rua, e o pessoal do Consultório na Rua já tinha realizado o levantamento dos nomes cadastrados pelo serviço. E empregando as abordagens costumeiras, iniciou-se a busca da população em torno de cada parada seguindo a Orla de Tambaú, do Busto de Tamandaré, até a Praça da Gameleira, este sendo ponto de encontro de grupos que vivem nas ruas.

No percurso até a primeira parada, as profissionais conversam entre si sobre o visível aumento abrupto dessa população, como também sobre a relutância das pessoas em situação de rua a vacinar-se, seja qual fosse a vacina.

Ao chegarmos ao local, o automóvel já apresenta uma diferença na paisagem urbana, que chama a atenção dos transeuntes. Nos primeiros minutos que descemos para iniciar as buscas, um caminhante perguntou se poderia se vacinar. Uma das profissionais do CnR disse que era uma ação somente para população em situação de rua. Em resposta ríspida, o indivíduo responde: “e se eu for morador de rua? Como você sabe que não sou morador de rua? Posso ser um agora”, tendo serenidade, a enfermeira explica que em poucas semanas o grupo do rapaz será contemplado, que a equipe possuía um cadastro com a listagem de mais de duas mil pessoas cadastradas no CnR.

No decorrer do dia, dois casos de tentativas de se enquadrar como “moradores de rua” para se obter a vacina ocorreram. Nessas tentativas, as operadoras da saúde evidenciam que já conheciam como esses tipos de sujeitos agem e que, por isso, normalmente usam do primeiro

⁶¹ Covid-19: Estudo israelense indica que 1ª dose da vacina da Pfizer é 85% eficaz. 19 de fevereiro de 2021. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/covid-19-estudo-israelense-indica-que-1-dose-da-vacina-da-pfizer-e-85-eficaz/>. Acesso em: 28 de julho de 2021.

encontro para se conhecerem – quando a demanda não é emergencial – e que, após um diálogo com o indivíduo, conseguem diferir quem é ou não é da rua, além de outras formas de percepção aguçadas com o tempo. Esse modo de deliberar sobre os pacientes reflete bastante as formas de estigmas (GOFFMAN, 2008), mas, como explicitado pelas profissionais, o crivo se dá além do aspecto exterior, com base no diálogo e no habitual encontro entre pacientes e equipes.

Vivenciamos uma conjuntura emaranhada do desconhecido, temos consciência do foco que a COVID-19 direcionou às fragilidades de nossa sociedade. Nesse momento da vacinação, inverteu-se, mesmo que brevemente, os papéis dos atores sociais, no qual se apresenta como uma certa vantagem para determinados sujeitos “ser de rua”, para conseguir a dose prioritária. Essa situação se apresenta como mais uma forma latente de violência estrutural que subjuga as vidas das pessoas que vivem nas ruas (FARMER, 2017; TOLEDO, 2020).

No decorrer do dia de vacinação, inúmeras pessoas passaram pelo nosso umbral itinerante, experimentando diálogos e percepções adquiridas somente pelas tentativas de se fazer uma boa etnografia (PEIRANO, 2014). Nesses encontros, em que se atinam as divergências de cada vida ao se deparar com a escolha de se vacinar, considerando toda a tática governamental de burlar a vacinação (VENTURA, 2021; DUARTE 2020), foi que se fincou vozes de notícias falsas perante a população.

O primeiro contato que tive foi com o Thiago Marcos. A equipe do CnR prontamente o identificou. Inicialmente, Thiago disse que já tinha tomado a vacina e, no meio da conversa com a equipe, argumentou que já tinha se infectado com a COVID-19. Foi convencido a entrar no microônibus para fazer o teste, e sabendo que não tinha se vacinado, as enfermeiras insistiram mais um pouco, e este confessou que não iria tomar a vacina, pois fez uma promessa para sua mãe que tinha muito medo de que ele tomasse.

Nesse ínterim, apareceu Adalberto, evidentemente transtornado – sob efeito de bebida ou drogas – conforme suspeita da equipe. Entrou no automóvel pedindo para analisar o frasco da vacina e saiu gritando enquanto corria na orla que “não iria tomar pois não era segura, não tinha o selo de InMetro nela!”, seguindo seu rumo. Poucas horas depois, encontramos ele novamente, que foi tranquilizado pelo Tiago, um senhor de meia idade que dialogou conosco (já citado no capítulo 1), que vive em situação de rua e conseguiu convencer quatro pessoas a se vacinarem, incluindo o Adalberto.

Em um dos atendimentos, nós direcionamos a barraquinhas montadas na orla, por entre a vegetação praiana e a avistamos um grupo de três pessoas que estavam deitadas. Antes mesmo de chegar ao local, Letícia, já conhecida pela equipe, começou a gritar: “NEM VENHAM! Não vou me vacinar, Bolsonaro disse que não era p’ra gente se vacinar, essa vacina mata pobre, e

deixa os ricos vivos, não vou tomar essa vacina não, o presidente disse que não era p'ra tomar! Não quero saber!”. Após o alvoroço, a equipe disse que não se preocupasse, que ninguém seria obrigado a se vacinar, mas que seria bom para não pegar o vírus. Nessa fala, Jonas, um rapaz esbelto que estava ao lado de Letícia, declarou: “moça, a gente quer morrer, como vamo' tomar uma vacina p'ra proteger se a gente quer morrer”. E Deividson, que também estava com eles, recusou-se a tomar a vacina pois “tomar uma dose de cana resolve”.

Atenta-se para as inúmeras diversidades e complexidade que cada encontro fomenta, evocando o reconhecimento dos múltiplos universos que convergem na rua, refletindo o descaso nas informações falsas disseminadas pelo Governo Federal (VENTURA, 2021; DUARTE, 2020) e a corporificação dos nossos tempos lúgubres.

Observei que o vínculo é bastante importante, seja no reconhecimento dos sujeitos pela equipe, seja dos próprios indivíduos entre si, que em uma relação de confiança, adquire destemor de tomar a vacina, justamente pelo ato de aprovação do outro, que tomou também. Tais vínculos inferem diretamente na efetividade dos encontros, criando-se pontes de articulações por entre as frestas possíveis e permitidas entre os pacientes (FRANGELLA, 2004; DE LUCCA, 2007; SCHUCH, 2012; RUI, 2014; MARTINEZ; FELTRAN, 2016).

Nesses encontros, a pergunta norteadora dos questionamentos sobre a vacina eram como iriam tomar a segunda dose, na qual ficou acertado que, quando chegasse a data, mais ou menos em agosto, o CnR iria aplicá-la, seguindo a lista que estava em suas mãos, checando cada aplicação de vacina e cadastrando os novos pacientes. Outra preocupação estava relacionada à ingestão de bebida alcoólica durante e depois de se tomar a vacina, apesar da equipe afirmar que não teria problema algum no consumo do álcool e na aplicação da dose, alguns não se convenceram e desistiram. O medo da agulha e da reação da vacina assustaram alguns que deixaram de tomar a vacina, mesmo os profissionais afirmando que a vacina Pfizer era a que menos causava reações, tal justificativa foi a razão dela ser a escolhida para aplicação desse grupo prioritário.

Apesar das minuciosidades explicitadas, vários outros pacientes por demanda espontânea foram ao local, fizeram o teste rápido e, após o negativo, tomavam a vacina, agradecendo e comemorando a imunização.

A utilização de máscaras pelos transeuntes já não era perceptível desde o início do campo, não só o grupo focal da pesquisa, como qualquer um que caminhava na paisagem urbana, somente utilizavam os EPIs os profissionais atuantes.

A vacinação contra a COVID-19 prosseguiu também na rotina das equipes do CnR que, em alguns dias da semana, foram acompanhadas pela equipe da imunização, seguindo a van e

realizando o trajeto dos seus pacientes. Conforme o Portal da Transparência, até o momento, foram aplicadas 1.055 (mil e cinquenta e cinco) vacinas contra COVID-19 na primeira dose, 472 (quatrocentos e setenta e dois) na segunda dose e 32 (trinta e dois) da terceira dose além de 37 (trinta e sete) vacinas de dose única nas pessoas que aceitaram ser imunizados, reforçando o evidente declínio das medidas imperativas de combate ao vírus, com ausência de – pelo menos – metade dos sujeitos que vacinaram a primeira dose, sem tomar a segunda.

Nota-se assim, consoante o histórico epidêmico apresentado pelo vírus do HIV/AIDS que, em um dado momento, a doença produziu uma certa normalização no imaginário social, que considera a covid como uma doença *do outro* (KNAUTH, 1998, p. 197) ao afirmarem que “é uma doença de rico”, na verdade, a COVID atualmente está mais propensa a compreensão de uma pandemia que atinge, eminentemente, os grupos mais expostos às desigualdades socioeconômicas (NOIS - PUCRIO, 2021).

3.2 Desafios e Estigmatização do cuidado de pessoas em situação de rua

Perdura na sociedade atual uma concordância ante a traços eminentemente pejorativos e dos perigos das pessoas em situação de rua, em que são taxados de inadequáveis, inferiores, preguiçosos, marginais, tornando-se necessário compreender quais as origens dessas estigmatizações sociais. Esses sujeitos são considerados como desconjugados socialmente, e por viverem nas ruas não são considerados parte dela, mas sim embutidos na paisagem urbana, de preferência distante, pois, fazer da rua – local perigoso e marginal – sua moradia acarreta sua própria simbiose com esses atributos, desumanizando-os.

As pessoas não olham p'ra cara da gente, não nos querem aqui, essas casas daí da frente, o pessoal tudo rico, nos tratam como um estrume que fede, ou pior que isso, somos humanos! Um dia desse ‘tava tendo uma rave, uma festa na casa aí da frente... O que nos salva na semana é o pessoal do padre zé, mas domingo, domingo a gente passa fome, então ‘tava passando fome e fui pedir comida a eles, vi que eles ‘tavam levantando umas cervejas heineken e quando fui pedir, eles fecharam todas as janelas, pensei que na última, eles iam jogar um petisco, alguma coisa assim, mas nada, foi pior que uma facada pra mim, nem os dono de bar e barraca aqui querem saber da gente, querem que a gente saia. (Tiago, enquanto estávamos na Orla de Tambaú, fora no microônibus).

Toda essa descrição de posturas que desvalorizam a vida dos “*descartáveis*” é o que Butler (2020) apresenta ao definir vida precária, aquela que não é digna de viver. Para a autora, vida precária se reveste no singular e global – o que deve ser precário na vida de outra pessoa – para precariedade a partir da vida em si mesma como um tipo de fragilidade existencial da experiência humana, em uma perspectiva mais normativa do questionamento.

Diferentemente, Fassin (2016) toma a precariedade a partir de uma perspectiva antropológica, em que considera o plural dessas vidas, diferenciando seu método, reafirmando seu compromisso etnográfico sobre qual é o tipo de vida que está sendo considerada dentro do trabalho político humanitário. Ele dividiu em duas formas referenciais. A primeira perspectiva de análise é “a sociológica e se relaciona à desigualdade no valor das vidas: o fato de que algumas vidas são empiricamente menos valoradas é o que as torna *precárias*” (Fassin, 2016, p. 26). Incluídas nessas vidas, os grupos mais vulneráveis, os pobres, os imigrantes, os refugiados, as pessoas que vivem nas ruas, todos aqueles que são enquadrados dentro de uma política dita humanitária. A segunda análise é a etimológica, que diz respeito ao próprio sentido da palavra “precário”, que quer dizer “aquilo que se obtém por meio da prece”, o que é dado após pedido de súplica, o que traz um significado considerável nas questões humanitárias.

Assim, segundo Debora Diniz (2016), tanto Butler como Fassin pensam a vida e os marcos de reconhecimento das vidas, o que os difere é a perspectiva: Butler descreve como políticas de precarização e Fassin considera como políticas da vida.

Ao percorrer os trajetos juntos com o CnR, era comum os diversos ataques verbais de “cidadãos de bem⁶²” (COSTA, 2021) ao longo do percurso, principalmente quando estavam dentro de seus veículos ou longe da van, fazendo gestos negativos e exprimindo-se em tom alto de voz. Uma das cenas se repetiu enquanto as equipes realizavam os atendimentos no bairro dos Bancários, um carro passou e um homem de meia idade gritou: “vão vacinar os trabalhadores!!!” e outras palavras inteligíveis, enquanto a equipe do CnR estava em atendimento, aplicando as primeiras doses da vacina contra a COVID-19.

Não só na rua, como também nas postagens no Instagram Oficial da Prefeitura de João Pessoa, quando o conteúdo foi sobre a aplicação da vacina no grupo prioritário da população em situação de rua. Em uma ligeira etnografia virtual, a postagem gerou incômodo a alguns internautas, dos quais anexaram comentários depreciativos e inferiorizando a sua colocação de grupo prioritário sob as demais categorias. Contradizendo assim a ampla comoção social formulada no início da pandemia, subjetivadas a partir da campanha *fique em casa vs estar vivendo nas ruas*.

Atualmente, com o intento de combater esses males, o Padre Júlio Lancellotti, da Pastoral do Povo de Rua de São Paulo, em suas redes, passou a divulgar constantemente as

⁶² Costa (2021, p. 8) elucida perfeitamente o significado desse termo em seu artigo: “[...] não se trata de um sujeito concreto, mas de uma figura de linguagem, uma representação discursiva que visa conferir legitimidade a determinadas práticas sociais e, portanto, com a qual diferentes sujeitos podem se identificar. A força dessa representação deriva da capacidade de ocultar contradições e problemas que lhes são constitutivos ao mesmo tempo em que reforça preconceitos e hierarquias sociais historicamente constituídas.”

ações de “Aporofobia”⁶³, que são práticas de aversão e ódio aos pobres, direcionadas principalmente às pessoas que vivem nas ruas. Esse conceito foi criado na década de 1990 por Adela Cortina, em que a repulsa vem exatamente da situação de miserabilidade que os sujeitos se encontram. Essas práticas estão expostas em gestos e espaços, como no caso das arquiteturas hostis que impedem a permanência da população em situação de rua em determinados prédios que são projetados para dificultar – ainda mais – a sua vida nas ruas.

É relevante localizar as pessoas em situação de rua como um retrato da violência e desigualdade estrutural (FARMER, 2017) do sistema capitalista, explicitando os reveses sociais da sociedade de consumo que individualiza e cerceia a promoção coletiva dos que precisam, carregando em seus próprios corpos o efeito de uma sociedade barbara (CURVO; MATOS; SOUSA; PAZ, 2017).

Tais circunstâncias conduzem essas pessoas à estigmatização, prendendo-as a amarras da culpabilização individual de sua condição, por meio de ações que corroboram com o rebaixamento social dessa população, como esclarece Goffman (1988) ao exprimir a ideia de estigma.

O termo vem da Grécia, sob a tradução de “marca” e é carregado de atributos depreciativos do outro. Na análise do autor, ele determina-o como um atributo dentro de uma relação social, em que a pessoa estigmatizada contrapõe as normas sociais de outra, esta última inserida no padrão desejável de aceitação. Assim, a estigmatização, pode mudar conforme a exposição dada às características do sujeito, o autor divide essas características entre: desacreditado e desacreditável. Ambos os indivíduos possuem características opostas aos ditos “normais”, a divisão se dá pelo conhecimento da sociedade. O desacreditado possui atributos conhecidos e explícitos; já o desacreditável, é o que possui esses atributos de forma oculta. Ambas as realidades podem ser detectadas para auferir a relação entre os estigmatizados e os normais. Então os ditos normais construiriam uma teoria do estigma, a partir de uma ideologia para explicar a inferioridade das pessoas com um estigma e para ter o controle do perigo que ela representa, acreditando que alguém com um estigma não é verdadeiramente humano.

Frisa-se que, no imaginário coletivo, é fundamental a conservação do sujeito estigmatizado para se perpetuar as práticas alegóricas de controle social. A categorização de desvalor (“anormal”) do estigmatizado só tem atribuição valorativa quando vai de encontro com

⁶³Aporofobia: conheça o significado da palavra usada em campanha por Padre Júlio Lancellotti no país. 10 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/12/10/padre-julio-lancellotti-faz-campanha-contra-a-aporofobia-no-pais-conheca-o-significado.ghtml>. Acesso em: 16 de dezembro de 2021;

o “normal”. Quando o sujeito identifica essa estigmatização, ela afere sentido total a toda a sua pessoa, como assinala Goffman (1988, p. 17) “a vergonha se torna uma possibilidade central, que surge quando o indivíduo percebe que um de seus próprios atributos é impuro e pode imaginar-se como um não portador dele”.

Submetida a diversas formas de violência e discriminação cotidianamente, as pessoas em situação de rua vivenciam o real significado da estigmatização apresentada por Goffman (1988), que gera uma perspectiva de viver subalterno para o estigmatizado, com as expectativas da sociedade que já age dentro dos padrões pejorativos para com suas ações. Essa constatação de desacordo com os parâmetros “normais” se aprecia em simples gestos de reprovação.

Consoante Sousa (2012, p. 72), que produziu uma tese com pessoas em situação de rua e a construção das suas identidades, discute, em sua pesquisa, o conceito de estigma desenvolvido por Goffman (1988), e assinala que:

ao longo da história, as representações negativas associadas aos indivíduos em situação de rua passaram por diferentes significações, de modo a posicioná-los como o contrário dos elementos socialmente valorizados, confirmando, assim, a superioridade dos demais indivíduos.

Os sujeitos que vivem esse estigma, quando se relacionam com ‘normais’, enfrentam humilhações e rejeições, que os traumatizam e os subordinam às margens da sociedade, o ser estigmatizado é categorizado como um ser abjeto (RUI, 2012), um sujeito inacabado e menos humano. É nessa relação com a sociedade que o CnR intervém nas formas de abordagem:

Muitos têm resistência no primeiro atendimento. Às vezes já sofreram preconceito, já tiveram atendimentos negados em outros locais, e aí, muitas vezes, quando a equipe do consultório chega, ele já meio que fica sem entender “como é que tem agora uma equipe vem me atender onde eu estou?”. Ele que, muitas vezes, já foi em outro espaço e não foi atendido. E aí, é muito nesse sentido, de que a equipe está lá para cuidar, que tem outras questões que aí a gente não conversa no primeiro atendimento. É mais em relação ao cuidado mesmo e na construção desse vínculo. É quando vemos as necessidades deles, muitos negam o nome, e a gente já teve um paciente que negou o nome por um ano. E depois de um ano, ele disse “olhe meu nome não é esse que eu estava dizendo, esse não é meu nome verdadeiro, é outro” e é isso, é a construção que a gente vai conquistando.

Apesar da garantia do acesso à saúde, ainda se observam os impasses nos demais atendimentos, considerando aqui todas as formas de serviços Estatais, com ambientes hostis, permeado de comportamentos antiéticos e preconceituosos na intenção de afastar, cada vez mais, essas pessoas para fora dos serviços, fabricando momentos de tensões e conflitos.

Nos dias que seguiram, fomos atrás de Tiago na Orla de Tambaú, localizamos sua barraca que ficava entre a vegetação nativa e, ao chegarmos lá, deparamos com duas mulheres, cerca de 30 anos cada uma. A equipe se apresentou e perguntou por Tiago, desconfiadas e silenciosas, elas não queriam dialogar muito, afirmaram que quando chegaram lá a barraca já estava vazia. Uma das profissionais perguntou se queriam atendimento e declarou que estavam com medo, achando que alguém do Estado que iria repreendê-las, pois – supostamente – estavam sob efeito de drogas. Em seguida, uma delas confessou que estava grávida, vinha de Salvador, mas tinha família no município do Conde. Porém, causava-lhe “fadiga” ficar na casa com eles. Ela disse que gostava da rua, da solidariedade, disse que sua família era pobre, que se faz de rico que odeia pobre. Que as pessoas deveriam ser mais humildes e olhar para as pessoas, dando um verdadeiro discurso. Todos da equipe concordaram com ela e uma das profissionais pegou seus dados e suas informações sobre por quais trajetos ela percorre, para que ela inicie o acompanhamento pré-natal.

A concepção de Goffman (1988) nos traz importantes aportes para pensar o relato acima transcrito. A negociação de performances produzida pela pessoa em situação de rua em um momento em que foi pega de surpresa pela equipe e as interações que são delineadas pelo próprio estigma existente na relação. Como forma de proteção, primeiro se oculta, e, posteriormente, revela-se quem é e suas locuções. Consoante Sousa (2012, p. 41), embora não tenham total domínio sobre as situações, o desenvolvimento dessas racionalidades específicas delinea formas de atuar e redes de interação típicas de ordens peculiares de vida.

É necessário que se alonguem as estratégias que eliminem as formas de preconceitos nos serviços, para um suporte ao paciente de forma empática e humanizada. Muitos são os desafios e a complexidade dos atendimentos, apesar das aproximações com os agentes não produzirem efeito no dia a dia, como se demonstra em um dos relatos do profissional da equipe:

Essa questão do preconceito é tão forte que chega até os profissionais também, que ‘tá no serviço, que conhece o CnR e sabe que trabalha com PSR, mas se faz de desconhecido, pergunta se é ONG, se é um familiar que está acompanhando o usuário e a gente vê que é questão de preconceito, que vai além da ética profissional, é muito difícil. Nós fazemos o trabalho de sensibilização há anos, mas, como há muita rotatividade nos serviços, é um trabalho que tem de ter constância e continuidade. Já estamos conversando com os hospitais, para ver novos momentos de conversa com os profissionais. É uma situação que, por mais que a gente tente, sempre irá existir esse preconceito.

Os profissionais de saúde do CnR são o que estão “no nível” da rua, são os que tem contato direto e padecem das imposições institucionais e da precariedade de suas condições de trabalho, realizando um trabalho isolado dos outros serviços, como se fossem apartados em consequência de sua “clientela”, como se fossem reflexo da estigmatização de seus pacientes.

Tal sensação se dá justamente pelas dificuldades de articulação, pelo preconceito dos agentes que atuam nos serviços públicos, como também pela ausência de recursos e melhorias no serviço, sendo pretérito à rede de saúde ordinária.

Desse modo, quando se fala de estigmas, tem-se como uma forma de violência constantemente vivenciada por esse grupo populacional, visto que estar na rua é uma forma de violência, por parte da sociedade. As vivências no campo demonstram as intensidades dos encontros e da violência rotineiramente presenciada nos atendimentos, sejam elas sutis ou mortais. Um dos dias de campo que mais me desestabilizou, atravessando-me pungentemente, foi o momento que a equipe de CnR direcionou-se ao Instituto de Polícia Científica – IPC, transcrevo o relato a seguir feito no diário de campo:

Estou surpresa em descobrir que o CnR também cuida do enterro dos mais próximos, daqueles que criam vínculos. Após os atendimentos da agenda, fomos ao IPC (antigo IML), para pegar as documentações de Wiker, que foi assassinado à pedrada na terça (08/06/2021). A equipe fez questão de realizar todo o trâmite burocrático para a sua certidão de óbito ser impressa com seu nome, já que ele era muito querido. Ao me ver impactada com o atendimento realizado, a equipe disse que não era a primeira vez, que já tiveram vários enterros, disse que é a parte mais triste, pois essas pessoas “só tinham a gente”. Ao chegar ao IPC, fomos informadas que seria necessário passar na Central de Polícia Civil, que fica próximo dali, para colocar o nome dele no lugar do “indeterminado”. Ao chegarmos, a equipe retirou a xerox da documentação pessoal de Wiker, que ficava no prontuário (é comum o CnR ficar guardando documentação dos pacientes dentro prontuário, pois há um índice enorme de perda de documentos) e, fomos avisadas de que era necessário falar com um dos delegados. Assim, direcionamo-nos para a outra sala, e uma das profissionais da equipe foi interpelada sobre o acontecimento por uma delegada, afirmando que queria resolver o caso e, se possível, gostaria da colaboração da equipe. Ao sair, no retorno à Sede, conversamos sobre o acontecimento e sobre o fato de que a presença do CnR junto com os policiais seria uma total ruptura dos vínculos estabelecidos naquela área.

Esses enterros, representam as mortes na rua que não foram esquecidas. A violência, que é constantemente visível para essa população, corrobora com os estigmas de descartável e perigosos, considerando o seu lugar no espaço público como inoportuna. Como De Lucca (2016, p. 28-29) aciona, o que se retrata como perturbação pública são as próprias vidas, ao contrário das mortes, que são toleradas. Ante o exposto, em sua pesquisa, ele afirma:

Particularmente entre os moradores de rua, os enterros são muito valorizados, pois reconhecem e consagram cerimonialmente uma morte cuja existência foi desconsiderada quando em vida. [...] Por isso a identificação do corpo é muito importante, faz com que pelo menos em morte o sujeito seja reconhecido como tal, tenha nome, seja “alguém”, e não um indigente indiscernível, cuja partida passa despercebida.

Os enterros realizados pelo CnR são atos de *rituais de humanização*, conforme menciona De Lucca (2016) quando cita os rituais de luto do Massacre da Sé. Evocando luzes para a humanidade e a existência corporal desses seres humanos, devolvendo-lhes à vida que foi e é que constantemente coisificada nas ruas.

Em contestação ao fardo estigmatizador, recordo aqui uma fala do Jozeval, quando estava na ação em alusão ao Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua⁶⁴, cujo serviços exclusivos à população de rua abrangia a aplicação da segunda dose da vacina COVID-19, o atendimento de saúde e odontológico e as atividades artísticas. Estava auxiliando em uma das atividades e ele se aproximou. Na conversa, perguntei se ele achava ruim chamá-lo de morador de rua, e em resposta, ele sorriu e disse que não ligava, gostava de ser “morador de rua”, pois nela tinha liberdade, liberdade para andar e viajar, mostrando-me uma carteirinha, que não consegui identificar, dizendo que circulava por entre várias cidades próximas.

Por fim, os emaranhados de vínculos firmados se dão muitas vezes por meio de comunicações pessoais, em desfavor das pactuações das redes. Apesar de eles serem a única escapatória para os atendimentos, essas articulações reduzem as práticas de intersectorialidade nas políticas de saúde, considerando que a Rede é tecida nesse delinear dos encontros e serviços que perpassa as variadas agências de cuidado.

Como demonstrado, o objeto do cuidado não se circunscreve ao cuidado da saúde estritamente biomédico, atina-se para a vida entremeada em seu contexto social, com seus desejos e adversidades. O propósito suplanta a “cura” das patologias, propondo-se ao desafio de um cuidado que consolide seus direitos e suas dignidades.

⁶⁴ Datado no dia 19 de agosto o Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua foi criado em homenagem e memória ao “Massacre da Sé” ocorrido em 2004.

Capítulo 4 – Itinerários do reversos em corpos sindêmicos

4.1 Itinerários terapêuticos em cinesia – a busca pelo mover do paciente

Neste capítulo serão tratadas as corporalidades e as sociabilidades (NASCIMENTO, 2016) vinculadas à saúde no decorrer da pandemia. Como assinala Hertz (1970), o corpo humano é, por primazia, uma expressão simbólica da respectiva sociedade. Assim, o corpo torna-se objeto de estudos antropológicos, mas não apenas como tal, na contemporaneidade Maluf (2001, p. 2 e 7) apresenta o corpo “dotado de agência própria, não apenas como receptáculo de símbolos culturais, mas como produtor de sentido”. Pensando o corpo a partir de uma produção social e não na perspectiva natural,

o corpo — é moldado e construído pela vida social, sendo os atos e as atitudes corporais um reflexo das representações sociais. Corpo não é um dado, mas é performado. É um conjunto de atitudes, de afecções, de modos de ser, de *habitus*.

Nessa dimensão corporificada da experiência de “estar” na rua e de atendimento de saúde na rua, compreende-se que não é apenas uma tática de sobrevivência ou de habitação, mas toda uma conjuntura específica de *se existir* nos espaços urbanos, entreposto por aspectos conduzidos para habitação/moradia e as relações de ausências que a abarcam.

Corpos cuja perda dos preceitos sociais e individuais de suas faces se arriscam de forma permanente por meio da sociabilidade rotineira do estar nas ruas, que ainda mais encontram-se ocupadas por grupos precários e abjetos (RUI, 2012), acrescentando à pandemia em um cotidiano de permanentes ausências aos desassistidos pelas políticas públicas sociais, econômicas e urbanas. Além de invisibilizados, objurgados pelo negacionismo social, em um exemplo claro, foi a ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos, que bem no início da pandemia exclamou:

apesar de não ter os dados corretos sobre quantas pessoas em situação de rua foram contaminadas com o coronavírus, acredita não serem muitos, já que “ninguém pega na mão deles, ninguém abraça morador de rua”⁶⁵.

Nesse contexto de abjeção, negligências e movimentações urbanas, os corpos desses sujeitos moldam o próprio itinerário de cuidado com a saúde (BONET, 2014), vulneráveis às possibilidades de adoecimentos e, por vezes, resistentes ao atendimento à saúde que o CnR

⁶⁵ Damares minimiza coronavírus em pessoas em situação de rua: “Ninguém pega na mão”. Carta Capital. Em 07 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/damares-minimiza-coronavirus-em-pessoas-em-situacao-de-rua-ninguem-pega-na-mao/>. Acesso em: 25 de maio de 2021.

oferece, como também aos percursos institucionais que lhes são ofertados.

Diário de campo

Manoel, cerca de 18 (dezoito) anos, alto, negro. A equipe do Consultório na Rua já tentou – por diversas vezes – a inclusão e a continuidade do tratamento dele nos CAPS⁶⁶ e casas de acolhida, porém, todas às vezes, principalmente quando consegue dinheiro, normalmente recebido por auxílios governamentais, ele desaparece e retorna às ruas e utiliza crack. Em um dos meus primeiros dias, um dos profissionais da equipe relatou que tem bastante dificuldade em aceitar o retorno de Manoel nas casas de acolhimento, pois ele já descumpriu a regra de não retorno, o que restringe o seu “recolhimento”, consoante as normas institucionalmente estabelecidas. Assim, a equipe do CnR trouxe a problemática de Manoel para reunião com todos os CAPS e Centro POP⁶⁷. Manoel é o mais novo de dois irmãos, sua mãe faleceu e seu pai mora no interior, a equipe tentou diversas vezes contato com os seus irmãos, os quais se recusam a ajudá-lo. A equipe afirma que ele não era usuário de drogas no início dos trabalhos, mas que agora, após recorrentes expulsões de casa, recorreu à marginalidade, e afirmou “*e como não ser?*”. Das vezes em que rodei com a equipe, a primeira vez que soube de Manoel foi dia 15 de junho de 2021, encontramos ele em uma casa de acolhimento. Estava com roupas folgadas, sem cinto, com as calças prestes a cair, sem conversar nada, nitidamente dopado de remédios, não quis muito diálogo conosco. Após isso, acompanhei a equipe para dialogar com a coordenadora do CAPS AD II⁶⁸ do Estado, a qual escutou e afirmou que iria recebê-lo, o que foi uma alegria para a equipe, conseguindo o encaminhamento. Na segunda vez que o reencontrei, foi no dia 13 de julho de 2021, fui com a equipe no centro POP II⁶⁹ para uma atividade cultural com Manoel, visto que ele gosta bastante de capoeira e de música. Então, paramos em uma praça, o agente social começou a tocar o berimbau e depois a jogar capoeira com ele, participei do alongamento, porém ele não fez, ficou nos encarando, sério e sem reações, com o agente social sempre o encorajando. Quando iniciou os movimentos da capoeira, ele se animou e participou da atividade até se cansar; depois, fomos deixá-lo na casa de acolhimento e, em outro dia, no dia 23 de julho de 2021, era aniversário dele e fomos ao CAPS AD II, ao qual o havíamos encaminhado, para buscá-lo. Todos que estavam na van contribuíram para comprar o bolo e fomos para uma praça na Torre, cantamos parabéns, e ele nem se recordava que era seu

⁶⁶ Centros de Atenção Psicossocial.

⁶⁷ Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua.

⁶⁸ Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, que fica no bairro da Torre – João Pessoa.

⁶⁹ Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua que fica no bairro de Jaguaribe – João Pessoa.

aniversário, não reagiu as cantorias de feliz aniversário, ficou atento quando repartimos o bolo e o comeu praticamente todo. O agente social pegou um pandeiro e Manoel começou a tocá-lo de forma plena, cantando e tocando no ritmo, e bastante concentrado, animando a todos com a sua música. A todo momento estava atrás de um determinado auxílio em que a equipe falava que não mais existia, pois, uma das profissionais da equipe afirmou “*quando ‘tá com dinheiro, ele some e reaparece em alguma rua, acabado e mais magro*”. E foi o que ocorreu pouco tempo depois que conseguiu um auxílio, não aquele que ele ficou insistindo, mas acabou por retornar às ruas e a utilizar crack, e o reencontramos na Praça da Paz, completamente alterado e estático, tinha em suas mãos um saco de pão e estava indo para um lugar mais reservado para comer, quando viu a equipe e não teve reação. Depois de inúmeras tentativas da equipe em iniciar um diálogo, ele afirmou que queria retornar para o CAPS, *me arruma um lugar pra dormir*, era só o que ele exclamava. Depois disso, não obtive mais notícias de Manoel. A equipe tem um carinho por ele, em todos os encontros há diversas tentativas de diálogos e formas para que o vínculo seja construído.

Os encontros com Manoel nós traz uma perspectiva importante sobre a experiência da enfermidade, e conforme nos apresenta Alves (1999), a experiência é o modo pelo qual a pessoa vivencia a situação de doença, com seus significados, seus percursos e a forma como lida com as circunstâncias. No caso de Manoel, conforme diálogos dentro da van, realizados no caminho para encontrá-lo, ele se enquadrava “biomedicamente” na CID⁷⁰ F19.2 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência, pelos relatos, a sigla “F19⁷¹” torna-se uma das principais causas de encaminhamento do CnR.

Todavia, para além do quadro biomédico, Manoel torna-se reincidente pelo contexto social para além de sua CID, a experiência relatada nos mostra como o seu caminho foi trilhado para a recusa ao acolhimento, mas, com a interlocução do CnR e escuta, há possibilidades de retorno ao tratamento.

Assim, apesar dos protocolos, fluxos internos e externos à Rede de Saúde, a experiência da doença apresenta um caráter fluido e nos mostra a complexidade para além da enfermidade. Como assinala Alves (1999, p. 115), “A configuração que o estoque de conhecimento assume a cada momento é determinada pelo fato de que os indivíduos não estão igualmente interessados em todos os aspectos do mundo ao seu alcance; antes, é o projeto, formulado aqui e agora, que

⁷⁰ Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.

⁷¹ F19 – Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Múltiplas Drogas e ao Uso de Outras Substâncias Psicoativas.

dita o que é relevante ou não na situação”.

A doença, conforme os autores supracitados, constitui-se como uma problemática, pondo uma ruptura na rotina, exigindo do sujeito atitudes para neutralizar a situação. Tais atitudes são, na verdade, a experiência geradora das quais o indivíduo busca resoluções e retorno à zona do cotidiano. Sendo, por vezes, ocorrências que estão fora do seu conhecimento, sendo necessária a busca de novas práticas para lidar, buscar e compreender o que se passa em seu corpo.

Todavia, na população-alvo do CnR, há um passo a mais, há a necessidade de conscientização do cuidado em saúde em uma realidade de pessoas vulnerabilizadas por diversos tipos de situações, por vezes, críticas, das quais são abordadas por trabalhadores de saúde no intuito de compreender o cuidado com a doença, seja preventivo ou em acompanhamentos longitudinais. Assim, o CnR abre as portas do SUS em caráter ativo, criando e buscando seus *não*-pacientes, criando seu itinerário conforme as demandas em estratégias de cada um dos seus pacientes, individualizando cada forma de se chegar.

Trata-se de um campo itinerante e ativo, continuamente deslocado e refeito pelos sujeitos no percurso de suas interações cotidianas, querendo, muitas vezes, resoluções rápidas para problemas profundos. A intersubjetividade é, assim, além de um dos princípios basilares do atendimento em Saúde Pública, um conceito que aponta para o presente vivido (ALVES, 1999), lugar em que as pessoas desenvolvem suas ações, à procura pela construção de vínculos e de fazer compreender o cuidado.

Deve-se levar em consideração o fato de que o cuidado em saúde não é somente a busca de tratamento e respostas da enfermidade, principalmente nos casos apresentados e experimentados pelos pacientes do CnR. Tais situações nos revelam o desenvolver desde a estratégia de abordagem até a resolução da aflição, estabelecendo redes sociais durante todo o processo de adoecer e/ou de cura (MALUF, 2002).

A ideia de experiência, em sentido antropológico e no trabalho apresentado, constitui-se em revelar a maneira como os sujeitos assimilam os percalços que a vida nos apresenta, situações essas que não devem ser deduzidas a um processo coerente e ordenado de ideias, símbolos, ações, representações ou agenciamentos. Conforme assinala Alves citando Jackson (1996, p. 16) “O conhecimento através do qual se vive não é necessariamente idêntico ao conhecimento através do qual se explica a vida”. O caráter fluido e em constante movimentação da experiência dificulta um pouco o seu conceito para os próprios antropólogos, que “buscam decifrar códigos operantes subjacentes às práticas, quase sempre de modo inconsciente, quanto àqueles que explicam as práticas pelas ideias ou representações expressas a posteriori pelos

atores” (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999, p. 16).

Retornando ao campo, observa-se que o ponto central em que se dá a experiência é o corpo.

A ideia de experiência enquanto modo de estar no mundo nos remete diretamente ao corpo, como fundamento de nossa inserção no mundo. É o corpo que fornece a perspectiva pela qual nos colocamos no espaço e manipulamos os objetos; pela qual os objetos e o próprio espaço ganham sentido para nós. É por ter um corpo – ou ser um corpo – que estamos situados, que somos irremediavelmente (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999, p. 12).

Assim, o corpo é o lugar em que se perpassa as inúmeras dimensões do viver, do devir (INGOLD, 2015; BIEHL, 2020). Como cita Alves (1996), as experiências passadas, as ações e como vemos na pesquisa os esforços e as estratégias para intervir na realidade. Esses fatores se somatizam em uma corporalidade representativa e singular de “ser no mundo”, segundo Rabelo, Alves e Souza (1999). Tem-se o corpo como a causa das experiências, ele faz parte do meio, alongasse pelo *locus* e conecta-se com o ambiente, meio, pessoas e coisas que interage. É por causa dele que possuímos o tato de dimensionar e mexer em coisas e como eles ganham significação para nós, assim, por exemplo, foi como Manoel interagiu com a equipe, por meio de objetos musicais e culturais (pandeiro e marimba), na tentativa de construção de vínculo e de uma forma de cuidado da sua saúde.

Em suma, é por ter um corpo – ou ser um corpo – que estamos situados, que somos irremediavelmente “seres em situação”. E não apenas “em situação”, mas seres continuamente voltados para ultrapassá-la, rumo a novos estados ou modos de ser (ALVES, 2016 p. 131).

O itinerário reverso do consultório na rua, dá-se primeiramente pela procura constante das pessoas que vivem às ruas (busca ativa). Seu principal compromisso é realizar um atendimento inicial de saúde e, a partir disso, estabelecer uma ponte entre a rede de saúde e a rua. Construir essa ponte é a maior força-tarefa da equipe, que investe continuamente em criar estratégias de vínculos, cujos elos são, na maior parte dos atendimentos, árduos de serem erguidos (muitas vezes por desconfiança de um serviço advindo do Governo). Porém, quando o são, permite que a equipe consiga realizar um acompanhamento longitudinal, como também para além da questão clínica, aprofundando as causas sociais do porquê estão nas ruas, contatando com os familiares e com demais serviços sociais que as instituições públicas dispõem no momento, evitando assim a descontinuidade do vínculo.

Consoante nos mostra Maluf (2002), a antropologia contemporânea nos traz aspectos inquietantes nas suas narrativas, podendo nos direcionar aos estudos da diversidade e

universalidade narrativa por meio de várias histórias de vida ou ir em busca dessas inúmeras histórias para condensá-las em uma representatividade de experiência. Em uma coletânea de vivências singulares e atendimentos na rua, o CnR percorre e atravessa pontos críticos de cada um dos pacientes que *escolhe* ser atendido, criando linhas-itinerários em cada percurso, com experiências que, por vezes, intrinca-se com as histórias de vida, transformando-as e dando novas significações.

São, sobretudo, as narrativas de vida que trazem mais fortemente essa dimensão de desvendamento ou de revelação da pessoa, dando um sentido a sua experiência. Em situações em que predomina o trabalho corporal, o corpo é lido como um texto que conta a história pessoal (MALUF, 2002, p. 74).

O intento desta investigação é buscar as narrativas de vivências e seus sentidos. Como no caso de Manoel, a busca ativa do CnR realiza intervenções atípicas em um contexto macropolítico, porém, situa-se em uma forma de atender uma população vulnerabilizada e específica, de se olhar o cuidado em saúde, de uma forma abrangente, dados seus determinantes sociais.

Diário de campo

Antônio, homem, quase senhor, de cerca de 40 anos, negro, ranzinza, utiliza a bolsa de ostomia. Veio a porta da sede do consultório na rua para ser atendido, estava sentido dor no local da fissura que encaixa a bolsa. Era próximo das 8h30, a equipe já estava se organizando para sair, os trabalhadores o reconheceram, encostaram em um local mais reservado para a realização do exame, a partir do que ele tinha acabado de relatar. Ao retornar, a profissional afirmou: *ele precisa ir ao hospital, já 'tá parecendo uma infecção, 'tá fedendo*. Sendo urgente a higienização, pois a ausência de higiene estava causando feridas. Ele entrou na van conosco e fomos em busca de atendimento.

Ele é de Bayeux, uma das cidades satélites da macrorregião de João Pessoa, disse que vai e vem constantemente. Assim, antes de entrar na van, uma profissional da equipe foi buscar seu prontuário, nele constavam diversas tentativas de buscar o Antônio para encaminhá-lo ao Hospital Edson Ramalho, pois é o Hospital de referência de João Pessoa para a manutenção das bolsas, todavia, ele se recusava veementemente a ir para esse Hospital. A equipe preferiu direcioná-lo a uma policlínica municipal, que fica em Jaguaribe, ou para Unidade de Saúde da Família – USF no bairro de Oceania, pois ele afirma que o atendimento do Hospital é *degradante e humilhante*, o que foi confirmado pela equipe, que já tinha problemas para regular

os seus pacientes para lá. Apesar de rodarmos em busca de outra via de atendimento, toda a Rede desaguava para lá, indicando que era o Hospital referência. Assim, ele insistiu em não ir no momento para lá, disse que iria depois, com a equipe da tarde. Então, a pedido do próprio paciente, ele foi deixado em um mercado público. E assim, seguimos viagem para o próximo atendimento.

Denominada *narrativas de doenças*, o antropólogo psiquiátrico Arthur Kleinman em seu livro de mesmo termo, *The Illness Narratives* (1988), focando em uma perspectiva mais clínica etnográfica, estudou casos focados na doença e seu sentido para o indivíduo que a carrega, buscando nos diagnósticos de doenças crônicas as diversas vozes e sentidos diferentes que a experiência da enfermidade tem, sustentando que adquirir conhecimento das experiências é substancial para aprendermos sobre a condição humana.

Nesse objetivo de interpretação antropológica, deve-se buscar as noções sociais vivenciadas pelos sujeitos. No caso de Antônio, as experiências de dor se desfazem em contraposição de enfrentar o mau atendimento dentro do Hospital, adentrando no aspecto social, os atendimentos institucionais – sejam em redes privadas ou públicas – afluem modos completamente diferentes à depender do meio social em que se apresenta, os corpos dos que vivem nas ruas, com as vestes, os cheiros, as falas, são identificados de pronto, sendo considerados corpos abjetos (RUI, 2012), sendo *recorrente*, como cita a coordenação do Consultório na Rua:

[...] O nosso maior problema é quando necessitamos encaminhar alguém para algum serviço na Rede de Saúde, que tem profissional que dificulta o atendimento, a gente constrói todo um trabalho na rua de mostrar o usuário a importância do acompanhamento do cuidado em saúde e alguns precisam realmente de um tratamento especializado e aí, quando a gente consegue encaminhar para o serviço especializado, muitas vezes, todo um trabalho de construção de vínculo, que é feito na rua em questão de minutos, é desconstruído no serviço, porque o atende mal, porque o profissional dificulta o atendimento [...].

O itinerário dos pacientes do CnR esbarrando-se nos estereótipos e na marginalização das pessoas vulnerabilizadas, sendo a porta de entrada do cuidado em saúde, o transpassar de pacientes em suas idas e vindas são contínuas, se dando justamente pelo receio dos indivíduos em passar por constrangimentos nos estabelecimentos de saúde ou por não confiar na “intenção” dos servidores públicos – por ações opressivas do Estado, mesmo uma profunda dor e aflição adquirida pela ausência de cuidados com o instrumento médico acoplado em seu corpo.

Como relatado, as análises sobre a experiência buscam nos significados do que faz a

doença e converte-se em sujeito, em vez de ser o objeto, pois não há doença independente do corpo. É a maneira de aparecer do objeto que constitui seu significado, por vezes submergindo fluxos e importâncias opostas ao que se faz pensar o senso comum. Segundo Alves (1996), p. 142), “nesse sentido, agir, ser afetado, pensar e sentir são fenômenos que caminham juntos no desenvolvimento de processos de adoecimento e tratamento. O corpo abriga uma complexa configuração de tensões e conflitos que precisam ser enfrentados”.

Assim, não podemos limitar o Itinerário Terapêutico somente às experiências vividas no tratamento da enfermidade, deve-se perceber quais interesses e ressonância em sua forma de lidar com a dor e a doença tem nas relações e nos fluxos das ações que caminham conjuntamente com eles.

A contínua resistência dos profissionais de saúde no atendimento digno aos pacientes do CnR que, em sua maioria, já são vulnerabilizados e marginalizados em seu cotidiano, mostra uma lacuna imensa nas relações que interligam a Rede de Saúde, prejudicando a continuidade nos cuidados longitudinais.

Considerando essas experiências – que por si só já demonstram as formas específicas e singulares de se integrar aos fluxos do Sistema Único de Saúde – o antropólogo Bonet (2014) contextualiza a teoria de “malhas” do antropólogo escocês Tim Ingold (2015) nas itinerâncias dos pacientes dentro dos fluxos e contrafluxos da rede de saúde, englobando as ideias de “fluxos abertos” de vidas e histórias que estão em contínuo movimento.

Esses sistemas (de vida e de saúde) delineiam os sujeitos e os condicionam, limitando suas possibilidades de cuidado da saúde, mas como João Biehl (2020, p. 14) assinala “(...) não aniquilam suas possibilidades de desvios e fugas se ouvirmos de perto, com atenção e persistência, reconheceremos contra conhecimentos e contra condutas nas iterações desiguais do capital, da tecnologia e dos marcadores sociais da diferença”.

Na pesquisa apresentada à atenção às práticas desenvolvidas para lidar com a doença em um contexto relacional entre população vulnerabilizada e profissionais de saúde especializados em atendê-los, faz-se essencial para o estudo a compreensão de que o itinerário é um envolvimento ativo na situação prática em um período marcado a longo ou curto prazo, é um processo de aprendizagem sobre seu corpo, sobre si e sobre os caminhos que se percorre para a “cura”.

Nessas zonas de fluxos dentro do SUS, há protocolos e caminhos específicos, dependendo do diagnóstico, da doença, da emergencialidade e, no caso em questão, do grupo socialmente vulnerável (nas ruas). Como assinala Ingold, esse movimentar-se pela rede não possui um *lugar*, mas projetam histórias, prontas para serem contadas. “Assim, os lugares são

unidos pelas histórias de seus habitantes” (BONET, 2014, p. 17).

A tese ingoldiana traz o conceito de movimentos em espaços fluidos (*malhas*), correntes de atividades que se desdobram em um sistema de relações, integrado pela existência corporificada em um dado ambiente. Assim, o ponto central da discussão que o antropólogo escocês nos traz é compreender os processos da vida a partir dos seus movimentos, a partir do *devir*, que se projetam em linhas da vida e que se projetam enquanto se “vive a vida” (BONET, 2014; INGOLD, 2015).

Isto posto, Bonet propõe uma alteração ingoldiana nos itinerários objetos de estudos antropológicos, trazendo a noção de “itinerários na busca de cuidado”, pensando os itinerários como procedimentos em aberto, constantemente em fluxo, submetidos a contínuos rearranjos criativos dos pacientes e trabalhadores de saúde enlaçados nestes emaranhados rotineiros da vida.

Cabe destacar que a concepção de cuidado nos termos apresentados por Bonet é compreendido como uma categoria simbólica, considerando o entendimento no âmbito dos profissionais de saúde aqui expostos, tratando-se de intelecção divergente da qual os pacientes entendem como cuidado.

Trazendo a antropologia do “devir” como bem assinala Biehl (2020), na qual acolhe a incompletude da vida e o contorno temporal que o olhar antropológico se debruçou, reconhecendo na narrativa apresentada como o saber e o poder estampam os corpos, as identidades e os sentidos, e como essas vulnerabilidades e desigualdades esculpem a vida do sujeito no mundo como tal.

Diário de campo

15 de junho de 2021

A equipe toda desceu da van (menos o motorista), em um calor insuportável, para ir ao mercado público de Cruz das Armas. Deixou os papéis de marcação de consulta e exame com uma senhora que é dona do bar em que o paciente frequenta, os profissionais conversaram com a senhora instruindo sobre a documentação dada, a senhora afirmou que “*ele foi para a consulta marcada pra hoje*” e que iria aguardá-lo mais tarde. A visita foi bastante rápida, depois retornamos para a van e seguimos viagem.

Diário de campo

14 de junho de 2021

Já no fim do expediente da equipe, fomos ver o Igor, passamos na Praça Pedro Américo,

popularmente conhecida como “Praça da Gala”⁷², a van ficou estacionada em frente ao Teatro Santa Roza. Duas enfermeiras e eu descemos do automóvel, localizamos o Igor e fomos em direção a ele. Estava sentado em um batente de uma mercearia fechada, com um caderninho na mão. Ao nos avistar, reconheceu as profissionais e sorriu.

Nesse ínterim, enquanto caminhávamos em sua direção, contaram-me sua história. Ele nasceu e morava no Rio de Janeiro, possui um quadro diagnosticado de esquizofrenia⁷³, o CnR do Rio de Janeiro entrou em contato com o CnR de João Pessoa avisando da sua presença aqui, contando que ele possui família (mãe) e era paciente recorrente deles.

Igor, cerca de 30 anos, negro, carioca, de voz suave e bastante afável, afirmou que “*já já estava indo para casa*”, pois sua esposa estava aguardado. As profissionais perguntaram da moça e quando é que ele iria voltar para a casa do Rio de Janeiro. Ele disse que não podia, por conta da sua esposa e desconversou. Assim, as meninas avisaram que vão deixar o seu medicamento (que é controlado) em um hotel que fica também nos entornos da Praça. Após nos distanciarmos, elas confessaram que essa esposa do Igor é fictícia, que a mãe dele já veio em busca dele para tentar levá-lo de volta, sem sucesso. As profissionais apertaram a campainha, esperaram a recepcionista do Hotel Paradise chegar, que logo as reconheceu e pegou uma sacolinha cheia de remédio controlados. Elas perguntaram se Igor estava tomando direitinho a medicação e ela disse que sim, “*todo dia ele aparece aqui e toma*”. Depois de algumas semanas sem reencontrá-lo, pergunto se a equipe que o atende tem notícias sobre o Igor e as profissionais afirmaram que a mãe dele veio novamente para João Pessoa e conseguiu levá-lo para sua cidade de origem.

As formas de ação de saúde do CnR se estendem para além dos ditames clínicos, usualmente utilizados nas Unidades Básicas de Saúde “fixas” territorialmente, sendo consideradas como ações de cuidado em saúde, enquadrando-se nas descrições sobre itinerários na perspectiva de Bonet. Nessa forma de *cuidar*, integram-se estratégias que mobilizam além da equipe multidisciplinar, as relações sociais que circunscreve o paciente. O cuidado “metafórico” aqui envolve a comunidade, o espaço de saúde amplia-se para uma *dimensão política das ações cotidianas do cuidar* (BONET, 2014, p. 75).

O peso da doença somatiza-se com os demais enfrentamentos de sobrevivência dessa população vulnerabilizada, o que acaba “minimizando” a aflição, dadas as ausências de necessidades básicas, como comer, beber e tomar banho. O interesse na saúde só começa quando há possibilidade de romper com suas andanças (seja pela dor ou pela não possibilidade

⁷² Nome dado por consequência de a área ser utilizada como ponto de prostituição.

⁷³ CID F20 – esquizofrenia.

de locomoção). O rompimento do trajeto pela corporalidade – parar para se dedicar aos cuidados à saúde, necessidade que vai além do limite comum.

Os caminhos do cuidado são trançados a partir do instrumento da *escuta* (termo amplamente utilizado na área da saúde, principalmente na psicanálise). A partir da escuta, constroem-se novas práticas de cuidados em saúde, estabelecendo vínculos e formas de lidar com o contexto de fragilidade que o paciente vive.

Percebe-se uma confluência nos conceitos de itinação e malhas nos atendimentos realizados pelo CnR, visto que ambos possuem como alicerce a noção de movimentação mais dinâmica dos pacientes dentro da rede do SUS. A relevância aqui destacada se dá entre o serviço (CnR) e os pacientes (PSR), que vivem em constante movimento (itinações), por toda essa extensão encontra-se elementos para elucidar as ações que compõem as estratégias do cuidado, como bem citado no capítulo 1.

Há um campo de possibilidades que forma o itinerário, não é produto de um protocolo já determinado, é um processo no qual as escolhas são analisadas e, quando se inicia, é que as ações poderão ser interpretadas na situação de *práxis*, podendo alterá-las conforme o objetivo desejado. Como assinala o autor:

[...] propõe-se uma passagem do conceito de itinerários terapêuticos para o de itinação em busca de cuidados [...] itinação sugere um movimento ao longo de linhas de vida, um movimento que implica improvisação e criatividade. Improvisar é “seguir os modos do mundo à medida que eles se desenrolam, e não conectar em retrospecto, uma série de pontos já percorridos” (Ingold, 2012b, p. 38). Improvisar é juntar-se ao mundo. Assim, as linhas ao longo das quais se vive a vida não preexistem, senão que se criam ao se movimentar pelo mundo; criam-se nesse improvisar. Essa improvisação se dá em um ambiente, que é o que cerca uma coisa; esse ambiente aparece, então, como um emaranhado de linhas entrelaçadas que Ingold chama de malha (BONET, 2014, p. 341).

Nessas linhas da vida é que se formam as malhas dos atendimentos do CnR, que se sintetiza no constante acompanhar os movimentos dos indivíduos, essas itinações e as malhas permitem-nos enxergar os fluxos e linhas nas suas pluralidades. Permitindo o olhar nas relações traçadas durante o percurso, linhas construídas para além das entidades, sejam do próprio serviço, pacientes, equipes e trabalhadores do SUS, desenhando malhas segundo a forma de agenciamento e improvisações.

A itinerância realizada pelo CnR segue inversamente proporcional ao itinerário terapêutico comum dentro do atendimento do sistema de saúde. O CnR perpassa os caminhos em que seus pacientes percorrem, utilizam de semelhantes movimentos para ir ao seu encontro,

em sua busca ativa. Os pacientes – normalmente – se permitem os tratamentos contínuos, dependendo do caso, e há necessidade de acompanhá-los em consultas especializadas dentro da rede de saúde, mas – nos casos apresentados – acontece só quando há extrema necessidade, o *“limite de dor é quando os paralisam e os impedem de seguir seu cotidiano”*⁷⁴.

Dessa forma, conhecer as histórias e todo o meio em que o paciente vive, tanto as vulnerabilidades sociais quanto as vulnerabilidades em saúde que os afligem nos permite refletir sobre quais métodos e espaços podem produzir encontros de cuidado, de forma efetiva e afetiva. Para além do cuidado clínico (políticas e serviços), é necessário pensar no acesso à informação em saúde, estimulando a autonomia desses pacientes, tornando-se corresponsáveis pelo seu cuidado de um modo geral.

Com a proximidade estabelecida, é possível a criação de vínculos com a pessoa, o corpo a corpo, linguagem, aproximações, corroboram para construir o canal de escuta, como já pincelado, é um instrumento bastante utilizado no espaço psicanalítico que fora ampliada do consultório para todos os profissionais que atuam na saúde pública brasileira. Tal prática predetermina as ações que poderão surgir daquele entremeados de linhas. Ações não apenas dos seus sintomas, mas de sua particularidade enquanto ser, de suas aflições.

Em contraposição ao modelo médico hegemônico, essa abertura para novos saberes e métodos compuseram a base dos princípios da transdisciplinaridade e intersectorialidade que fomentam a ideia de rede de saúde atualmente. Essa prática em agir no território é que marca a criação de uma modalidade clínica – unidade de saúde – que se efetua no movimento, fora dos consultórios, caminhando pelos territórios, incluindo aqui outros profissionais para além da saúde, como o agente social (antigo cargo de redutor de danos).

Dentro da proposta da intersectorialidade, o CnR é um dispositivo que costura as itineirações das pessoas em situação de rua dentro das malhas de saúde, no sentido mesmo de potencializar a interlocução desses canais institucionais com a rua, por isso dizem que esse arranjo faz pontes, no caso teórico em questão, o entrelaçamento das linhas.

Nesses deslocamentos pelo sistema de saúde, os usuários vão estruturando o próprio sistema, o que frequentemente não coincide com a estrutura que os gestores pensaram para ele. Em outras palavras, ao se movimentarem pelo serviços, os usuários tomam decisões e, com elas, vão construindo uma história (BONET, 2014, p. 335).

A tarefa de convencimento e de cuidado explicitada nos relatos tem como objetivo abrir o fluxo na malha burocrática, a sua abertura indica que o indivíduo – caso se “ajuste” aos

⁷⁴ Fala de um dos profissionais da equipe.

serviços referenciados – irá receber a atenção necessária para os cuidados à sua saúde, implicando-se aqui o campo social. Como se compreende na dimensão ideológica do SUS, será garantido o cuidado integral. Com isso, esses esforços da equipe do CnR corroboram para a ideia de que, ao levar os cuidados básicos em espaços de profunda precariedade, é a promoção de direitos que se efetiva.

Nesse sentido, as interações corporais e relações que se formam nos encontros destes trabalhadores de saúde com as pessoas em situação de rua são análogos ao trabalho de campo e dos pesquisadores, compreendendo-se em uma mesma chave de entendimento.

A pesquisa recai sobre experiências, investigando – a partir do campo – os modos pelos quais os indivíduos se orientam em um meio de relações pelos encontros e pelas atividades que o serviço oferece, observam-se as diferentes denotações relacionais, dado o ambiente que cada paciente se insere.

Sublinhar as práticas indica por luzes às especificidades desses encontros e dessas interações, as estratégias de aproximação e as tentativas de vínculos, os diálogos ditos e não-ditos, o medo do tratamento degradante no hospital, o cuidado transpassando os limites da equipe, as projeções e as identidades que compõem todo o contexto multifacetado e singular do Consultório na Rua.

Por fim, destaca-se que as interações se constituem e se reconstituem em seu próprio decorrer. A busca de sentido se dá a partir do entendimento de que “quem faz o movimento” é o próprio paciente, não somente os profissionais, que os seguem em busca de persuadir ao cuidado em saúde. Mesmo que seja um sentido breve e/ou precário, a ser modificado pela experiência individual e coletiva, trata-se de um mundo vivido, relatado a partir do recorte temporal pandêmico.

Assim sendo, a equipe multidisciplinar do CnR trabalha em conjunto com seus pacientes, levando em consideração não somente o aspecto sanitário, mas também a complexidade da população que atende e a importância de uma constante cartografia do território existencial das pessoas em situação de rua, no sentido de acompanhar suas andanças, seus fluxos e suas redes de apoio. É necessário repensar a produção do cuidado como elemento produtor de novas possibilidades de proximidades entre equipes e os ditos usuários, com uma atuação dinâmica e atualizada, viva, que seja – ao menos – próxima de percorrer a volatilidade e seus fluxos citadinos. Compreendendo que a procura ativa por parte dos sujeitos nesse contexto social normalmente se dá em situações de saúde que requerem um cuidado imediato (graves), o conceito de sofrimento e doença precisam ser bem mais ampliados, indo além dos diagnósticos padrões de uma consulta padrão (seja voltada para a saúde ou seja voltada para a

emissão de documentos pessoais), dado que esses dialetos de sofrimento desafiam a rotina itinerária dos trabalhadores de saúde, que, se não considerarem essa dimensão abrangente, correm o risco de agir de forma ineficaz, centralizada no ordinário diagnóstico e planejamento terapêutico raso, inepto em produzir vida dentro daquela realidade, afóra da tutela e alavancando a Autonomia do sujeito.

4.2 Corporalidades Sindêmicas

Na verdade, os negros (pobres) morriam em números ainda maiores de doenças, tais como a tuberculose e a varíola, que as autoridades públicas não estavam preparadas para – ou não queriam? – sequer, perceber, quanto mais priorizar e combater. [...] Todos os esforços e recursos foram dirigidos à febre amarela, enquanto doenças como a tuberculose e a varíola, ambas normalmente associadas a mestiços e pobreza, eram quase completamente negligenciadas [...] ao combater a febre amarela e negligenciar as doenças que flagelavam a população negra, os doutores, na realidade, procuravam *mudar o ambiente com o intuito de auxiliar a natureza*. E o trabalho da natureza, coadjuvada pela imigração e pela miscigenação, era a eliminação paulatina da herança africana – isto é, a herança da “raça inferior” presente na sociedade brasileira. [...] a morte, afinal, é uma doença social [...] a indiferença do governo em relação à varíola se explicava pelo fato de a mortalidade causada por tal doença não ser do tipo a provocar “estrondo”; e isto “porque a classe indigente, e mormente a dos escravos” era a que mais sofria com tais epidemias.

Trechos do livro “Cidade febril: Cortiços e epidemias na corte imperial”. (CHALHOUB, 2017, p. 103, 109, 111, 145 e 152).

Nesses estudos, a antropologia da saúde traz a perspectivas para além do modelo tradicional biomédico, aflorando um engajamentos local específico, com o objetivo de conceber o processo saúde-doença marcado pela determinação social, que interage com elementos psicobiológicos, socioeconômicos e socioculturais. Logo, conforme explicita Nakamura (2011, p. 53), exige-se um empenho interpretativos e “de reflexões metodológicas que articule as conjunturas com a própria percepção dos atores sobre o que é estar (ou não) adoecido” e suas formas de prevenção.

Desde o início da pandemia, e ainda em seu momento mais crítico, o que se tem repercutido é que estamos no mesmo barco ou sob a mesma tempestade. Como disse um profissional da equipe do CnR, citando Padre Júlio Lancellotti, “alguns estão de iate, em um cruzeiro! Mas os outros estão à nado né? Não tem nem boia, nem roupa de banho...” Eles ouvem a recomendação *fique em casa*, mas que casa?

A pandemia escancarou o estado de permanente agravamento das condições de saúde nos espaços de intensa precariedade, a combinação de diversas enfermidades e vulnerabilidades

coexistindo em um só corpo, faz com que a covid-19 se torne uma verdadeira *sindemia*, visto pelo aspecto social, o elemento-chave no caso de uma *sindemia* é que ela agrega a interação de doenças e sua fragilidade social (SINGER, 2009), proveniente do recorte antropológico médico, essa definição se deu a partir de pesquisas relacionadas ao uso abusivo de drogas e epidemias do HIV nos anos 1990.

Antes mesmo de Singer, o antropólogo médico Virchow, já se utilizava das desigualdades sociais como marcador das epidemias contemporâneas que ele intitulava como “epidemias artificiais”:

Virchow também apresentou ideias sobre como a revolução social influencia as doenças epidêmicas. Considerou “artificiais” aquelas epidemias que se concentravam entre os pobres, determinadas pelas condições de vida e de trabalho, e “naturais” aquelas que eram mais homoganeamente distribuídas entre as classes sociais (Ackerknecht, 1953). [...] Rudolf Virchow escreveu que doenças epidêmicas eram marcadoras de mudança cultural. Ao considerar as epidemias contemporâneas do mundo industrial – câncer, doença cardíaca, derrame cerebral, outras doenças crônicas, acidentes –, as palavras de Virchow mantêm seu significado: A história das epidemias artificiais é, portanto, a história dos distúrbios que a cultura da humanidade vivenciou. Suas mudanças nos mostram com traços vigorosos os pontos decisivos em que a cultura se desvia em novas direções (TROSTLE, 2013, p. 49).

Desde muito tempo, há uma certa conexão entre os determinantes sociais da saúde e os efeitos epidêmicos. Atualmente, assistimos isso reverberar na voz do então Presidente da República, ao retardar a vacinação ou dirimir a voraz manifestação do vírus: *vírus superdimensionado; não podemos entrar numa neurose; é só uma gripezinha; todos nós iremos morrer um dia; eu não sou coveiro; e daí? Quer que eu faça o quê?; Vai morrer quem tem que morrer* e inúmeras outras excreções verbais (VENTURA, 2021; DUARTE, 2021)⁷⁵.

Nessa balbúrdia governamental, a pandemia começa a adquirir ramificações mais excruciantes, as repercussões da COVID-19 sobrepõem o modelo biomédico; porém, as intervenções continuamente visam a ruptura da transmissão do vírus, como forma de controle do contágio. Mas o que temos observado, principalmente enquanto antropológa, é que a pandemia não é restrita aos termos biológicos de doença.

⁷⁵ Todos nós vamos morrer um dia: veja falas de Bolsonaro sobre o coronavírus... <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/05/01/todos-nos-vamos-morrer-um-dia-as-frases-de-bolsonaro-durante-a-pandemia.htm>; Bolsonaro sobre coronavírus: “Alguns vão morrer, lamento, essa é a vida” <https://congressoemfoco.uol.com.br/governo/bolsonaro-sobre-coronavirus-alguns-vaio-morrer-lamento-essa-e-a-vida/>; Relembre 15 vezes que Bolsonaro subestimou publicamente a covid-19: https://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/07/06/interna_politica,869902/relembre-15-vezes-que-bolsonaro-subestimou-publicamente-a-covid-19.shtml.

Diversos pesquisadores lançam luz no perfil sindêmico da pandemia viral do SARS-CoV-2, em uma junção multiplicadora de uma pandemia e demais epidemias que afligem os seres. Conceituando, Singer (2009) traduz a sindemia como uma agregação de problemas de saúde que estão intrinsecamente conectados e se expandem de forma mútua, impactando consideravelmente o contexto social de uma população, principalmente aquelas de intensa precariedade. A teoria atenta-se no olhar do todo, juntando as partes que interligam as patologias que se promovem e reforçam entre si, e assim, produzindo condições complexas de saúde (HORTON, 2020).

Consoante Horton (2020), que utiliza o termo “*syndemic*” de Singer para detectar que existem duas esferas de doenças que se aglutinam às desigualdades socioeconômicas e potencializam os danos pandêmicos atuais, em suas palavras:

Duas categorias de doenças estão interagindo dentro de populações específicas – infecção por síndrome respiratória coronavírus (SARS-CoV-2) e uma série de doenças não transmissíveis (DNTs). Essas condições estão se agrupando dentro de grupos sociais de acordo com padrões de desigualdade profundamente enraizados em nossas sociedades. A agregação destas doenças num contexto de disparidade social e econômica exacerba o efeito adverso efeitos de cada doença separada. A COVID-19 não é um pandemia. É uma sindemia. A natureza sindêmica da ameaça que enfrentamos significa que uma abordagem mais sutil é necessária se quisermos proteger a saúde de nossas comunidades. (tradução livre)

O termo apresentado por Singer está sendo amplamente utilizado ante a pandemia da COVID-19, no sentido de se compreender suas repercussões diante das ramificações da vida no sentido individual e coletivo. Tal abertura conceitual se desenvolve em confronto com o termo biomédico hegemônico da doença, que não comporta os demais aspectos sociais da vida que infligem diretamente à saúde das populações préteritas.

Nesse sentido, considera-se a embutir os determinantes sociais da saúde intregalizado à compreensão da doença. Consoante Carvalho (2012) esses determinantes são causas que influem na saúde da população, fatores esses que se originam no contexto em que vivem: econômico, social, cultural, ambiental e, em alguns casos, genético. Embora incontestável o reflexo desses determinantes na saúde, habitualmente se observam nas práticas e políticas que não consideram essas dimensões do equilíbrio entre saúde e doença.

Desse modo, as multidimensões da saúde observam a relação entre as interações humanas com as do ambiente em que vive. Assim, os efeitos de um espaço precário de vida manifestam uma atribuição crucial da desigualdade como “fator crítico na saúde” (HORTON, 2020).

No panorama biopsicossocial ampliado da doença, a noção de sindemia aqui traçada, consoante os autores, alerta para as associações entre as doenças e outros problemas de saúde da população, incidindo nos corpos vulneráveis de forma biológica e social, por meio do qual as patologias se interatuam aumentando o fardo da doença. O fator das comorbidades de saúde nas sindemias não gerarem condições só de incorporação, mas de multiplicação delas (BISPO; SANTOS, 2021; HORTON, 2020; SAAVEDRA, 2012; SINGER, 2009; HERRING; SWEDLUND, 2010).

O impacto da doença em graus biológicos são expandidos e arbitrariamente afetados pelas condições de pobreza, racismo, aporofobia, sexismo, estigmatização e violência estrutural, que, como afirmam os estudiosos, podem ser mais definidores da ação da doença do que a própria condição genética do sujeito ou do vírus. Consoante os pesquisadores:

Além das repercussões sobre a morbimortalidade da população, a sindemia é fortalecida e ao mesmo tempo amplifica crises nas esferas política, econômica, social e ambiental, que se afetam mutuamente. Desse modo, a sindemia da COVID-19 constitui-se em complexo problema de saúde pública que atua como catalisador das desigualdades sociais e das vulnerabilidades (BISPO; SANTOS, 2021, p. 11).

Essa interação é bem exemplificada nas experiências de adoecimento das pessoas em situação de rua, uma forma de ser visualizar essas condições fora do contexto pandêmico atual é a infecção pelo HIV/aids, que aumenta o risco do adoecimento pela tuberculose, doença essa que incide cerca de 60 (sessenta) vezes mais nas pessoas em situação de rua, considerando a população em geral (SILVA, 2021). Essas patologias interagem e se tornam suscetíveis a outra em um meio de viver cerceado de vulnerabilidade e precariedade.

Outro exemplo é a Nota técnica conjunta nº 01/2020, assinada no dia 20 de janeiro de 2020, entre entidades públicas fiscais e governamentais do Estado da Paraíba, que solicitaram uma maior ênfase na execução de atividades que almejem o controle da tuberculose e hanseníase, haja vista o aumento dos casos no Brasil.

Reforçando a fala que atravessa toda essa pesquisa, as pessoas em situação de rua são alvos fáceis em uma crise sanitária, considerando aqui seus riscos já preestabelecidos ante o impacto das calamidades, que se aglomeram em seus corpos abjetos e suas necessidades básicas de sobrevivência (RUI, 2012).

O foco nos itinerários de cuidado *na rua* tem sido um recurso para compreensão de

outras epidemias que transpassam seus corpos, como tuberculose, HIV/Aids, hanseníase⁷⁶ e DCNT⁷⁷, afora outras necessidades de saúde mais singulares, como bolsa para ostomia, convulsões e outras comuns por consequência da ausência de higienização regular (enfermidades odontológicas e míases). A COVID-19 torna-se um acréscimo àquelas doenças em que os corpos manifestados nas ruas são suscetíveis, compreendendo que os agenciamentos sociais não podem reduzir-se apenas às lógicas biomédicas, mas sim em todo seu complexo contexto. Nessa rotina, para além da pandemia, outras incidências de saúde são fonte de atenção por parte do CnR:

O CnR é uma equipe de atenção básica, a incidência da tuberculose na PSR é muito grande e aí a gente disponibiliza o exame de baciloscopia para os sintomáticos e quando a equipe identifica um usuário com sintomas já é realizado a primeira coleta e oferta a testagens rápidas para DSTs – HIV, hepatite, sífilis e de rotina (exames laboratoriais) e vamos vendo a necessidade de cada usuário e vemos as possibilidades e os exames/consultas para fazer. É um olhar cuidadoso para todas as patologias.

Ampliando-se a visibilidade dessas narrativas sindêmicas, os delineamentos de vivência dos sujeitos considerados invisíveis manifestam-se. Das margens, é possível compreender o Estado, trazendo as experiências da pobreza para a teoria social, com base nos seus vínculos correlacionais e nas itinerâncias do cuidado, apontando para uma compreensão pandêmica de modo a incluir as práticas e os comportamentos sanitários que essa conjuntura nos acarreta (BIEHL; PETRYNA, 2013; DAS, 2012).

Compreender essa experiência pandêmica na modernidade requer uma justaposição complexa. A sinergia de diversas práticas sociais, identidades e processos, que são incorporados em diversos elos e moldados por relações humanas dentro de uma temporalidade intensa e superficial, por meio de “pontos de encontro contingentes entre o relacional, institucional, político-econômico e pessoal” (BROWN, 2019), é onde eu me encontro, junto com o estudo da Antropologia.

O tema dos processos de adoecimento, saúde e cura, incluindo todos os aspectos que se ligam a ele, tanto relacionados à experiência subjetiva, como dor, aflição e sofrimento, quanto aqueles mais evidentemente do mundo social, tais como os diferentes sistemas médicos e de cura e as políticas e micropolíticas em saúde, sempre foi um desafio para a antropologia (MALUF; SILVA; SILVA, 2020).

⁷⁶ Nota Técnica conjunta nº 01/2020 do Ministério Público do Estado e Federal, COSENS/PB, SES/PB e SEMS/PB, emitiram um alerta em 20 de janeiro de 2020, sobre o elevado índice de contaminação das enfermidades citadas, principalmente para a população em situação de rua.

⁷⁷ Doenças crônicas não transmissíveis.

Conforme evoca Adorno (2011), existem também as doenças denominadas de “negligenciadas” que são, por óbvio, as patologias que mais incidem nos grupos vulneráveis e que estão nas margens das cidades, por exemplo, a tuberculose faz parte dessas doenças, são as de maior incidência em grupos pauperizados e que não são “dignas” de investimento público que aqui englobam políticas públicas de atenção e acesso a tratamentos mais eficazes para cura.

Em síntese, o Ministério da Saúde publicou o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua, em 2014 (edição mais atualizada até o momento) que aborda quais as patologias que a população estão comumente expostas, sendo elas: problemas nos pés, infestações, DST/HIV/aids, gravidez de alto risco, doenças crônicas, consumo de álcool e drogas, saúde bucal e tuberculose (BRASIL, 2014), e, conforme levantamento realizado pela UFRGS/FASC (2016), além das supracitadas, adiciona-se aqui a hipertensão, os problemas psiquiátricos/mental e os problemas de visão/cegueira.

Desse modo, analisa-se a desigualdade socioeconômica que circunscreve as pessoas em situação de rua como uma das comorbidades mais críticas da crise sanitária. A pandemia da COVID-19 nos revela a violência estrutural (FARMER, 2017) vivenciada na rotina vulnerável dos que habitam à rua, que até então faziam parte da paisagem do espaço público das cidades, ocorrendo uma onda de força mobilizadora para atender as necessidades básicas de sobrevivência dos sujeitos. O autor, ao falar de violência estrutural afirma que:

o termo é adequado aqui porque tal sofrimento é estruturado por forças e processos historicamente dados – e em geral economicamente derivados – que conspiram – sejam por rotina, ritual ou, como é mais comum, por camadas duras da vida – para restringir a ação. [...] Eles não compartilham a cultura, a linguagem, nem certa etnia. O que têm em comum é a experiência de ocuparem o grau mais baixo da escala social em sociedades desiguais e injustas (FARMER, 2017, p. 78).

Essa percepções não remetem somente ao peso da desigualdades e das articulações de poder na saúde dos sujeitos e das populações, aufere uma reflexão sobre os mecanismos de opressão assentados ao longo do processo histórico e incorporação destes no cotidiano dos que vivenciam as condições de extrema pobreza, que influenciam nos arranjos sociais das doenças e respostas institucionais, coletivas e individuais para com elas (FARMER, 2017; DAS, 2008; BIEHL, 2021).

A sindemia da COVID-19 nos aponta as reais alterações estratégicas de se pensar saúde, com políticas que abriguem os engajamentos de justiça social, equidade e minimização das estruturais desiguais, apesar de inúmeras dessas se centralizarem nas diretrizes do SUS, ainda é tênue as práticas de equidades nos serviços, que quando são criados – como no caso do

Consultório na Rua – permanecem ocultos nas grandes estruturas políticas.

Desse modo, o trabalho de campo evocado tornou possível compreender que a sindemia é um problema que não é tão somente sanitário, é um problema social, econômico, ambiental, político e eminentemente ético, que tornou possível explorar as microações do CnR e observar como redes complexas de interações que poderão influenciar nas dinâmicas macro estatais.

Apesar de acompanhar o CnR por algum tempo, não consegui presenciar encontros relacionado à COVID-19, que foi materializada em meio aos testes rápidos, EPI's, álcool e a campanha de vacinação, sendo os principais meios de contato com a realidade pandêmica desde o início do campo. Assim, em um dos percursos de atendimento, a equipe retirou seus instrumentos e materiais para iniciar um pequeno mutirão de testes em um grupo localizado no Ponto de Cem Réis, que fica no centro da cidade, dispendo-os em um banco perto dali os testes de duas grandes pandemias que assolaram o mundo em distintos tempos: o de HIV/AIDS e o de COVID-19, sendo incorporados à rotina do CnR e das pessoas em situação de rua, concretizam as ideias aqui expostas.

Considerando isso, evoca-se o que Knauth (1998) tratou de *banalização da aids*, no que experimenta o mundo global e engajamentos locais em si, a familiaridade com o vírus gera uma normalização do seu potencial devastador, menorizando a gravidade patológica, produzindo uma banalização dos cuidados, que se observa nas ausências de medidas preventivas e protetivas no dia a dia, como se fosse uma doença “a mais” em meio a sindemia que transborda seus corpos.

Considerações Finais

Tendo em vista os aspectos apresentados neste trabalho, pretendeu-se contribuir para os estudos do desenrolar da pandemia por meio dos encontros do Consultório na Rua, constituindo-os a partir das trajetórias das pessoas em situação de rua, situando os dois segmentos – serviço e pacientes – como atores centrais da escrita, a partir de uma etnografia da van. Podendo auxiliar na compreensão das dimensões locais da crise sanitária nos sujeitos que atuam e que recebem os serviços de saúde.

Como é possível observar, a complexidade e heterogeneidade desses sujeitos – desde o seu conceito, até as categorias e histórias que se ramificam entre si – permeiam todas as linhas que compõe seus movimentos e a escrita desse estudo. Logo, procurei me ater ao traçado da linha que segue o passar da van entre os circuitos de sobrevivência, que imitam (procuram) os trajetos de vida das pessoas que estão nas ruas.

Cabe aqui citar que todos os nomes apresentados na dissertação são os nomes das pessoas em situação de rua que foram assassinadas na Chacina da Sé, como uma forma simbólica do não esquecimento desses sujeitos.

Inicialmente, propus uma etnografia diretamente focada nas experiências pandêmicas, mas o campo me apresentou um emaranhado de linhas e, no meio delas, a COVID-19 encontrava-se. Descobri um campo em pleno movimento, fluxos contínuos de atendimentos, elos, desencontros que permitiram uma pesquisa multifacetada na qual representa o intrincamento das suas circulações.

A pandemia mostrou-se diluída nas demandas de atendimento, refletida nos períodos de vacinação, testes rápidos e EPI's, ela tornou-se parte da rotina, destacando aqui a sensação de lugar comum que a pandemia tomou entre o dia a dia, substancializado também na banalização das medidas preventivas, como a não utilização das máscaras por alguns dos pacientes.

Apesar dos relaxamentos de medidas, em contrapartida ao dados, tensões e eminentemente riscos esperados com a pandemia da COVID-19, o município de João Pessoa apresentou baixos índices de contaminação e óbitos dessa população. Todavia, o atravessamento desses riscos e acúmulo de outras doenças, conjuntamente com a desigualdade socioeconômica cada vez mais crescente, não abrandam as violências estruturais sofridas pelo grupo (FARMER, 2017). Nessas conjunções que transbordam seus corpos, a pandemia se torna uma verdadeira sindemia, compreendendo que a pandemia da COVID-19 atravessou profundamente suas vidas e intensificou suas privações (falta de alimentação), como também elevou os números de sua população.

O Consultório na Rua se apresenta como um dos serviços que chega mais próximo da

realidade local de seus pacientes, seu principal dispositivo é a construção de vínculo que são frágeis em sua ruptura, mas resistentes em seus elos, e das necessidades básicas de saúde, até enterros de pacientes, evitando sua ida às valas comuns. Nesses encontros, a pesquisa observou também que o próprio Estado, em suas ações de repressões e maus atendimentos na própria rede intersetorial, interferem diretamente na construção desses vínculos. Do outro lado, a própria equipe também se encontra como alvo dessas estigmatizações, já que ela se impõe como um dos acessos principais de garantia do direito à saúde dos seus pacientes.

Outro ponto em destaque é a imprescindibilidade mecanismos de elaboração de censo desse grupo populacional, principalmente dentro do Município de João Pessoa, visto o entrave para se construir políticas públicas básicas em meio a pandemia, por ausência de dados sólidos sobre os indivíduos.

Desse modo, pelos caminhos da van, desatei os nós relevantes apresentados em campo, constatando que, em cada encontro com a equipe e nos diálogos com seus pacientes, o traçar da metodologia se construía em cada olhar, palavra e fluidez que caracteriza as interações vivenciadas.

Nessas itinerâncias do cuidado, cruzei com várias vidas das quais tive um imenso interesse em diálogo e em saber qual foi o desenrolar da sua história após “aquele atendimento”, e, como afirma o antropólogo João Biehl (2021), o campo traz a inquietação da incompletude, enfatiza o aspecto do inacabado, principalmente no contexto pandêmico de um Brasil desgovernado.

Assim, foi a partir das histórias e dos encontros que a costura dessa dissertação foi tecida, criando-se uma colcha de retalhos sobre modos de existências locais e as percepções das macropolíticas de saúde e social que geram os ditames e controle da pandemia.

A pesquisa concebida é tão somente um recorte no meio das incalculáveis perspectivas de investigação dessas experiências vividas, diante da multiplicidade dos modos de vida, práticas, demandas e na tentativa de elaboração de uma explicação sobre uma realidade local.

Como evoca Tim Ingold (2019), a vida é movimento, suas aberturas excedem qualquer fim que se poderá dar a ela. A antropologia embrenha-se nos procedimentos da vida e a acompanha, traçando caminhos junto com seus pesquisados, em um sentido não somente teórico, mas em seu potencial de transformar vidas. Então, a minha vida, com certeza foi modificada, no arrebatamento desses enredos pandêmicos e pungentes, anseios que esse escrito não consegue comportar, ou, a própria autora, é incapaz de delinear.

Referências Bibliográficas

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. *Etnográfica*, Lisboa, v. 15, n. 3, p. 543-567, jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-65612011000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 21 set. 2020.

AGIER, Michel. DO DIREITO À CIDADE AO FAZER-CIDADE. O ANTROPÓLOGO, A MARGEM E O CENTRO. *Mana* [online]. 2015, v. 21, n. 3, pp. 483-498. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-93132015v21n3p483>. Acesso em: 9 jul. 2021.

ALMEIDA, Silvio. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen, 2019.

ALMEIDA, Silvio. *O que é racismo estrutural?* Belo Horizonte: Letramento, 2018.

ALVES, Paulo César. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: GERHARDT, Tatiana Engel et al. (org.). *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. 1aed. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO

ARAÚJO, Wécio Pinheiro. *Pandemia e pandemônio na mitologia da tragédia política brasileira*, 2020. Disponível em: <https://bit.ly/3g1yTB4>. Acesso em: 06 de nov 2021.

BEAUD, Stéphane e WEBER, Florence. **Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos**. Petrópolis: Vozes, 2007.

BIEHL, João. Descolonizando a saúde planetária. *Horizontes Antropológicos* [online]. 2021, v. 27, n. 59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100017>. Acesso em: 4 jul. 2021.

BIEHL, João. Antropologia no campo da saúde global. *Horizontes Antropológicos* [online]. 2011, v. 17, n. 35. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832011000100009>. Acesso em: 02 jul. 2021.

BIEHL, João. Do incerto ao inacabado: Uma aproximação com a criação etnográfica. *Mana* [online]. 2020, v. 26, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-49442020v26n3a206>. Acesso em: 02 jul. 2021.

BIEHL, J; PETRYNA, A. Critical global health. In: BIEHL, J.; PETRYNA, A. (ed.). *When people come first: critical studies in global health*. Princeton: Princeton University Press, 2013.

BRASIL. DECRETO Nº 7.053 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial*, Brasília, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. Acesso em 28 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Brasil confirma primeiro caso da doença. 2020c. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46435-brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>. Acesso em: 27 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 188, 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). 2020b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388> . Acesso em: 27 abr. 2021.

BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Saúde da População em situação de rua: um direito humano. Brasília, DF, 2014.

BISPO, José Patrício e SANTOS, Djanilson Barbosa dos COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2021, v. 37, n. 10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00119021>. Acesso em: 09 nov de 2021.

BONET, Octavio. Itinerâncias e malhas para pensar os itinerários de cuidado: a propósito de Tim Ingold.

BOWATER, Donna. Brazil marks 20 years since Candelaria child massacre. BBC. Rio de Janeiro. 24 de julho de 2013. Latin America. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-23417669> . Acesso em: 05 dez. 2021.

BORYSOW, Igor da Costa. O consultório na Rua e a atenção básica à população em situação de rua / Igor da Costa Borysow. – São Paulo, 2018. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. P227.

BRITTO, Fabiana e JACQUES, Paola. Corpo e cidade – coimplicações em processo. Rev. UFMG, Belo Horizonte, v.19, n.1 e 2, 2012.

BRUNELLO, Eduardo Tadeu. Itinerâncias terapêuticas e processos de alcoolização: dinâmicas entre cuidados, controles e sofrimentos sociais / Eduardo Tadeu Brunello. – Campina Grande, 2018.

BUTLER, Judith. Vida Precária: os poderes do luto e da violência. 1º ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

Congresso Paranaense de Assistentes Sociais, 7ª ed., 2019, Ponta Grossa, Paraná. A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES A PARTIR DA ABORDAGEM MÍDIÁTICA DO MASSACRE DA CANDELÁRIA. KRAVICZ, Gisele Ferreira In Anais do 7º Congresso Paranaense de Assistentes Sociais: “O Trabalho do/a Assistente Social em Tempo de Retrocessos: Defesa de Direitos e Lutas Emancipatórias”. ISBN: 978-85-63119-03-

2.

CARNEIRO, Sueli. Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil. São Paulo: Selo Negro, 2011.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. O trabalho do antropólogo. Brasília: Paralelo 15; São Paulo, Editora UNESP, 2000.

CARVALHO, João Eduardo. Violência e sofrimento social: a resistência feminina na obra de Veena Das. Saúde e Sociedade, v.17, n.3, 2008.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012

CHALHOUB, Sidney. Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte imperial / Sidnay Chalhoub. – 2ª ed. – São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

CERTEAU, Michel de. (1994), A invenção do cotidiano: artes de fazer. Petrópolis, Vozes.

CERTEAU. (1996), A invenção do cotidiano 2. morar, cozinhar. Petrópolis, Vozes.

COSTA, Alexandre Bernardino. SOUSA JUNIOR, José Geraldo de. DELDUQUE, Maria Célia. OLIVEIRA, Mariana Siqueira de Carvalho. DALLARI, Sueli Gandolfi. O Direito achado na rua : Introdução crítica ao direito à saúde. (organizadores) – Brasília: CEAD/UnB, 2009. ISBN: 978-85-7804-025-3

COSTA, José Fernando Andrade. Quem é o “cidadão de bem”? Psicologia USP [online]. 2021, v. 32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190106>. Acesso em: 09 jul. 2021

CUNDA, Mateus Freitas e SILVA, Rosane Neves ME CHAMAM RUA, POPULAÇÃO, UMA SITUAÇÃO: OS NOMES DA RUA E AS POLÍTICAS DA CIDADE. Psicologia & Sociedade [online]. 2020, v. 32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32223876>. Acesso em: 21 jul de 2021.

CURVO, D. R.; MATOS, A. C. V.; SOUSA, W. de L.; PAZ, A. C. A. da. Integralidade e clínica ampliada na promoção do direito à saúde das pessoas em situação de rua. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], v. 10, n. 25, p. 58-82, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/69614>. Acesso em: 17 dez. 2021.

D. Ann Herring e Alan C. Swedlund (orgs.). PLAGUES AND EPIDEMICS: INFECTED SPACES, PAST AND PRESENT Oxford e Nova Iorque, Berg, 2010, 417 pgs., ISBN: 978-184-788-547-0.

DAMATTA, R. A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

DAS, Veena. Encarando a Covid-19: meu lugar entre a esperança e o desespero. Dilemas -

Reflexões na pandemia 2020.

DAS, Veena. *Sujetos del dolor, agentes de dignidad*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2008.

DAVIS, Angela. *Mulheres, cultura e política*. São Paulo: Boitempo, 2017.

DE LUCCA, Daniel. *A Rua em Movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua*. Dissertação (Mestrado em Antropologia social), Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

DUARTE, André. “E daí?” Governo da vida e produção da morte durante a pandemia no Brasil. *O que nos faz pensar*, [S.l.], v. 29, n. 46, 2020. ISSN 0104-6675. Disponível em: <http://oquenosfazpensar.fil.puc-rio.br/index.php/oqnf/article/view/736>. Acesso em: 30 jul. 2021.

ESCOREL, S. *Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. *Etnografias e, serviços de saúde / organização Jaqueline Ferreira, Soraya Fleischer – 1 ed.* – Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

FANON, Frantz (1980). *Em defesa da revolução Africana*. Lisboa: Livraria Sá da Costa.

FARMER, Paul. *Patologias do Poder: saúde, direitos humanos e a nova guerra contra os pobres*. São Paulo; Paulus, 2017. Coleção Ethos.

FASSIN, Didier. *Another politics of life is possible*. *Theory, culture & society*, Londres, v. 29, 2009.

FERRO, Maria Carolina Tiraboschi. *Desafíos de la Participación Social: Alcances y Límites de la Construcción de la Política Nacional para la Población en Situación de Calle en Brasil*. Dissertação (Mestrado em Ciência Política e Sociologia), Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina, 2011.

FERREIRA, Marcelo. *Entidades vão à luta contra desmonte da Política de Saúde Mental do SUS*. *Brasil de Fato*. Porto Alegre, 11 de Dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2020/12/11/entidades-va-a-luta-contr-desmonte-da-politica-de-saude-mental-do-sus>. Acesso em: 14 ago. 2021.

FRANGELLA, Simone Miziara. *F 851 c Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo / Simone Miziara Frangella*. Campinas, SP: [s. n.], 2004.

FONSECA, Claudia. *Que ética? Que ciência? Que sociedade?* In: *Ética e regulamentação na pesquisa antropológica / Soraya Fleischer, Patrice Schuch (Organizadoras); Rosana Castro, Bruna Seixas, Daniel Simões (Colaboradores) – Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2010.*

GERHARDT, Tatiana Engel; SANTOS, Vilma Constancia Fioravante dos; CARVALHO, Damiana. *Ampliando linguagens: itinerários terapêuticos em imagens*. In: GERHARDT, Tatiana Engel et al. (org.). *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e*

formação em saúde. 1a ed. Rio de Janeiro: CEPESC Editora, 2016. p. 255–271.

GHASARIAN, Christian (2008) “Por los caminos de la etnografía reflexiva”, in C. GHASARIAN et al., De la etnografía a la antropología reflexiva. Nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas, Buenos Aires, Ediciones del Sol, 9-41.

HERZFELD, Michael. A produção social da indiferença: Explorando as raízes simbólicas da burocracia ocidental. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

HINO, P.; SANTOS, J. O.; ROSA, A. S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 71, supl. 1, p. 684-692, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000700684&lng=e&nrm=iso&tlng=pt . Acesso em: 30 jul. 2021.

HOLANDA, JORGE GARCIA DE. O "sistema da rua" em ação: uma etnografia com moradores de rua em Fortaleza (CE)' 28/03/2017 115 f. Mestrado em ANTROPOLOGIA SOCIAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, Porto Alegre Biblioteca Depositária: Biblioteca de Ciências Sociais e Humanidades.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Nota técnica nº 74/2020. População em situação de rua em tempos de pandemia: um levantamento de medidas municipais emergenciais. Junho 2020. Brasília: IPEA, 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Nota técnica nº 73/2020. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (setembro de 2012 a março de 2020) junho 2020. Brasília: IPEA, 2020.

INGOLD, Tim, *Being Alive: essays on movement, knowledge and description*, London, Routledge, 2011 (Trad. Bras. Fabio Creder. Petrópolis, Vozes, 2015).

INGOLD, Tim, *Antropologia: para que serve*. Vozes, 2019.

JACQUES, Paola. 2006. “Elogio aos errantes: a arte de se perder na cidade” in JEUDY, H. JACQUES, P. *Corpos e cenários urbanos: territórios urbanos e políticas culturais*. Salvador: EDUFBA.

KNAUTH, Daniela Riva, VÍCTORA, Ceres Gomes e LEAL, Ondina FachelA banalização da Aids. Com a colaboração dos bolsistas: Carlo Roberto da Cunha, Cleusa Pratis, Fernanda Picollo, Luciana de Pauli, Neiva Garcia, Sati Mahmud e Thiago Machado. *Horizontes Antropológicos* [online]. 1998, v. 4, n. 9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71831998000200010>. Acesso em: 16 ago. 2021.

KAUFMAN, Jean-Claude. *A entrevista compreensiva: um guia para a pesquisa de campo*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

KLEINMAN. Arthur. *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. Basic Books, Inc., New York, 1988.

LEMÕES, Tiago. *A família, a rua e os afetos: uma etnografia da construção de vínculos entre homens e mulheres em situação de rua*. São Paulo: Novas Edições Acadêmicas, 2013.

LEMÕES, Tiago. A rua em transe: Territórios relacionais e a política dos afetos entre pessoas em situação de rua [recurso eletrônico] / Tiago Lemões - 2ª edição - Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020. 146 p. ISBN - 978-65-81512-29-3 Disponível em: <http://www.editorafi.org>

LEITE, Rogerio Proença. Contra-usos e espaço público: notas sobre a construção social dos lugares na Manguetown. Revista Brasileira de Ciências Sociais [online]. 2002, v. 17, n. 49. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092002000200008>. Acesso em: 21 dez 2021.

LANCETTI, Antônio. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 2008.

MAGNANI, José Guilherme Cantor. Etnografia como prática e experiência. Horiz. antropol., Porto Alegre, v. 15, n. 32, p. 129-156, Dec. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832009000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 nov. 2021.

MALUF, Sônia Weidner. Corpo e Corporalidades nas Culturas Contemporâneas: Abordagens Antropológicas. Esboços: Revista do PPG História da UFSC, nº 9, 2001.

MALUF, Sônia. Antropologia, narrativas e a busca de sentidos. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 5, n. 12, p. 69-82, dez. 1999

MARTINEZ, Mariana; FELTRAN, Gabriel. Novas Faces da Vida Nas Ruas. São Carlos/SP: EDFSCar, 2016.

MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. *Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0. <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

MELO, Tomás Henrique de Azevedo Gomes. Articulações políticas, socialidade e a luta por reconhecimento da população em situação de rua.' 01/09/2011 172 f. Mestrado em ANTROPOLOGIA SOCIAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ, CURITIBA Biblioteca Depositária: Biblioteca Central da UFPR.

NASCIMENTO, Silvana de Souza. A cidade no corpo: diálogos entre corpografia e etnografia. *Ponto Urbe*, São Paulo, n. 19, p. [10], 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4000/pontourbe.3316>. Acesso em: 25 jun de 2021.

NASCIMENTO, E. P. Dos excluídos necessários aos excluídos desnecessários. In: BURSZTYN, M. (Org.). No meio da rua. Rio de Janeiro: Garamond, 2000.

NAKAMURA, Eunice. O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica. Saúde soc., São Paulo, v. 20, n. 1, p. 95-103, Mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 nov 2021.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R.; MONTEIRO, L. F. (Org.). Guia do projeto Consultório de Rua. Brasília (DF): SENAD; Salvador (BA): CETAD, 2011. Disponível em: <https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/crianca-e-adolescente/drogadicao->

enfrentamento/manuais/consultorio_de_ua.pdf. Acesso em: 13 jun. 2020.

NEVES, Ednalva M. Trajetória de pesquisa e tensões éticas: entre persistências e resistências. *Amazôn., Rev. Antropol.* (Online) 10 (2): 444 - 466, 2018.

NICODEMOS, A. Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua: aspectos históricos e conceituais na defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente no Brasil. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*, [S. l.], v. 12, n. 24, 2020. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/11892>. Acesso em: 17 nov. 2021.

Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS) – PUC RIO. Nota Técnica 11: Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil. Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <https://ponte.org/wp-content/uploads/2020/05/NT11-An%C3%A1lise-descritiva-dos-casos-de-COVID-19.pdf> Acesso em: 06 dez de 2021.

O cuidado que começa fora da UBS. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária (SAP). Brasília, 10 de outubro de 2018. Notícias. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/4554>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração do Diretor-Geral da OMS sobre o Comitê Emergência do Regulamento Sanitário Internacional: Coronavírus (2019-nCov). 2020a. Disponível em: [https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-mergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ih-mergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)) . Acesso em: 27 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Discurso de abertura do diretor-geral da OMS na Conferência de Mídia sobre COVID-19. 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 28 jun. 2020.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. 2020. Paraíba confirma primeiro caso de coronavírus. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/noticias/paraiba-confirma-primeiro-caso-de-coronavirus> . Acesso em: 27 mai. 2020.

PRIORI, J. (2019). De mendigos a população: *Revista Espaço Acadêmico*, 19(219), 109-118. Recuperado de <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/50996>

PIMENTEL Santos, Edlene; Afrânio Lessa Filho, Sergio. O Pauperismo de ontem e de hoje: raízes materiais e humano-sociais da questão social . 2005. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005

PEREIRA, Maria Odete et al. Busca ativa para conhecer o motivo da evasão de usuários em serviço de saúde mental. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2013, v. 26, n. 5. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000500002>. Acesso em: 18 dez 2020.

PERLONGHER, Néstor. 1993. Territórios marginais. *Saúde Loucura*, 4: Grupos e Coletivos. São Paulo: Hucitec.

PEIRANO, Mariza. 2008. “Etnografia ou a teoria vivida”. *Revista Ponto Urbe*, n.2, São Paulo: Núcleo

de Antropologia Urbana/Nau <http://pontourbe.revues.org/1890>. Acesso em: 02 set 2021.

PEIRANO, Mariza. Etnografia não é método. Horizontes Antropológicos. Ano 20, n. 42, p. 377-391. Porto Alegre, jul./dez. 2014.

PAZ, Ana Carolina Amorim da. Entre papudinhos e noiados: uma etnografia sobre o cotidiano e sociabilidades em espaço de consumo de substâncias psicoativas na região de Cabedelo-PB / Ana Carolina Amorim da Paz. - João Pessoa, 2016.

Programa Consultório na Rua ganha reforço de R\$ 2,8 milhões. Governo do Brasil. Brasília, 18 de junho de 2021. Saúde – Notícias. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/06/programa-consultorio-de-rua-ganha-reforco-de-r-2-8-milhoes>. Acesso em: 20 jun 2021.

ROSA, A. S.; CAVICCHIOL, M. G. S.; BRETÃS, A. C. P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. Rev. Lat. Am. Enfermagem, v. 13, n. 4, p. 576-582, jul./ago., 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a17.pdf> . Acesso em: 20 jun. 2020.

ROSA, GABRIEL LUIS. A vida nas ruas e as formas de sociabilidade: Estudo etnográfico das ressignificações do espaço urbano de Florianópolis (SC)' 05/04/2013 131 f. Mestrado em ANTROPOLOGIA SOCIAL Instituição de Ensino: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, Florianópolis Biblioteca Depositária: Biblioteca Universitária Central.

RUI, Taniele. Nas Tramas do Crack: Etnografia da abjeção. São Paulo: terceiro nome, 2014.

SADER, Eder. Quando novos personagens entraram em cena. Experiências, Falas e Lutas dos Trabalhadores da Grande São Paulo (1970- 1980). 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

SARAIVA, Luiz Alex Silva. Homens invisíveis: relatos de uma humilhação social. Revista de Administração Contemporânea [online]. 2005, v. 9, n 45. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552005000100014>. Acesso em: 16 ago 2021.

SAAVEDRA, Mónica. D. Ann Herring e Alan C. Swedlund (orgs.), *Plagues and Epidemics: Infected Spaces, Past and Present*», *Etnográfica* [Online], vol. 16 (1) | 2012, posto online no dia 06 março 2012. Disponível em: <http://journals.openedition.org/etnografica/1444>. Acesso em 04 set 2021.

SIQUEIRA, P. “Ser afetado”, de Jeanne Favret-Saada. Cadernos de Campo (São Paulo - 1991), [S. l.], v. 13, n. 13, p. 155-161, 2005. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/50263>. Acesso em: 16 ago. 2021.

SINGER, Merrill. Introduction to syndemics: A systems approach to public and community health. San Francisco: Jossey-Bass. 2009.

SCHUCH, Patrice; Ivaldo Gehlen; Aline Espindola Dornelles; Marta Borba Silva; Emília Estivalet Broide; Jorge Broide; Rejane Margarete Scherolt Pizzato; Julia Obst; Lirene Finkler; Suely Silva Santos; Márcia Nectoux; Simone Machado; Simone Ritta dos Santos; Kevin Krieger. A Rua em Movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre - 2012.

SCHUCH, Patrice. Antropologia entre o inesperado e o inacabado: entrevista com João Biehl. *Horizontes Antropológicos* [online]. 2016, v. 22, n. 46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832016000200014>. Acesso em: 02 jul 2021.

SNOW, D. A.; ANDERSON, L. *Desafortunados*. Petrópolis: Vozes, 1998.

STOFFELS, Marie-Ghislaine. Os mendigos na cidade de São Paulo: ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1977.

SPOSATI, Aldaiza de Oliveira; FALCÃO, Maria do Carmo; FLEURY, Sonia Maria Teixeira. *O Direito (dos Desassistidos) Social*. Editora Cortez. 6ª edição. 1989. P 114 a 126.

SOUSA, Anne Gabriele Lima. “Eu sou de rua, mas também sou gente”: intersubjetividade e construção de identidades dos indivíduos em situação de rua de João Pessoa-PB / Anne Gabriele Lima Sousa. – Recife: O autor, 2012.

SILVA, Tarcisio Oliveira et al. População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2021, v. 30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100029>. Acesso em: 04 jan 2022.

TEIXEIRA, Mirna; FONSECA, Zilma. Org. Saberes e práticas na atenção primária à saúde: cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas. 1. ed. - São Paulo : Hucitec, 2015.

TOLEDO, L. H. de; SOUZA JUNIOR, R. de A. P. de. Sociabilidade pandêmica? o que uma Antropologia urbana pode dizer a respeito da crise deflagrada pela COVID-19. *Cadernos de Campo* (São Paulo - 1991), [S. l.], v. 29, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/169827>. Acesso em: 2 ago. 2021.

TROSTLE, James A. *Epidemiologia e cultura*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2013, 258p.

UFRGS. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Cadastro e mundo da população adulta em situação de rua de Porto Alegre/rs. Relatório quanti qualitativo, contendo o Cadastro censitário e o Modo de vida cotidiana da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre, realizado em 2016 através de Contrato entre a FASC e a UFRGS / FAURGS e executado pelo IFCH/UFRGS. Porto Alegre, UFRGS, 2016.

VARANDA, W. Do direito à vida a vida como direito: sobrevivência, intervenções e saúde de adultos destituídos de trabalho e moradia nas ruas da cidade de São Paulo. São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado em saúde pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 56-69, Apr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 22 nov 2020.

VENTURA, Deisy de Freitas Lima; REIS, Rosana. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19. Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil, São Paulo, n. 10, 2021. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2021/01/boletim-direitos-na-pandemia.pdf>. Acesso em 06 dez 2021.

VÍCTORIA, Ceres Gomes. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema / Ceres Gomes VÍctoria, Daniela Riva Knauth e Maria de Nazareth Agra Hassen. – Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. – 136 p.

VIVEIROS DE CASTRO, EDUARDO [1951-]. Metafísicas canibais: Elementos para uma antropologia pós-estrutural: Eduardo Viveiros de Castro. São Paulo: Ubu Editora, n-I edição, 2018. 288 pp.

VALLE, Fabiana Aparecida Almeida Lawall e FARAH, Beatriz Francisco A saúde de quem está em situação de rua: (in)visibilidades no acesso ao Sistema Único de Saúde. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2020, v. 30, n. 02, e300226. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300226>. Acesso em: 08 dez 2021.

Apêndices e Anexos



Figura 3- Sede do Consultório na Rua. – Fontes: Google Maps.

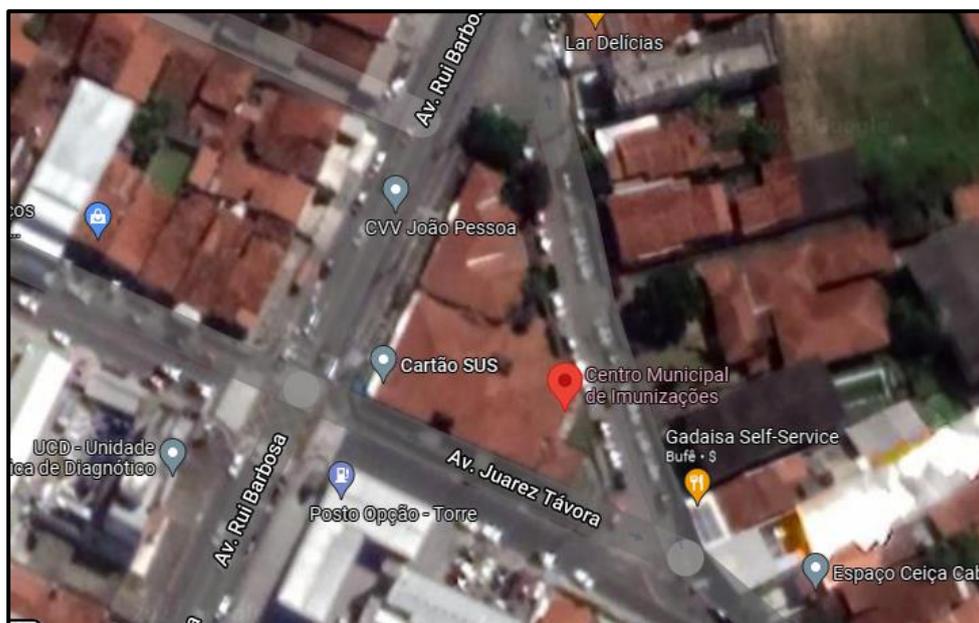


Figura 4- Sede do Consultório na Rua. - Fontes: Google Maps.



Figura 5 - Sala de refrigeração das vacinas COVID-19 na Rede de Frios do Município de João Pessoa/PB. - Fontes: Fotos da pesquisadora.



Figura 6- Microônibus utilizado para o mutirão da vacinação, já no fim dos trabalhos. - Fontes: Fotos da Pesquisadora.



Figura 8- Autor desconhecido, obra que fica em um dos locais de concentração da PSR, atrás do mercado de artesanato. Fontes: Fotos da pesquisadora.



Figura 7- Frascos vazios da vacina contra COVID-19 da Pfizer, cada frasco contém cinco doses de vacina. Fontes: Fotos da pesquisadora.



Figura 9- Realização de testes rápidos da COVID-19 e HIV/AIDS, no centro da cidade de João Pessoa. Fontes: Fotos da pesquisadora.

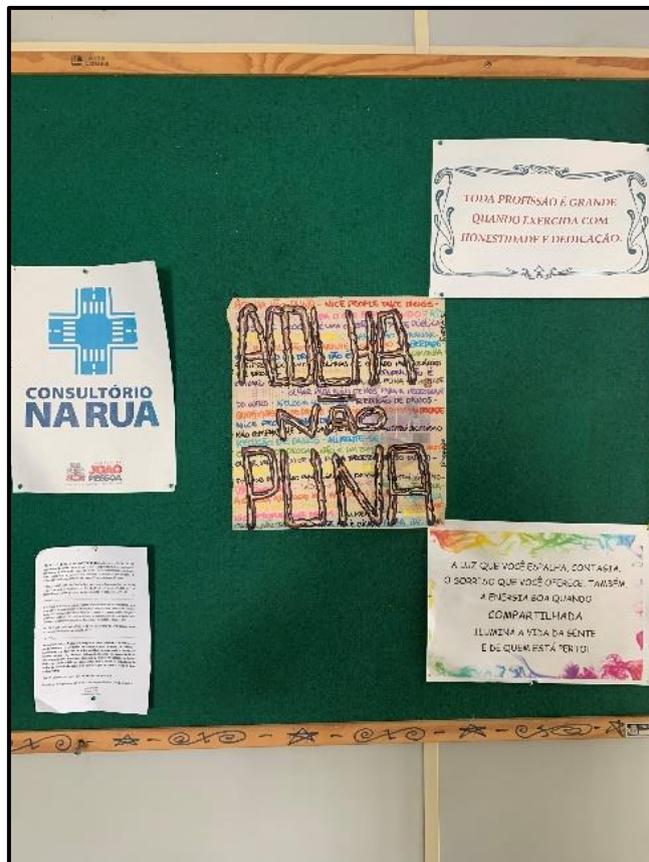


Figura 10 - Quadro de avisos na sede do CnR, com os dizeres "Acolha não Puna". Fontes: Fotos da Pesquisadora.



Figura 11- Ação em homenagem ao dia 19 de agosto - Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua. Fontes: Fotos da Pesquisadora.



Figura 12- Ação em homenagem ao dia 19 de agosto - Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua. Fontes: Fotos da Pesquisadora.



Figura 13- Da janela da van utilizada pelo CnR. Fontes: Fotos da Pesquisadora.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA X CORONAVÍRUS

COMO EVITAR

- NÃO APERTAR AS MÃOS
- NÃO COMPARTILHAR GARRAFAS/COPO/FUMO
- NÃO COMPARTILHAR TALHERES E COMIDAS
- NÃO SE AGLOMERAR, NÃO SE ABRAÇAR

O QUE FAZER

- LAVAR AS MÃOS
- MANTER DISTÂNCIA
- USAR MÁSCARAS
- COLOCAR O BRAÇO QUANDO TOSSIR OU ESPIRRAR

SINTOMAS, E AGORA?

LEVES/MODERADOS:

- Febre
- Tosse seca
- Falta de paladar
- Falta de olfato
- Diarreia

GRAVES:

- FALTA DE AR

LIGAR **192** SAMU IR PARA UPA **24H**

Central de Orientações 24h: **3218-9214**
 Procure Consultório na rua
 Unidades de Saúde da Família (USF's)
 ou Políclínicas Municipais

Apoio: FIOCRUZ, N SC, JOÃO PESSOA

Figura 14 - Cartaz utilizada nos encontros com o CnR para conscientizar a PSR sobre o contágio e sintomas da COVID-19. Elaborado pelo Grupo Articuladores da Especialização em Saúde Pública (FIOCRUZ/UFPB). Fontes: Pesquisadora.