



Roberta Gondim de Oliveira

DOENÇAS, CORPOS E TERRITÓRIOS NEGLIGENCIADOS - PRÁTICAS DE SAÚDE SOBRE A TUBERCULOSE EM ESPAÇOS E PESSOAS VULNERABILIZADAS

Tese de Doutoramento em Governação, Conhecimento e Inovação, no ramo dos Impactes Sociais da Ciência e da Tecnologia,
Orientada pelo Professor Doutor João Carlos Freitas Arriscado Nunes, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Julho de 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Roberta Gondim de Oliveira

Doenças, corpos e territórios negligenciados - práticas de saúde sobre a tuberculose em espaços e pessoas vulnerabilizadas.

Tese de Doutoramento na área científica de Sociologia do Programa de Doutoramento em Governação, Conhecimento e Inovação, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Doutor

Orientador: Professor Doutor João Carlos Freitas Arriscado Nunes

Coimbra, 2016

Essa pesquisa contou com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação do Governo da República Federativa do Brasil.



Queremos saber,
O que vão fazer com as novas invenções
Queremos notícia mais séria
Sobre a descoberta da antimatéria e suas implicações
Na emancipação do homem
Das grandes populações
Homens pobres das cidades
Das estepes, dos sertões
Queremos saber, quando vamos ter raio laser mais barato
Queremos, de fato, um relato, retrato mais sério do mistério da luz
Luz do disco voador pra iluminação do homem
Tão carente, sofredor
Tão perdido na distância da morada do senhor
Queremos saber,
Queremos viver confiantes no futuro
Por isso se faz necessário prever qual o itinerário da ilusão
A ilusão do poder
Pois se foi permitido ao homem tantas coisas conhecer
É melhor que todos saibam o que pode acontecer
Queremos saber, queremos saber
Queremos saber, todos queremos saber
Gilberto Gil

Dedico esse trabalho ao meu pai, Marcello Coutinho de Oliveira, que ao saber da minha partida para fora do país na intenção do doutorado em Coimbra e, sem que tivéssemos ideia de que apenas um mês depois ele viria a falecer, reagiu cantando:

“Coimbra é uma lição, de sonho e tradição,
O lente é uma canção, e a lua a faculdade,
O livro é uma mulher, só passa quem souber,
E aprende-se a dizer saudade”.

Agradecimentos

Esse trabalho não seria possível, em hipótese alguma, sem o apoio, incentivo, compreensão, interlocução, dedicação e afeto de minha filha Carol Oliveira, com quem compartilho, desde muito cedo, minha caminhada na vida. Além do amor, companheirismo e cumplicidade, tenho a felicidade desse compartilhamento ao longo dos últimos anos, estar sendo também de inestimáveis contribuições acadêmicas. Suas observações, perguntas e sugestões, me fazem parar para refletir, pois trazem o olhar de um campo sobre o qual nada sei, o da antropologia. Agradeço imenso por ser feito com afeto e sinceridade, na medida certa. Sem ela essa tese certamente não teria assumido a face da inquietude e incompletude incômodas, porém responsáveis, que são próprias de trabalhos que trazem mais perguntas do que respostas prontas;

A minha mãe pelo incentivo e afeto de uma vida. Por ter sempre enfatizado o estudo como chave de liberdade e emancipação;

Ao meu orientador João Arriscado Nunes, por me mostrar um novo e desafiador caminho, feito com cuidado e afeto;

Faço um agradecimento muito especial às pessoas maravilhosas que viabilizaram praticamente toda a pesquisa - os 'pacientes' e os profissionais de saúde, que com imensa generosidade compartilharam comigo seus saberes, dúvidas, inquietações, dores e afetos. Sinto imensamente não poder citá-los nominalmente aqui nessas linhas em face das questões éticas. Porém, serei sempre uma devedora consciente do valor das trocas que me foram permitidas estabelecer;

A minha amiga de vida inteira, irmã de sempre, Maria Ivone Oliveira, por simplesmente estar comigo em qualquer situação, sempre;

A minha amiga-irmã Helena Seidl, companheira de todas as horas e incentivadora, sem a qual muitos dos momentos que passei além-mar seriam ainda mais difíceis sem o seu ombro amigo, sempre disponível, apesar de um oceano a nos separar;

As amigas de corpo e alma, de 'todas as horas nessa vida', minhas 'amorecas' Márcia Teixeira, Renata Reis e Monica Vieira, que souberam entender minhas

ausências e silêncios, mas sempre incentivando minhas empreitadas. Companheiras de todos os risos e choros;

A amiga, comadre e cúmplice de muitas jornadas Cristiani Machado, pelo olhar atento, incentivo e cuidado, todos na bela medida do afeto;

A Luciana Lima, Kaluzinha querida, companheirona de muito tempo, que me ajuda a caminhar nessa estrada acadêmica;

A Tatiana Wargas, pelo afeto, apoio, inúmeras trocas, e principalmente pela compreensão de minha ausência junto aos sempre desafiantes processos da Vice Direção de Ensino;

A querida Patrícia Ferreira, deliciosa descoberta de além-mar. Amiga e parceira nos momentos certos;

Ao casal Conceição Cano e Fabrício Rocha por toda o companheirismo ao longo de minha estadia em terras lusas, especialmente pelo apoio e leveza com que lidaram com minhas tantas demandas;

A queridíssima Débora Dias, pela candura, amizade e, principalmente, pelo constante cuidado, que é próprio de quem sabe o que é estar fora de seu território;

Às deliciosas, férteis e imprescindíveis trocas com bons companheiros de jornada Vico Melo, Pedro Almeida, Fernando Goya, Maurício Hashizumi, Aline Mendonça, Rosana Arantes, Bruno Sena, Élide Lauris, Sara Araújo e Irina Castro. Saudades de um tempo...;

A Carlos Machado, amigo querido, companheiro de trabalho e de outros desafios na vida de nossa escola, por me apresentar às produções e à pessoa de João Arriscado Nunes, e também por ser um dos principais incentivadores na minha 'virada acadêmica';

A Maria Helena Carvalho, cuja generosidade é tanta que qualquer agradecimento será muito pouco, pois certamente extrapolariam os limites destas linhas. Ainda assim me esforço para dizer o quanto reconheço a grandeza de seu apoio e consideração;

A Antônio Ivo de Carvalho, Henry Jouval, Paulo Gadelha, José Roberto Ferreira e Cláudia Parente, pelo apoio e incentivo na minha empreitada além-mar;

A Carlos Morel, Luís David Castiel e Ana Luísa Viana, pelo incentivo, retratado nas cartas de apresentação junto ao CES/UC e ao CNPq;

A Rafaela Pannain e Christelle Hounsou pelo valoroso auxílio com a língua francesa;

A Rosângela Carvalho, Luciene Vicente, Marilúcia Oliveira, Denise Almeida, Marcelo Costa e Cristiane Rocha, queridos profissionais das Vices Direções de Ensino e de Escola de Governo em Saúde, pelo apoio de sempre;

E por fim, agradeço ao amor e a parceria de minha tão amada amiga Regina Bomfim, que esteve sempre do meu lado em tantos momentos e desafios. Sua ausência ainda me é muito presente.

Resumo

Um dos principais objetivos e desafios desse estudo residiu em saber aproximar-se de momentos concretos da vida de pessoas diagnosticadas com tuberculose em situação de vulnerabilidade. Tendo por pressuposto a relação entre políticas, dinâmicas de vidas, sofrimento humano e doenças, o estudo dedicou-se sobre pontes de diálogos (im)possíveis na produção de conhecimentos em saúde, em diferentes quadros de referência – do paradigma biomédico; da determinação social da saúde; da subjetividade dos sujeitos do cuidado e da vulnerabilidade social. Para tanto debruçou-se em diversificados registros da produção de conhecimentos, diretrizes e práticas – da saúde global, das políticas federativas e das práticas locais. Neste último campo, acompanhou-se profissionais de saúde na feitura de conhecimentos em práticas de saúde, nomeadamente no que se refere ao tratamento diretamente observado da tuberculose, operado sobre pessoas em situação de vulnerabilidade em dois espaços na cidade do Rio de Janeiro – em uma área de condições ambientais e moradias precárias, e em cenários e agrupamentos de pessoas em uso do *crack* e de outras drogas. Vivenciou-se, em diferentes encontros e modos de levar à vida - desejos, curas, abandonos, festas, retornos de tratamento, internações, beleza e mortes. O transitar do estudo por diferentes campos propiciou perceber os agenciamentos, contextualmente construídos, que forneceram elementos ao entendimento da saúde como valor social em situações concretas, ainda que se reconheça que este valor permaneça sendo um imenso desafio, em termos tanto de inscrições em políticas como em práticas de saúde.

Palavras-chave: Vulnerabilidades; determinação social da saúde; tuberculose; atenção primária em saúde; pobreza; doenças negligenciadas.

Abstract

This study's main goals and challenges has to do with approaching, responsibly and empathically, concrete moments of lives of people diagnosed with tuberculosis. It also has to do with lives lived amidst multiple situations of vulnerabilities. The relations and connections between politics, dynamics of life, human suffering and diseases work here as some of the presuppositions and guidelines searching to establish bridges of dialogues in the (im)possible production of knowledge in health, throughout different frames of reference - the biomedical paradigm; social determination of health; the study of subjectivity of caring as well as studies concerning social vulnerability. Different modes and regimes of knowledge production were engaged during this research - global health, federative politics and local practices. In the later, the practices of the health professional's work were observed, namely, the directed observed tuberculosis treatment of people whose lives involve dealing with situations of vulnerabilities, in two different regions located in the city of Rio de Janeiro. One of these regions has a precarious environment and housing conditions; the other involves settlements of people in the use of crack and other drugs. The transit that characterizes this study has enabled to shed some light into assemblages, contextually construed, providing an understanding of health, in concrete situations, as a social value, even if this value remains a challenge, both in terms of politics and health practices inscriptions.

Key-words: Vulnerabilities; social determination of health; tuberculosis; primary health care; poverty; neglected diseases.

Résumé

Le rapprochement de moments concrets de la vie des personnes, en situation de vulnérabilité, diagnostiquées de tuberculose, a été l'un des principaux objectifs et défis de cette étude. Étant donnée la relation entre les politiques, les dynamiques de vies, la souffrance humaine et la maladie, cette étude est dédiée aux ponts de dialogues (im)possibles dans la production de connaissances en matière de santé, dans des différents cadres de références – du paradigme biomédical ; de la détermination sociale de la santé; de la subjectivité des sujets des soins et de la vulnérabilité sociale. On s'est penché dans des différents répertoires de la production de connaissances, de lignes directrices et de pratiques – de la santé globale, des politiques fédératives et des pratiques locales. En ce que concerne le dernier, on a accompagné des professionnelles de la santé dans la production de connaissances dans les pratiques de santé, notamment en ce que concerne le traitement directement observé de la tuberculose dirigé aux personnes en situation de vulnérabilité dans deux espaces de la ville de Rio de Janeiro – dans une région où les conditions environnementales et d'habitation sont précaires, et dans des scénarios et des groupements d'individus faisant usage du crack et d'autres drogues. La suivie de ce processus dans des différents champs nous a permis de percevoir les agencements, construits dans certains contextes, qui ont fourni des éléments à la compréhension de la santé en tant que valeur sociale dans des situations concrètes, en reconnaissant tout de même le fait que cette valeur reste un immense défi, en termes d'inscriptions politiques et de pratiques de santé.

Mot-clés: Vulnérabilités; détermination sociale de la santé; tuberculose; attention primaire en santé; pauvreté; maladies négligées.

Conteúdo

| | |
|---|------------|
| Introdução | 1 |
| Parte I – Réguas e compassos – entre conceitos, políticas, arenas e normativas que inscrevem saúde e doença | 10 |
| I. Em trilhas traçadas por negligências e vulnerabilidades - os caminhos da tuberculose nos percursos da pesquisa..... | 10 |
| II. Sobre sujeitos, doenças e práticas de saúde - enfoques conceituais em diálogo . | 20 |
| II.1- Práticas de saúde – o corpo na interface das tecnologias biomédicas | 22 |
| II.2 - Repensando objetos – espaços, grupos, dispositivos e corpos. | 28 |
| II.3 - conhecimento moderno no projeto da colonialidade do poder – questionando os ‘universais’ | 32 |
| II.4 - Biopolíticas - ordenando corpos e populações | 38 |
| II.5 - As práticas de saúde nos enfoques e projetos da Medicina Social e da Saúde Coletiva | 50 |
| II.6 - A contribuição da concepção de vulnerabilidade em saúde..... | 64 |
| III. Saúde Global, doenças emergentes, re-emergentes e negligenciadas – o reconhecimento da negligência é contraponto às desigualdades e vulnerabilidades? | 67 |
| III.1 - Saúde global - concepções, alinhamentos e disjunções. | 67 |
| III.2 - Agendas da Saúde Global – doenças emergentes re-emergentes e tropicais negligenciadas | 78 |
| III.3 - A inscrição das ‘Doenças Negligenciadas’ na agenda da Saúde Global | 81 |
| III.4 – Notas sobre as Doenças Negligenciadas | 86 |
| IV. Inscrições político-institucionais e territoriais – atores, agendas e dispositivos sobre vulnerabilidades e Tuberculose | 96 |
| IV.1 - A Tuberculose na agenda da Saúde Global – um panorama..... | 101 |
| IV.2 - Políticas e programas nacionais – a Tuberculose e os dispositivos de controle no arranjo federativo brasileiro | 110 |
| IV.3 - A tuberculose no Rio de Janeiro | 115 |
| IV.4 – Notas sobre o <i>DOTS</i> no Brasil..... | 121 |
| IV.5 - Elementos precursores e prioridades do <i>DOTS</i> na cidade do Rio de Janeiro..... | 124 |
| IV.6 - Dispositivos de organização da atenção em performances de tuberculoses - o enfoque na Atenção Primária em Saúde | 128 |

| | |
|--|-----|
| IV.6.1 - A atenção primária no cenário internacional..... | 129 |
| IV.6.2 - Apontamentos sobre a atenção primária à saúde no Brasil | 133 |
| IV.6.3 - Dispositivos precursores da Política Nacional de Atenção Básica – o PACS e o PSF..... | 136 |
| IV.6.4 - A expansão e reorientação da atenção primária – a Estratégia Saúde da Família..... | 139 |
| IV.6.5 – O desenho da Atenção Básica a partir de atributos | 142 |
| IV.6.6 - A Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro – a expansão nos anos 2010 | 145 |
| IV.7 - Políticas Públicas para a pobreza e população em situação de rua – o recorte da assistência social e da saúde | 148 |
| IV.7.1 – Atuação da assistência social para a população em situação de rua no período recente..... | 151 |
| IV.7.2 - Atenção à saúde às pessoas em situação de rua – o Consultório na Rua | 161 |
| IV.8 - Espaços e movimentos sob a tessitura das desigualdades – os territórios em vulnerabilidade | 171 |
| IV.8.1 - Rocinha e Manginhos – dois palcos de desigualdades e vulnerabilidades | 179 |
| Parte II - Encontros e cenários – performatizando tuberculosos..... | 187 |
| V. Aqui a Tuberculose é assunto todos os dias – nas práticas de saúde em becos e vielas da Rocinha. | 191 |
| V.1 - A Clínica da Família | 194 |
| V.1.1 - A estrutura física | 197 |
| V.1.2 - As equipes | 201 |
| V.2 - A Equipe 5 | 203 |
| V.3 - O encontro na escada e a rápida inserção na equipe | 207 |
| V.3.1 - Descendo a rua | 209 |
| V.4 - Encontros e sujeitos – acompanhando o <i>DOTS</i> | 216 |
| V.4.1 - A Família ‘DOTS’..... | 217 |
| V.4.2 - À espera, na soleira da porta, já com o copo d’água na mão. | 232 |
| V.4.3 - No escambo de cesta básica por marmita – breve trajetória entre o diagnóstico de tuberculose e morte | 238 |
| V.4.4 - Bem lá no alto do morro..... | 248 |
| V.4.5 - Com o ‘vínculo’ na bolsa - os encontros com Helena e a ponte entre dois cenários de práticas de saúde..... | 257 |

| | |
|---|------------|
| VI. Suzana varre a calçada da ‘cracolândia’ – em práticas de saúde nas ruas, embaixo de pontes e viadutos | 261 |
| VI.1 - Conhecendo o campo - o Consultório J e os profissionais da equipe | 268 |
| VI.1.1 - Envolvimento e participação | 271 |
| VI.2 - Dispositivos das práticas – as mochilas-ambulatório..... | 281 |
| VI.3 - Os cenários de práticas – nos espaços urbanos e nas formações de ‘cenas de uso’ | 288 |
| VI.4 - Cotidiano da equipe do Cnar – a vulnerabilidade e a plasticidade de agendas | 306 |
| VI.4.1. - Batons vermelhos, sombras azuis cintilantes e comprimidos contra a tuberculose - busca do corpo são em cenário de ‘exclusão’ | 307 |
| VI.4.2 – Em meio ao trabalho de seleção de material reciclável, um intervalo para o curativo na lesão do tórax..... | 311 |
| VI.5 - Encontros e sujeitos – onde se conformam Tuberculoses | 315 |
| VI.5.1 – Com o ‘vínculo’ na bolsa - os encontros com Helena na ponte entre dois cenários - Parte 2..... | 316 |
| VI.5.2 – Uso intensivo de ‘crack’, magreza extrema e adesão ao tratamento da tuberculose – os desafios de Glória..... | 327 |
| VI.5.3 – Os sentidos da exclusão e a não destituição de sujeitos desejantes – notas sobre Maria Clara | 331 |
| Considerações Finais..... | 336 |
| Índice das Entrevistas..... | 344 |
| Referências bibliográficas | 346 |
| Anexos..... | 366 |
| Anexo I – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa..... | 366 |
| Anexo II - Fluxograma do atendimento ao cliente adulto com suspeita de tuberculose ... | 368 |
| Anexo III – Caderneta de Controle do Tratamento Diretamente Observado | 370 |
| Anexo IV – Folder sobre coleta de escarro | 371 |
| Anexo V – Imagens de territórios | 372 |
| Anexo VI – Campanhas publicitárias da AIDS..... | 375 |
| Anexo VII – Imagem da lesão torácica do paciente | 376 |

Lista de quadros e figuras

| | |
|--|-----|
| Figura 1 – Gasto total em saúde em relação ao PIB, por países, segundo região, 2013..... | 70 |
| Figura 2 – Gasto per capita em saúde, por países, segundo região, 2013 | 70 |
| Figura 3 - Recursos de fontes externas em relação aos gastos totais em saúde, por países, segundo região, 2013..... | 72 |
| Figura 4 – Distribuição global da Hanseníase em 2011 | 83 |
| Figura 5 – Distribuição global da Dengue em 2011..... | 84 |
| Figura 6 – Taxa estimada de incidência da Tuberculose por 100 mil habitantes, 2014..... | 108 |
| Figura 7 - Taxa estimada de mortalidade por Tuberculose por 100 mil habitantes, 2014..... | 109 |
| Figura 8 – Coeficiente de incidência de tuberculose por UF. Brasil, 2012. | 112 |
| Figura 9 - Coeficiente de incidência de tuberculose. Estado do Rio de Janeiro, 2012..... | 116 |
| Figura 10 - Distribuição espacial da taxa de incidência de tuberculose*. Rio de Janeiro, RJ, 2004 a 2006..... | 118 |
| Figura 11 - Mapa do Índice de Vulnerabilidade Social. Brasil, 2000 e 2010. | 175 |
| Figura 12 – Orientações para a coleta de escarro para exame de baciloscopia | 371 |
| Figura 13 – Exemplos de Campanhas Publicitárias do Programa DST/AIDS ... | 375 |
| | |
| Gráfico 1 – Evolução da pobreza e reduções devidas ao PBF – Brasil, 1998-2010..... | 98 |
| Gráfico 2 – Coeficiente de incidência de tuberculose segundo formas da doença. Brasil, 2003-2012..... | 112 |
| Gráfico 3 - Coeficiente de mortalidade por tuberculose como causa básica e causa associada*. Brasil, 2003-2012..... | 113 |
| Gráfico 4 - Coeficiente de incidência de tuberculose. Rio de Janeiro, 2003-2012..... | 116 |
| | |
| Gráfico 5 - Taxa de Incidência de Tuberculose* - Brasil, Estado e Município do Rio de Janeiro e Rocinha, 2014..... | 120 |
| Gráfico 6 - População em situação de rua segundo histórico de internação ... | 157 |

| | |
|--|-----|
| Imagem 1 – Exemplo de uma Caderneta de Controle do TDO preenchida..... | 370 |
| Imagem 2 – Vista da casa de Luciano | 372 |
| Imagem 3 – Exemplo de um dos valões no território. | 372 |
| Imagem 4 – A travessia por cima do ‘valão’ | 373 |
| Imagem 5 – Teste de gravidez realizado na rua. | 374 |
| Imagem 6 – Tórax do paciente em situação de rua que recebe curativo da equipe. | 376 |
| Tabela 1 – Indicadores de tuberculose. Município do Rio de Janeiro, 2010-14..... | 117 |

Lista de Siglas

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS – Acquired Immunodeficiency syndrome

APS – Atenção Primária à Saúde

CAB – Cadernos da Atenção Básica

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

Cnar – Consultório na Rua

CF – Clínica da Família

DOTS – Directly Observed Treatment, Short-course

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ESF – Estratégia Saúde da Família

FMI – Fundo Monetário Internacional

HIV – Human Immunodeficiency Virus

ILTB – Infecção Latente da Tuberculose

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LBA – Legião Brasileira de Assistência

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

MS – Ministério da Saúde

MSF – Médicos Sem Fronteiras

ODM – Objetivos do Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos do Desenvolvimento Sustentável

ONG – Organização Não Governamental

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNCT – Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PNH – Política Nacional de Humanização

PSF – Programa Saúde da Família

RJ – Rio de Janeiro

SBMGC – Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária

SES – Secretaria Estadual de saúde

SMDS – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SR – Sintomático Respiratório

SUS – Sistema Único de Saúde

TB - Tuberculose

TDO – Tratamento Diretamente Observado

TBMDR – Tuberculose Multi Droga Resistente

TDO – Tratamento Diretamente Observado

UF – Unidade da Federação

UPP – Unidade de Polícia Pacificadora

WHO – World Health Organization

Introdução

Quando a gente mostra um outro lado, como paciente, um outro lado que nem o médico ou a sociedade conhecem, de uma doença que as pessoas têm ainda vergonha de dizer (...) principalmente em relação as doenças negligenciadas, a gente precisa humanizar. Mas a humanização só acontece quando há o conhecimento de um lado que nunca falou.

Esse é o depoimento de Rita de Cássia Smith, Agente Comunitária de Saúde e líder do Grupo de Apoio aos Pacientes e Ex-pacientes de Tuberculose da Rocinha, na abertura do filme ‘Epidemia Oculta - diários de tuberculose’¹. O documentário mostra Rita andando por becos e vielas da localidade. Ao chegar em um trecho muito escuro, entre duas paredes de casas, ela diz: “Esse é o beco que eu passava todos os dias da minha vida. Eu era obrigada a passar por aqui porque morava lá atrás. Rita aponta para o final do beco, onde depreende-se haver uma casa, porém não é possível enxergar, pois, a despeito de ser um dia claro, a área é ainda mais escura naquela parte do beco. Fala que ali passam duas “valas negras”. Ouve-se barulho de água correndo embaixo, mas dada a falta de luminosidade, também não é possível vê-las.

A filmagem segue Rita até a casa do Sr. Danda – uma moradia de apenas um cômodo, no qual vê-se uma geladeira, cadeiras, roupas penduradas num fio estendido ao longo da parede e uma cama. Sobre uma prateleira ao lado desta, estão dispostas duas mamadeiras. Parece haver apenas uma janela, que fica ao lado da porta, e ambas dão acesso ao beco. A luz da casa está acesa, já que não há acesso a iluminação natural.

¹ Vídeo produzido pelo Selo Fiocruz Vídeo. Acesso em 20 de março de 2016. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=ruZj_XNKVXs

O Sr. Danda fala sobre as várias vezes que já teve tuberculose, enfatizando duas questões. A questão de as repetições não serem por descontinuidade de tratamentos, e sim pelo contato frequente com outras pessoas da família, que também tiveram a doença na sequência da sua. Ressalta ter recebido alta dos tratamentos anteriores. A outra ênfase é em relação ao tratamento atual, que já tem a duração de quatro anos. Neste último foi submetido a diversos esquemas terapêuticos, porém sem conseguir ficar curado, indicando estar com tuberculose multirresistente (TBMDR). Ele queixa-se de dificuldades respiratórias, mostra seus medicamentos e demonstra o uso de um inalador, informando precisar utilizá-lo todos os dias. Rita faz questão de mostrar as condições insalubres da casa de Sr. Danda, ressaltando: “Vejam, ele não tinha como não pegar a doença de novo. ”

Problematizar as intervenções de saúde - dispositivos biomédicos e políticas de saúde pública, em relação aos muitos ‘Srs. Dandas’ significa colocá-los enquanto problema social, alinhando-os com a noção da determinação social da saúde. Enfatizar esse diálogo é problematizar limites e possibilidades sobre a produção de conhecimentos no âmbito dos sistemas explicativos das ciências, especialmente as de perspectivas médicas. É também reconhecer que estão presentes em diversas abordagens sobre saúde e que ocorrem em múltiplos espaços - nas ações do cuidado, em pesquisas, nas arenas de formulações de políticas, nas práticas profissionais, e em estratégias individuais e coletivas de sobrevivência, imersas nos territórios onde se desenrolam os encontros formais e informais da vida.

Entretanto, há esforços políticos, econômicos e epistemológicos voltados para o reconhecimento e legitimação de apenas algumas maneiras e espaços formais, enquanto legítimos produtores de conhecimento, nos quais o debate é protagonizado e apropriado por um seleto grupo de agentes, que operam com uma determinada noção de ‘ciência’. O projeto dessa epistemologia é indissociável do projeto da ciência moderna. No campo da ciência ocidental grassam esforços no sentido de globalização de (algumas) formas de conhecimento, que se pretendem exclusivas expressões de ‘verdades’. (Santos, 2010; Mignolo, 2003; Castro-Gomez, 2007; Foucault, 2010; Latour, 1994).

A relação entre sujeitos, saúde e ambiente é fundamental ao entendimento sobre o adoecimento de populações. Essa relação assume papel de destaque em diversas esferas, como nos campos da medicina e da saúde pública - espaços privilegiados de estudos e intervenções, geradores de um amplo conjunto de conhecimentos, que impactam em formas de operar a relação 'saúde e doença'. As análises desse campo englobam aportes epistêmicos capazes de abranger as relações existentes entre um amplo espectro de agentes envolvidos - governos; mercados; grupos sociais; profissionais; entidades de classe; organizações de usuários do sistema de saúde, entre outros, a partir de uma complexa noção de relações sociais e de governança em saúde.

Investigações científicas e produção de tecnologias de saúde vêm espelhando tendências de diretrizes globais, capazes de atrair recursos de conhecimento, poder político e financeiros, que informam um determinado modo de produção de conhecimento e que não dialogam necessariamente com os contextos histórico, social e cultural de diferentes realidades. Informam políticas muitas vezes dissociadas das especificidades de territórios, populações e indivíduos. Significativo conjunto de autores tem se dedicado a esse debate, em especial no que se refere à problematização de temas como a exclusividade na vertente biomédica do cuidar em saúde e as repercussões de abordagens e práticas discriminatórias e excludentes (Fassin, 2012a; Farmer, 2005; Biehl, 2005), assim problematizadas por Lock and Nguyen:

Our position is that biomedical technologies are not autonomous entities, the effects of which are essentially uniform whenever they are put into operation. Professional choices about the use of specific technologies – when exactly to put them into practice, and how to interpret the results and effects that they bring about – are combined with broader societal variables including culturally informed values and constraints, specific local and global objectives, economic disparities, and inconsistent or non-existent regulations” (2010:5)

A noção de determinação social da saúde², ao incorporar em seus marcos elementos das ciências sociais críticas e operar para além de uma concepção

² A discussão conceitual sobre determinação social da saúde é feita mais à frente. Entretanto, anticipo que a noção de saúde e adoecimento, sob a perspectiva da determinação social, faz

restrita de tecnologias biomédicas, fundamenta uma outra compreensão sobre ‘adoecimentos’, que pode ampliar o entendimento sobre o que ocorre com o Sr. Danda em seus diversos episódios de tuberculoses. A vulnerabilidade das suas condições de vida, aliada ao acesso a dispositivos biomédicos e formas de operar da saúde pública, indicam agenciamentos e conexões que merecem ser considerados, na composição do quadro de doenças próprias das desigualdades, mais frequentes em populações empobrecidas em países do Sul global (Santos, 2010), denominadas de doenças negligenciadas (Morel, 2004). Reconhecer a tuberculose como doença negligenciada aponta para desdobramentos de um conjunto ampliado de negligências - de corpos, sujeitos e territórios, na problematização de formas de produção de conhecimentos e práticas que operam sobre estes. Essa perspectiva analítica delinea o desafio que se pretendeu enfrentar no presente estudo.

O contexto de contradições marcado, por um lado, pela extrema pobreza e por outro, pela ampliação do acesso as ações de saúde, foi o ponto de partida para indagações e análises acerca da universalização do tratamento para tuberculose em populações altamente vulnerabilizadas³ - suas formas de atuação e repercussões operadas sobre territórios e sujeitos em seus modos de viver. O perfil atual da tuberculose, por ser uma doença evitável e curável e marcadamente localizada em populações vulnerabilizadas, pode ser visto como um resumo, ou mesmo um paradigma da noção da determinação social da saúde, conjugando diversos elementos de diferentes dimensões – da epistemologia biomédica, da saúde global, das desigualdades capitalistas, das vulnerabilidades locais, das práticas e relações em saúde, da ordenação de corpos e territórios.

Questionar essas relações implicou em desenhar um estudo que abarcasse apenas algumas das diversas dimensões do processo ‘saúde-doença-território’,

conexão com processos histórico, sociais e subjetivos, importando a maneira com que sociedades organizam a vida material e social e os espaços e papéis ocupados pelos sujeitos nesse enredo (Paim e Almeida Filho, 1998).

³ Opto por usar o termo ‘vulnerabilizadas’ em relação a populações, territórios, pessoas e corpos, ao invés de ‘em vulnerabilidade’, no sentido da não naturalização do termo, para fornecer a ideia de uma construção de vulnerabilidades. A intenção é ressaltar que a condição de vulnerabilidade é forjada por ações ‘vulnerabilizantes’. Esse é um entendimento importante à noção de determinação social do processo saúde-doença, trabalhado no decorrer do estudo.

nas perspectivas clínica, epidemiológica, territorial e política. Considero a discussão dessas dimensões como relevante na medida em que se torne viável ampliar o diálogo entre autores e seus aportes teóricos em relação às vivências do estudo de campo (do terreno). Portanto, não se intenciona trabalhar com uma única vertente teórica, que se proponha sustentar todo o trabalho, para ao final ratificar assertivas. Ao contrário, a aposta está em pontes de diálogo, que referenciem e iluminem caminhos e perspectivas.

As questões que orientam esta tese, portanto, resultam do próprio caminhar da pesquisa. Essa afirmação reforça o entendimento do campo como espaço de produção reflexiva, estabelecida em diálogos entre os marcos conceituais e aquilo que foi sendo vivenciado. Reconhecidamente, sobre aquilo que pude depreender como elementos do campo, não sendo este, conseqüentemente, um lugar de comprovação de hipóteses, mas de buscas para entendimentos possíveis acerca das inquietações iniciais.

As escolhas e caminhos percorridos que delinearam o estudo são apresentados na próxima parte do trabalho, intitulada **Em trilhas traçadas por negligências e vulnerabilidades - os caminhos da tuberculose nos percursos da pesquisa**. Essas trilhas traduziram-se na estruturação do estudo e, conseqüentemente, na organização da tese. Esta está dividida em duas partes, subdivididas em cinco capítulos. Ao final traz-se algumas notas (in)conclusivas, organizadas em termos de considerações finais. A Parte I – **Réguas e compassos – entre conceitos, políticas, arenas e normativas que inscrevem saúde e doença**, é composta de três capítulos (II, III e IV). Tem por objetivos apontar as ancoragens conceituais do trabalho; oferecer uma aproximação das discussões geopolíticas e econômicas da saúde, no recorte das doenças negligenciadas em especial da tuberculose – seus contornos e inscrições nas arenas global, nacional e local, organizada nos seguintes capítulos: o Capítulo II - **Sobre sujeitos, doenças e práticas de saúde - enfoques conceituais em diálogos**, traz um conjunto de leituras acerca da produção de conhecimentos e práticas em saúde, realizadas na esteira de diversificados quadros de referência, que, porém, podem dialogar entre si. Algumas observações preliminares, referenciadas com os

elementos do campo, já são trazidas nesse capítulo, servindo-se de contribuições críticas dos marcos conceituais.

No Capítulo III – **Saúde Global, doenças emergentes, re-emergentes e negligenciadas – o reconhecimento da negligência é contraponto às desigualdades e vulnerabilidades?**, proponho pôr em questão os ordenamentos da economia política no debate sobre a globalização e as tensões presentes no campo da produção de conhecimento e repercussões para a saúde. Problematizo essa relação tomando por imagem as ‘realidades locais’ – adoecimentos e traduções de diretrizes do cuidado em saúde, nomeadamente sobre as doenças negligenciadas.

O quarto e último capítulo dessa primeira parte, **Inscrições políticas, institucionais e territoriais – atores, agendas e dispositivos sobre vulnerabilidades e Tuberculose**, corresponde a um exercício sobre uma gama ampliada de inscrições que imprimem elementos evocados na cartografia de doenças, em especial da tuberculose. O mapeamento de inscrições e elementos que circundam a tuberculose direcionou o estudo para uma diversidade de arenas, fóruns, agendas e dispositivos como as políticas, em especial a Política Nacional de Atenção Básica; o Programa Nacional de Combate à Tuberculose, estratégias da Organização Mundial da Saúde como a STOP TB. A abordagem dessas inscrições é permeada por discussões analítico-conceituais em relação aos temas evocados.

Enfoca-se também um conjunto de normativas que se propõem a ordenar diversas ações de saúde, assim como a percepção de atores chave presentes nas arenas técnico-políticas. Esse debate é precedido por um esforço de mapeamento e dimensionamento da tuberculose como problema global/nacional/local. É, portanto, neste capítulo que se discute dois dos dispositivos de atenção à saúde postos em ação e dirigidos a pessoas vulnerabilizadas: a Estratégia Saúde da Família e o Consultório na Rua. A abordagem está voltada ao desenho assumido e à percepção de atores sobre esses dispositivos – profissionais, gestores, pesquisadores e ativistas. Como é fruto do mapeamento de inscrições sobre tuberculosas nos territórios de vulnerabilidades, estes também são apresentados:

a Rocinha e Manguinhos e adjacências, sendo sua apresentação precedida por uma breve discussão sobre a noção problematizadora de território (Milton Santos, 1999) e a vertente da promoção de saúde emancipatória de base territorial (Porto, 2015).

Ressalta-se que um dos principais objetivos desse estudo é problematizar a produção de conhecimentos em práticas de saúde, a partir de uma realidade concreta, na sua relação entre condições e dinâmicas de vida e doenças ‘evitáveis’, sob o paradigma da saúde pública e biomédico. Portanto, é na Parte II – **Encontros e Cenários – Performatizando Tuberculosos**, que se traz uma discussão sobre caminhos e práticas de atenção primária em saúde voltadas para a tuberculose, elencando como um dos principais focos a produção de cuidados em saúde, ou seja, a dimensão assistencial na feitura de saberes em saúde. Esta parte da tese é subdividida em dois Capítulos (V e VI), ambos retratando uma segunda imersão de campo em dois territórios e dispositivos assistenciais. O Capítulo V - **Aqui a tuberculose é assunto todos os dias’ – nas práticas de saúde em becos e vielas da Rocinha**, é dedicado aos encontros em torno da tuberculose em uma equipe da Estratégia Saúde da Família, e o Capítulo VI - **Suzana varre a calçada da ‘cracolândia’⁴ – em práticas de saúde nas ruas, embaixo de pontes e viadutos**, está voltado aos encontros da equipe do Consultório na Rua.

Há um considerável volume de estudos que envolvem, de alguma forma, o tema da tuberculose, em diferentes enfoques e perspectivas. Entretanto, há lacuna em trabalhos dedicados ao cotidiano das práticas de saúde, que acompanhem os agenciamentos e conexões diariamente tecidas, e que envolvam os cenários e

⁴ O termo ‘cracolândia’ é utilizado pelo senso comum para designar as áreas de concentração de pessoas em torno do uso da substância considerada ilícita denominada de ‘crack’. Bastos e Bertoni (2014) utilizam o termo ‘cenas de uso’ para designação desses espaços utilizados, com frequência e permanência variáveis, por grupos de pessoas para o uso não apenas do crack, mas também de outras drogas ilícitas. Ao longo do trabalho utilizarei os termos ‘cracolândia’ e ‘cenas de uso’ na designação desses espaços. Entretanto, a escolha do emprego de uma ou outra terminologia é fruto de escolhas feitas quando da imersão no campo. O termo ‘cenas de uso’ será utilizado para designar esses espaços apenas como ‘generalidade’, e em referência às publicações de autores que o utilizam, e também ao dar conta das narrativas de alguns profissionais, que absorveram o uso do termo em suas práticas. ‘Cracolândia’ também só será utilizada quando em generalidade, mas sobretudo em todas as demais situações, dado ser o termo ‘nativo’ - utilizado pelos frequentadores dos territórios nos quais ocorrem o consumo daquelas substâncias. Quando em relação a cada uma delas, em particular, serão utilizados nomes ‘próprios’, porém fictícios, para referir esses frequentadores.

encontros enredados nas práticas, especialmente em relação ao tratamento diretamente observado. A maior parte dos estudos volta-se ao tratamento de dados produzidos pelo programa, ou abordagens qualitativas mais voltadas à percepção de profissionais, gestores e, em menor proporção com os usuários, realizadas majoritariamente através de entrevistas (WHO, 2015b; Brasil, 2012b e 2014a; Dalcomo, 2007; Gerald Santos, 2006; Magalhães, 2014; Pereira, 2015; Ruffino-Netto, 2001). Não é frequente o 'ambiente' dos estudos ser a diversidade dos espaços onde se desenrolam os encontros diários, onde quer que estes ocorram, principalmente em torno da dose supervisionada. Esses estudos, em geral, estão mais voltados aos ambientes das unidades de saúde. Estes são sem dúvida importantes, mas os modos de levar a vida de pessoas não têm como cenário exclusivo os ambientes formais da saúde, eles ocorrem nos bairros, ruas, bares, casas, em conversas com vizinhos, em brincadeiras e discussões. É nesses ambientes que busco os sentidos assumidos nas práticas.

Nestes dois últimos capítulos emergem os sujeitos em situações de vida. Tendo como ponto de entrada as práticas do cuidado em saúde sobre pessoas e territórios vulnerabilizados, discute-se elementos como: diagnósticos, tratamentos, fome, valas, remédios, viver nas ruas, fugir da polícia, amar, curar, drogas, prontuários, fugas e morte. Todos são elementos de práticas presentes em redes de feitura de vida e de saúde. O estudo busca, assim, trabalhar a produção de conhecimentos em práticas de saúde não somente em seus ambientes formais, onde há esforços de ordenação de sujeitos, corpos e doenças. Estas práticas são orientadas por dentro da estruturação que conforma modelos de construções prediais; orientações de fluxos, áreas permitidas e não permitidas à circulação de pessoas, a depender do papel do sujeito naquele ambiente (pacientes e profissionais de saúde); organização dos processos de trabalho (atendimento em guichês, marcação de consultas, salas de espera, consultórios); entre outros dispositivos de coordenação. Ao contrário, por entender a tuberculose num duplo registro, enquanto resultado da vulnerabilização, mas que também vulnerabiliza, em diálogo com a noção de determinação social, buscou-se olhar as práticas de saúde também nos 'cenários de vulnerabilidade' – nos territórios onde pessoas

vivem, ocupam, transitam, relacionam-se e fornecem sentidos às suas formas de viver.

Buscar o sentido das práticas no terreno é reconhecer que nos espaços formais da saúde há uma tendência de apagamentos de sujeitos, operadas num outro quadro de referência, que legitima e confere sentido à inscrição de pessoas como ‘hipertensos’, ‘diabéticos’, ‘tuberculosos’, ‘gestantes’, ‘desnutridos’, etc. De outra forma, ainda que com importantes tensionamentos e contradições, dado que se trata da relação entre ‘usuário e profissional de saúde’⁵, é no terreno que tendem a emergir as ‘Anas’, os ‘Paulos’ e ‘Joãos’. O tratamento diretamente observado da tuberculose vai à casa de Ana no beco, encontra Paulo na ‘cracolândia’, procura por João embaixo do viaduto. O que significam esses encontros? Como as práticas de saúde deslizam por esses cenários - entre consultórios, salas de raio x, becos e ruas, tendo como elo de ligação os tuberculostáticos e a observação de sua ingestão? O que surgem em termos de sujeitos e doenças? O que as práticas alteram e como são elas alteradas nos espaços de vidas vulnerabilizadas? Essas foram algumas das indagações que estimularam a realização desse trabalho.

⁵ A produção de saberes e práticas de saúde é tema transversal do estudo. Portanto, será constantemente problematizada a questão da relação entre profissionais e usuários dos serviços de saúde, como bem alerta Nunes et al., (2014) pode ser um espaço de reafirmação da autoridade normativa da medicina e da saúde pública. Entretanto, os autores ponderam também que um olhar mais atento à dinâmica destes encontros, pode vislumbrar possibilidades de reconfiguração dessa relação, através práticas mutuamente consensuadas e responsáveis, ainda que dentro de limites, fornecidos pelo pelos repertórios de experiências e conhecimentos das pessoas envolvidas no encontro.

Parte I – Réguas e compassos – entre conceitos, políticas, arenas e normativas que inscrevem saúde e doença

I. Em trilhas traçadas por negligências e vulnerabilidades - os caminhos da tuberculose nos percursos da pesquisa

Vínculos entre doenças infecciosas e pobreza estão na origem de minha trajetória na saúde pública, e explicam algumas buscas e caminhos percorridos por esse campo. Há pouco mais de vinte e cinco anos atrás dou início à vida profissional tendo por cenário uma instituição de saúde, dedicada ao tratamento da hanseníase. A unidade de saúde estava localizada na área periférica de uma de uma pequena cidade da região metropolitana de Belém - capital de um dos estados de maior extensão territorial da Região Amazônica.

Este centro de tratamento da hanseníase estava situado em um espaço que anteriormente sediava um antigo asilo para os portadores da doença, definido como 'leprosário' ou 'colônia de hansenianos' - estrutura herdeira do modelo de isolamento de pessoas portadoras de doenças infecciosas de curso crônico, como a hanseníase e a tuberculose. o modelo asilar fazia parte de estratégias governamentais de conformação de barreiras sanitárias contra a cadeia de transmissão dessas doenças, findas apenas na década de 1960, quando da implementação de tratamentos mais efetivos em termos de bloqueio de transmissão e de cura.

Cedo percebi que as questões vivenciadas em torno da hanseníase transbordavam os limites do serviço de saúde e do consultório. Os caminhos percorridos de bicicleta pelas precárias condições do território, motivados pela busca dos contatos⁶ e também de atendimentos domiciliares suscitados por casos e situações como o atraso da dose supervisionada do medicamento, abandono, dificuldade de locomoção, etc., me levaram a moradias também precárias. Transitar pelo terreno, conversar com as pessoas, estar com elas em seus espaços, trouxeram elementos que apontavam para outras dinâmicas de 'adoecimentos'

⁶ Estratégia presente nos protocolos de doenças infecciosas como a hanseníase e a tuberculose, em que a família é buscada para a realização de procedimentos diagnósticos. É parte constitutiva das estratégias de bloqueio da cadeia de transmissão das doenças (Brasil, 2001a e 2007a).

que, como vim a perceber, estavam para além das referências biomédicas, seus manuais e protocolos, mais afeitas à perspectiva da determinação social da saúde.

Além dos aportes da clínica, à qual dedicava a maior parte do trabalho que desenvolvia, preocupavam-me também outras questões, como os apagamentos feitos sobre sujeitos e territórios, trazidos pelos enfoques de cunho mais quantitativo, *tout court*, operados em modelos analíticos predominantemente categoriais, como alerta Adorno:

Em uma área na qual predominantemente os “sujeitos” aparecem diluídos nas tabelas numéricas e associações estatísticas, a perspectiva da imersão no campo traz para a pesquisa um aspecto fundamental, o da leitura das condições e dos modos de vida a partir dos sujeitos, e, além disso, aponta que as questões de saúde-doença, alvo da epidemiologia e da saúde pública, adquirem um caráter mais complexo do que simplesmente o de resolver o problema do acesso a um tratamento específico. (2011:544)

Os determinantes sociais da saúde, em termos econômicos, sociais e políticos - das relações de poder, em especial as relações do poder do conhecimento e as práticas de saúde, com uma legitimidade conferida pelo conhecimento credenciado - permanecem presentes, entraram em minha agenda pessoal como um grande desafio. Naquele momento, apareceram apenas na perspectiva da clínica e, posteriormente, em perspectiva mais ampliada de saúde, que incluiu, além de práticas de saúde, a docência e a pesquisa. Esses são desafios que se mantêm e são permanentemente atualizados.

A maturação desse desafio como projeto de pesquisa, no âmbito do doutorado, manteve a preocupação da ‘tradução’/repercussão das desigualdades em ‘adoecimentos’, e o lugar dos acionamentos de práticas de saúde, num complexo processo de translação. Produção de conhecimentos e desigualdades, como chaves analíticas, abririam diversas possibilidades de campo, conseqüentemente, alguns limites e recortes foram sendo desenhados. A partir da noção de produção dialógica de conhecimento (Nunes, 2010), optou-se por buscar elementos conceituais que propiciassem aproximações sobre alguns campos, como a relação global/local (Santos, 2010; e Milton Santos, 2013), do conhecimento biomédico (Lock e Nguyen, 2010), do pensamento crítico da medicina social latino

americana (Breilh, 2006), da saúde coletiva (Paim e Almeida Filho, 1998) e dos estudos descoloniais (Mignolo, 2003; Castro-Gomez, 2007). Na perspectiva das desigualdades em saúde, chegamos até a noção de negligência enquanto chave analítica e sua perversa tradução em um conjunto de doenças, mais frequentes em territórios de pobreza e vulnerabilidades.

Percebi a necessidade de conjugação de caminhos que levassem à produção de conhecimentos em práticas com pessoas e doenças negligenciadas. Alguns recortes de campos e opções metodológicas se impuseram naquele momento – quais doenças (e pessoas) recebem o ‘rótulo’ da negligência? E quais espaços de produção de conhecimento, que operam sobre esse campo, serão olhados? Abriu-se um imenso (e angustiante) rol de possibilidades, que afinal apontavam para impossibilidades de, no espaço de um único estudo, serem objetos de imersão, tais como: a produção de pesquisas - clínicas, epidemiológicas e territoriais - sobre essas doenças; os espaços e eventos formais, que tinham por objetivo a transferência/compartilhamento de conhecimentos produzidos, tais como cursos, capacitações, discussões de protocolos; e por fim, um último campo da produção de conhecimento, trasladado em práticas de saúde voltadas para sujeitos e doenças - a dimensão do cuidado em saúde.

Portanto, havia que fazer escolhas, e nesse momento a segunda chave analítica assumiu protagonismo - as desigualdades sociais na perspectiva dos espaços onde estas ‘conformam’ doenças – os territórios de vulnerabilidade. O apelo relativo à produção de conhecimento em práticas de saúde emergiu, trazendo consigo elementos e contornos do território. Portanto, foram as práticas territoriais de saúde sobre doenças infecciosas, no recorte da negligência, que orientaram o desenho do estudo e que me levaram à tuberculose e a dois territórios.

Contudo, antes dessa escolha, os acompanhamentos de práticas de saúde sobre um leque mais ampliado de doenças negligenciadas estavam no rol de possibilidades. O quadro da tuberculose proporcionou poucas margens para outras escolhas, em termos de relevância e rentabilidade analíticas. O apelo da tuberculose se traduzia em diversas dimensões – (i) o impacto no **cotidiano dos ‘sujeitos do cuidado’** – a transmissão da doença, a tomada diária e supervisionada dos medicamentos, as reações ao medicamento em corpos

vulnerabilizados; (ii) a **epidemiologia** – a alta incidência da doença, a cadeia de transmissão; as diversas formas clínicas; (iii) a **conformação territorial** – as condições de transmissibilidade da doença favorecidas em face das precariedades/vulnerabilidades ambientais; (iv) a **ordenação de práticas clínicas e gerenciais** – nas diretrizes da saúde global como a poliquimioterapia, na duração relativamente longa do tratamento, no desafio das altas taxas de ‘abandono’; nos diversos processos e elementos diagnósticos; e (v) a focalização populacional, informando práticas de saúde diferenciadas, num enfoque e/ou **recortes de classe/renda/vulnerabilidade** - nas políticas e ações da atenção primária em saúde. Essas dimensões informaram não apenas os caminhos da pesquisa, como também os aportes teóricos e metodológicos do estudo e, em decorrência, a forma de organização da tese.

Aproximar-se das práticas de saúde significou estar nos espaços onde estas são postas em ação e, principalmente, a seguir os atores em acionamentos de diversos dispositivos. Conseqüentemente surgiu uma indagação: como e com quais dispositivos esses acionamentos são postos em marcha? Primeiramente, debruçou-se sobre alguns dispositivos, como protocolos diagnóstico e terapêuticos inscritos nas normativas das políticas; objetos e tecnologias de que dispõem, arcabouços epistemológicos das formações das profissões da saúde; os dispositivos de cuidados, previstos nas diretrizes gerenciais dos programas de saúde e seus fluxos (marcações de consultas e exames, busca ativa de sintomáticos respiratórios, exames físicos e análises clínicas, dispensação de medicamentos, visitas aos domicílios, distribuição de preservativos, exames, etc.).

7

Como proposto por Latour, seguir os atores significou acompanhá-los em seus entrelaçamentos com as coisas, de não os restringir ao “papel de informantes de casos de tipos bem conhecidos” (...), de tentar entender “o que a existência coletiva se tornou em suas mãos, que métodos elaboraram para sua adequação, quais definições esclareceriam melhor as novas associações que eles se viram

⁷ A ideia de ‘conhecimentos em práticas’ de saúde dialoga com a noção de ‘conhecimento incorporado nas práticas’. A etnografia realizada por Mol sobre práticas de saúde, nomeadamente sobre aterosclerose, propõe essa noção, nos termos da autora: “(...) *I have analyzed the knowledge incorporated in practices. The knowledge incorporated in practices do not reside in subjects alone, but also in buildings, knives, dyes, desks.* (2002:48)

forçados a estabelecer” (2012:31). Significou a possibilidade de pensar atores, grupos e coisas em práticas de associações, como uma interconexão, em termos de redes sociotécnicas - “rede de práticas e de instrumentos, de documentos e traduções” (Op. cit., 1994:119). Essa noção ancora e costura muitas das discussões empreendidas nesse trabalho, e portanto, frequentemente retomada.

Alguns conjuntos de elementos que fazem conexões nas práticas de saúde foram ordenados e analisados nos termos desse estudo. Um primeiro conjunto refere-se aos elementos textuais, aos ‘papéis’ que inscrevem as diretrizes acerca da tuberculose, sob os pontos de vista ordenador, diretivo e legal, produzidos em diversos âmbitos - global, nacional, estadual e local, tais como Relatórios nacionais e internacionais, Boletins epidemiológicos e de gestão dos programas de saúde, em especial do controle da tuberculose, Manuais, Guias, Leis, Portarias e textos de políticas e programas formalmente publicados. Foram realizadas análises de elementos históricos, institucionais, epistemológicos e políticos contidos nos documentos. As análises desse conjunto de materiais foram ancoradas por aportes conceituais das ciências sociais e da epidemiologia críticas, fruto de imersão em pesquisa bibliográfica realizada antes e ao longo do estudo, e postas em discussão em todo o corpo da tese, com destaque no Capítulo II.

Uma segunda entrada diz respeito à percepção e ao papel de atores-chave, presentes em diversas arenas - de formulação, regulação, avaliação e execução das políticas, ações e programas. A importância do olhar sobre a percepção dos atores e as posições que vocalizam (nas arenas global, nacional, estadual, municipal, nos serviços de saúde e da participação social – no ativismo da tuberculose), reside no reconhecimento de sua importância nos agenciamentos e deslocamentos, nos caminhos e fluxos de redes sóciotécnicas, que conformam realidades em torno da tuberculose, a partir de práticas concretas (Latour, 1994).

Ao longo de um ano e oito meses debruicei-me sobre estes materiais e também participei de fóruns como debates, capacitações, seminários e aulas. Nos seus temas, traziam questões em torno da tuberculose – na epidemiologia clínica; na atenção à saúde; em avaliações regionais e locais dos indicadores do programa de controle da doença; em reuniões e rodas de educação permanente, entre outros.

No decorrer desses encontros, foram identificados atores-chave, que exerciam lideranças técnico-políticas no campo. No sentido de uma maior aproximação em torno de suas percepções e formas de atuação sobre o assunto, realizou-se um conjunto de dezesseis entrevistas abertas com alguns deles, que desempenham papel estratégico em diversos campos nos quais a tuberculose é tematizada, tais como: dirigente da área de pesquisa e treinamento em Doenças Tropicais da Organização Mundial da Saúde; Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, responsável pelo Programa Nacional de Controle de Tuberculose; Sub Secretário de Vigilância Epidemiológica e Ambiental do estado do Rio de Janeiro; Sub Secretários de Atenção Básica do estado e do município do Rio de Janeiro; Coordenadores dos Programas da Tuberculose no estado e município do Rio de Janeiro; Secretário de Saúde do município do Rio de Janeiro; Coordenadora de Vigilância Epidemiológica do estado do Rio de Janeiro; Gerentes de Clínicas da Família; Médicos Infectologistas de Unidade de Pronto Atendimento; Pesquisadores - Infectologistas, Epidemiologistas e Biomédicos, envolvidos com pesquisas e gestão de plataformas e redes de pesquisas em tuberculose; e Secretário Executivo da Parceria Brasileira Contra a Tuberculose (Stop TB Brasil).

Um terceiro campo, e que reconhecidamente assume lugar de destaque no estudo, diz respeito à imersão nos espaços de práticas assistenciais, realizada através de observação participante, me dediquei a seguir os atores. Refiro-me ao acompanhamento dos atores como elemento de destaque, pois interessava-me sobremaneira uma maior aproximação sobre os modos de atuar, sobre acionamentos em práticas assistenciais, nos próprios cenários de prática do cuidado em saúde. Significava a possibilidade de contribuição à compreensão de agenciamentos e deslizamentos de objetos de conhecimentos, numa perspectiva ética sobre as ações do 'cuidar em saúde' (Nunes, 2011), que expressam relevantes contradições, nomeadamente as que tomam corpo em espaços e sujeitos em vulnerabilidade – as doenças infecciosas, ditas evitáveis, como a tuberculose⁸.

⁸ Em cumprimento da legislação brasileira que versa sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, o presente estudo foi submetido a apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, nomeadamente da instituição à qual estou vinculada profissionalmente e cuja pesquisa se encontra cadastrada – na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, instituição com larga experiência na apreciação de pleitos de pesquisas mais afeitas ao campo das ciências sociais

Nunes (2011), problematiza os contextos de pesquisas que envolvem seres humanos, na matriz biomédica, em relação a outros contextos de pesquisas, próprias das ciências sociais, “em particular, de formas de investigação como as de tipo etnográfico”, em que a dimensão do envolvimento humano assume outras perspectivas. Em diálogos de cunho filosófico com autores como Dewey e Fischer, Nunes nos fala sobre uma “ética situada e processual”, dando relevo a situações específicas em que transformações nas situações e contextos fornecem os contornos assumidos na pesquisa. Em relação às pesquisas em saúde, propõe relevante ponderação, nos seguintes termos:

A saúde é hoje um espaço em que novos planaltos éticos estão a emergir, ligados a questões tão diversas como as implicações dos desenvolvimentos na biomedicina sobre a capacidade de intervir na vida humana e de transformar as características dos organismos humanos, os efeitos da privatização da saúde e da sua transformação num mercado no acesso à saúde e no direito à saúde, as desigualdades na saúde entre Norte e Sul e no interior das sociedades do Norte e do Sul, as novas formas de governar os corpos e a vida, a constituição de novas formas de subjectividade, de cidadania e de acção colectiva no campo da saúde, as relações entre a biomedicina e as “outras” medicinas e terapias, mas também as formas sempre em transformação de sofrimento social e de violência estrutural. (Nunes, 2011:185)

Seguir os atores significou estar com os profissionais de saúde no decorrer de práticas voltadas às pessoas em diversas situações: em suspeita de tuberculose (sintomáticos respiratórios), em processo diagnóstico (baciloscopia de escarro, exames de Raio X), em tratamento para a tuberculose (administração de medicamento diretamente observada, episódios de efeitos adversos da medicação), nos processos de falta e ‘abandono’ do tratamento, nas hospitalizações e mortes. Aqui cabem algumas ponderações. A primeira diz respeito a minha inserção na dinâmica do trabalho. A posição de ‘observação’ implicou numa proximidade e convivência em cotidianos de práticas, alvo da imersão no campo, cujos contornos do posicionamento ético foram sendo cotidiana, situada e experiencialmente construídos, sempre de maneira relacional. Ou seja, a

em saúde. Foram cumpridos os requisitos relativos às exigências de aprovação, tais como a submissão dos dispositivos de registro do consentimento dos atores do campo (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), e a submissão da listagem dos atores com e temário a ser abordado e instrumentos a serem utilizados em entrevistas (Anexo I).

possibilidade de minha participação, em situações concretas, decorria de solicitações autorizativas, explicitadas pelas demandas dos profissionais, de solicitações feitas no sentido de auxiliá-los em determinadas circunstâncias, mas que exigiam constante reflexividade de meu papel no campo, especialmente pelo fato de também ser uma profissional de saúde. Desempenhar um ‘papel profissional’ foi substituído por uma outra postura no campo, a de auxiliá-los em tarefas mais simples, quando e se estes entendessem ser necessário, e também na forma que definissem, tais como: segurar material durante a feitura de curativos, ajudar a arrumar gavetas e portar medicamentos em visitas domiciliares, conforme será visto na sequência do trabalho. Minha forma de inserção no campo é parte constitutiva das descrições, ponderações e elaborações sobre o campo.

A segunda ponderação é sobre a escolha dos campos de pesquisa, que não foi feita de maneira aleatória. Ao contrário, foi fruto de uma certa ‘inscrição’ ou tradução em territórios e grupos de pessoas, de elementos constitutivos de chaves analíticas. Nos termos da determinação social, o estudo foi direcionado para áreas que concentravam as maiores incidências da doença - num recorte nacional: o estado e a cidade do Rio de Janeiro; e no âmbito local, da municipalidade: em dois territórios/grupos de pessoas, que concentram as mais altas taxas da doença – Rocinha e ‘cenas de uso’⁹ do crack em Manguinhos e seu entorno¹⁰.

Em relação à segunda chave, a produção de conhecimentos em práticas de saúde indicou o caminho no sentido de dois dispositivos assistenciais: a Estratégia Saúde da Família e o Consultório na Rua. Seguir os atores de duas equipes de profissionais desses dispositivos de atenção à saúde, nos percursos e trilhas da tuberculose, significou transitar em dois territórios de vulnerabilidades – no Território 5, uma área/sub bairro da Rocinha (uma das maiores favelas da cidade),

⁹ A conceituação desse termo será realizada a seguir.

¹⁰ Considero relevante a problematização de Adorno sobre as práticas de saúde incrustadas nas práticas cotidianas em contraposição a estudos numa concepção mais restritiva e limitada da biomedicina: “Pesquisas que venham a iluminar o cotidiano através de narrativas dos sujeitos vêm colocar problemas, no sentido em que relativizam o imperativo e a autoeficácia da intervenção sanitária, questionando o lugar da “saúde” como um dos campos que ainda vem afirmando uma certa filiação à modernidade, e sua crença na ciência e na técnica como redentoras da doença e do sofrimento. A identificação desses limites das ações sanitárias e das políticas empreendidas para as ‘populações vulneráveis’ apela ao recurso a novas sensibilidades para apreender o cotidiano de vida na sociedade”. (1994:545).

e em espaços urbanos ocupados por grupos de pessoas em situação de rua, majoritariamente em uso sistemático do *crack* e outras drogas consideradas ilícitas.

As duas equipes, cada uma em sua respectiva área, realizam ações de saúde que, em termos normativos, estão inscritas em diversos dispositivos ordenadores¹¹. Esses documentos, em que pesem suas especificidades, convergem para uma diretriz modeladora das principais ações: a estratégia *DOTS* - *Directly Observed Treatment, Short-course* (sigla em língua inglesa e internacionalmente disseminada que explicita algumas das premissas da estratégia, a ser abordada a partir do Capítulo III). Muitos elementos, para além daqueles previstos no protocolo do tratamento diretamente observado, compõem as agendas do processo de trabalho das equipes nestes dois territórios. Acionamentos de elementos do *DOTS* são ‘praticizados’ diariamente sobre pessoas em situações de vulnerabilidade, num esforço de ordenamento cotidiano de práticas de saúde presentes na noção de controle da tuberculose. As ‘práticas de *DOTS*’ nos territórios foram o meu fio condutor. Acompanhando o sentido proposto por Mol (2002), dediquei-me à descrição de práticas em torno de tuberculose(s)¹², sobre como doença(s) é/são ‘performatizada(s)’ em termos de práticas, sobre como é/são desdobrada(s) em sujeitos e corpos.

Because as long as the practicalities of ‘doing’ disease are part of the story, it is a story about practices. A praxiography. The ‘disease’ that ethnographers talk about is never alone. It does not stand by itself. It depends on everything and everyone that is active while it is being practiced. This disease is ‘being done’. (Mol, 2002: 31)

Como seguir os atores significou fazer parte do cotidiano do *DOTS*, foi integrada como um ‘membro’ a mais nas equipes da ESF e do Cnar. Minhas vivências e percepções sobre essa ‘integração’ são trabalhadas ao longo da tese, nos envolvimento e implicações em situações concretas no exercício da pesquisa. Estas estão mais presentes nas discussões sobre os “Encontros e Cenários de Tuberculosos” (Capítulos V e VI). Essa parte do trabalho de campo, desenvolvida

¹¹ Nas diretrizes produzidas desde o âmbito da saúde global, como guias e relatórios da OMS (com destaque para os documentos da *StopTb Partnership*), assim como nos manuais de caráter nacional, estadual e municipal, e também nos protocolos gerenciais dos dois modelos de atenção – a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Consultório na Rua - Cnar, ambos previstos na Política Nacional de Atenção Básica - PNAB.

¹² Mais à frente será discutida a noção de doenças múltiplas, que justifica o plural aqui utilizado.

através de observação participante, acompanhando os profissionais em suas práticas ao longo do tempo em que permaneci nas equipes, foram registradas em cadernos de campo - “Caderno Cnar” e “Caderno ESF Território 5”.

As histórias narradas nesse estudo não se propõem ser uma descrição de eventos ou de modelos de atenção, nem mesmo uma tentativa de avaliação sobre adequações/inadequações, proximidades/distanciamentos destas em relação a paradigmas epistemológicos, como os da biomedicina ou da saúde coletiva. Entretanto, assinalo que estes eventos mantêm uma complexa relação com outros, que se desenrolam em outros espaços. Sigo as ponderações de Mol (2002)¹³, e realizo uma descrição de eventos em busca de significados e repercussões nas vidas de sujeitos do cuidado em alguns espaços, como o Território 5, o consultório J, a Sideral; a América¹⁴, a Clínica da Família.

¹³ Mol refere o trabalho realizado sobre aterosclerose em um hospital na Holanda nos seguintes termos: “(...) *I assume that events in the next hospital, thirteen kilometers away, or over the border in Germany, or across the Atlantic have a complex relation with those I have witnessed*”. (2002:2)

¹⁴ Nomes fictícios dadas às ‘cracolândias’ nas quais desenvolvi parte do trabalho de campo.

II. Sobre sujeitos, doenças e práticas de saúde - enfoques conceituais em diálogo

A histórica assimetria no acesso de populações às ações de saúde, em especial nos contextos de sociedades com grandes desigualdades sociais, põe em questão alguns consensos, como a indiscutível relevância no uso de dispositivos de saúde na melhoria das condições de saúde das populações, quando questionada em relação a preponderância de uma matriz biomédica, fundada no pressuposto generalista e universalista de contextos, territórios e pessoas. O sentido assumido no presente trabalho está no questionamento desses pressupostos - da universalidade dos corpos, do entendimento único sobre estes, independentemente de onde estejam e de como vivem. Corpos humanos não são a mesma coisa em todos os lugares, são variantes de inúmeras dinâmicas, com destaque para as históricas, sociais, ambientais e políticas. Por outro lado, tecnologias biomédicas não são neutras, são artefatos cujo desenvolvimento não está imune a interesses diversos, com repercussões em vidas de pessoas.

Isso posto, torna-se necessário pensar na aplicação de aparatos biomédicos, quando de contextos de extrema desigualdade social, dada a violência estrutural historicamente construída, cuja opressão inscreve-se em corpos e em códigos de sociabilidades. As más condições de vida impactam nas condições de saúde, desafiando a aplicabilidade *tour court* de tecnologias biomédicas. Questiona-se suas formas de 'adequação' e 'aplicabilidade' em face de contextos desiguais, que projetam populações para situação de vulnerabilidade social, como ocorre no Brasil.

A leitura sobre a produção de conhecimentos e práticas em saúde a partir desse entendimento direcionou o trabalho na esteira de diferentes, porém dialogáveis, quadros de referência. Serve-se de um conjunto de contribuições críticas acerca da produção de conhecimento e suas leituras em termos de políticas sociais, voltadas para populações vulnerabilizadas, especialmente em relação as doenças infecciosas consideradas como negligenciadas, tais como a Tuberculose.

Nesse capítulo discute-se temas que são interligados e perpassam o trabalho como um todo - as concepções e acionamentos sobre corpos, sujeitos e populações, que subjazem em pressupostos e conhecimentos chamados a operar em termos de políticas e práticas de saúde. Essa tematização não será feita de modo estanque, ao contrário, é tratada associadamente a partir de quadros de referência dialogados com reflexões disparadoras de debates, fruto do estudo empírico realizado junto ao tratamento de pessoas com tuberculose em situação de vulnerabilidade¹⁵. Propõe-se olhar criticamente a concepção dominante da biomedicina, aqui entendida como a medicina ocidental moderna¹⁶, ancorada no entendimento de ser humano como algo essencialmente igual, em termos diagnósticos, de controle e tratamento de doenças.

O enfoque aqui proposto reside em olhar as bases de atuação da racionalidade biomédica, a partir da premissa de normalização dos corpos, para além das fronteiras em que foi privilegiadamente concebida – no Norte global (Santos, 2002 e 2010). Juntamente com as políticas de saúde pública, o espriamento global de tecnologias biomédicas representa uma das principais estratégias através das quais governos e agências transnacionais atuam, repousando nessa premissa da uniformidade, sobre os quais as práticas biomédicas tendem a agir de forma padronizada. A leitura que segue toma por base os enunciados de um conjunto de autores críticos ao projeto da modernidade, em especial os dos estudos descoloniais, voltadas ao campo da produção do conhecimento, e seus desdobramentos em termos políticos e sociais e num registro de dominação. Na sequência discute-se as contribuições de Foucault, em especial sua tese sobre o poder, as tecnologias de governo de populações, na constituição do que denomina de biopolítica, e suas traduções em termos de práticas e políticas de saúde. Em seguida enfoca-se as contribuições do debate latino-americano na conformação do campo da saúde no continente, suas chaves analíticas que

¹⁵ Nesse sentido, concorda-se com Mol quando propõe que estudos operem em franjas disciplinares - “This is the present state of theoretical work: disciplinary boundaries get blurred” (2002:ix).

¹⁶ Essa concepção será trabalhada ao longo do capítulo, ancorada, entre outros autores, em Breilh (2006); Fassin (2012); Foucault (1980, 2008, 2010, 2011); Lock e Nguyen (2010), Mol (2002); Nunes (2003, 2008).

circulam em torno de um projeto crítico e emancipatório em termos políticos, econômicos, sociais e intersubjetivos, nomeadamente os projetos da medicina social latino americana e da saúde coletiva. Por fim, como já explicitado na introdução e no percurso metodológico, o campo de prática desse estudo foi delineado a partir de alguns recortes, dentre eles destaca-se a questão da pobreza e da vulnerabilização de territórios, grupos de pessoas (populações), e sujeitos do cuidado, vistos a partir de suas interações com as práticas de saúde – individuais, coletivas e ambiental. Portanto, considera-se oportuno trazer uma discussão acerca da inserção do conceito de ‘vulnerabilidade’ no campo da saúde, e suas contribuições em termos teórico e metodológico¹⁷.

II.1- Práticas de saúde – o corpo na interface das tecnologias biomédicas

Muito da conformação de práticas de saúde insere-se no âmbito do aparato biomédico, que propõe uma abordagem sistemática de objetivação, classificação e quantificação do corpo humano, na derivação de um modelo universal. As críticas à biomedicina se localizam na construção de um conhecimento que reivindica a legitimação da interpretação do que conta como verdade em relação à classificação e manuseio do corpo. Ainda que a eficácia dos tratamentos biomédicos em muitos contextos seja inegável, questiona-se a maciça universalização destes.

As tecnologias biomédicas entram como parte integrante do projeto epistemológico da ciência moderna - da biomedicina e seus dispositivos, que não se constituem em meros artefatos a serviço de uma neutra e padronizada aplicação do conhecimento científico. São influenciadas pelos interesses existentes e pela ideia de progresso e domínio sobre o mundo natural. Lock e Nguyen (2010), ao argumentar que a ciência biomédica é ativamente construída e ancorada na

¹⁷ Outro recorte importante, central às análises, é a discussão em torno da temática da negligência de doenças (e de pessoas). Entretanto, esse tema não constitui uma chave teórica e sim objeto de análise, e, portanto, será tratado em conjunto com as análises de construção dessa referência, a luz das políticas globais de saúde, no Capítulo III.

tecnologia biomédica, discutem as proposições de Fleck¹⁸ sobre o pressuposto do fenômeno científico ser resultante da intervenção técnica e da separação entre o mundo da investigação e da aplicação, do laboratório e da clínica. As tecnologias biomédicas ancoram-se em um ou mais “sistemas sociotécnicos”, situados em diferentes instituições. Os fenômenos que resultam da sua aplicação aglutinam questões biológicas, clínicas e epidemiológicas, em associação com as práticas biomédicas, sendo estas práticas transportáveis e replicáveis.

Nesse pressuposto reside uma problematização dos autores, feita em dois sentidos. Ponderam que a dinâmica de implementação dos processos biotecnológicos altera os corpos e, como eles mesmos são constantemente modificados, altera também o mundo em que vivemos. Uma vez que intervenções tecnológicas tendem a tornar-se a chave exclusiva do processo terapêutico e diagnóstico, são muitas vezes substitutivas de outras dimensões do cuidado, como a relação médico-paciente, onde princípios do fazer médico, como o exame clínico, ficam subsumidos, resultando em mudanças importantes naquilo que conta como conhecimento válido sobre o corpo, e, principalmente em relação ao contexto do sujeito - sua história de vida, problemas, queixas, desejos e modos de viver. Alertam que essa construção da biomedicina, ancorada na tecnologia biomédica como entidade autônoma, tende a levar à objetificação do fazer médico.

[...] health-related matters are routinely ‘objectified’ as technical problems, to be solved through the application of technology and the conduct of science and are, by definition, therefore, decontextualized in practices. Objectification tends to make opaque moral assumptions embedded in the uses to which any given technology is put and its actual effects on individuals and social groups [...] (Lock and Nguyen, 2010:18).

Os autores argumentam que a biomedicina e seus artefatos são eles próprios produtos de circunstâncias históricas e que, portanto, há um investimento na produção de argumentos e artefatos usados na descrição e domínio do ‘mundo material’. Consequentemente o conhecimento produzido sobre o corpo e as formas de manuseio da doença são firmemente ancorados num domínio ‘objetivado’ da

¹⁸ Ludwik Fleck (1896-1961), médico microbiologista polonês de origem judaica, reconhecido por ter se dedicado ao estudo da produção científica na área do conhecimento médico (Sady Wojciech, 2002).

natureza. Assume lugar de destaque nessa objetivação o pressuposto do corpo normal, como ponto de chegada, e as parametrizações necessárias para tal, construídas em bases estatísticas. A normalidade e as patologias são pensadas em termos de frequência, e derivadas da ideia de busca do normal, das bases de normatividade¹⁹ - “*Biomedicine became increasingly oriented toward bringing about the normal, confusing a statistical construct with actual wellbeing*” (op. cit., p.45).

No sentido de questionar e complexificar o pressuposto de ‘corpo normalizável’, os autores contribuem com uma extensa discussão acerca de eventos, ciclos de vida e doenças, *objetificados* pela biomedicina, como a menopausa e o baixo peso ao nascer. Propõem trabalhar a partir do aprofundamento do conceito de ‘*local biologies*’, enquanto fenômenos situados. Esse conceito, inicialmente trabalhado por Lock, em torno do fim da menstruação em japonesas e mulheres ocidentais – nomeadamente estadunidenses e europeias, baseia-se na leitura sobre a maneira pela qual o entendimento ‘científico’ sobre saúde e doença é historicamente construído e o quanto se converte em ‘real’ através das práticas biomédicas, propiciando o surgimento de realidades políticas, sociais (e de saúde), localizadas no corpo. Entendem que as dinâmicas biológicas estão inevitavelmente implicadas nos enredamentos locais, que são tecidos em elementos tais como os históricos, modos de vida e intervenções tecnológicas.

As experiências subjetivamente incorporadas guardam relação e são informadas por esse enredamento local - “*local biologies refers the way in which biological and social processes are inseparably entangled over time, resulting in human biological difference – difference that may be or may not be subjectively discernible by the individuals*” (op. cit. p.90). O exemplo da menopausa não põe em questão o fim da menstruação em mulheres entre o final dos quarenta e início dos cinquenta anos (em média), porém, problematiza a maneira pela qual o fenômeno é construído pelos atores envolvidos²⁰, e as variadas formas como os atores o concebem o inscrevem socialmente. Sintomas tidos como universais, como as

¹⁹ Essa concepção tem na obra de Canguilhem (1982), *O Normal e o Patológico*, fundamental referência ao pensamento crítico em saúde.

²⁰ Mulheres, médicos, epidemiologistas, farmacêuticos, antropólogos, entre outros.

‘ondas de calor’, presentes em inúmeros relatos de mulheres ocidentais, não compõem o repertório de sensações corpóreas e sintomas da fase do climatério em mulheres japonesas.

Esse conceito é importante para o presente estudo, tendo em vista a complexidade em torno do tema Tuberculose, que envolve inúmeros elementos – diagnósticos; terapêuticos; formas clínicas; acesso a diferentes recursos (biomédicos e serviços sociais e de saúde); ativismos; pobreza; fome; medicamentos; além da presença de múltiplos atores. Acrescenta-se o desafio posto pelo principal fundamento do tratamento da Tuberculose, a multidroga-terapia, que implica no uso alargado de antibióticos, envolvendo três drogas associadas na primeira fase do tratamento, podendo ser ainda mais complexo nos casos de multidroga-resistência. A interação de antibióticos e micróbios resistentes, que pode surgir em face de tratamentos inadequados da Tuberculose²¹, é apontada pelos autores como um exemplo da forma pela qual as atividades humanas alteram ou mesmo fazem surgir novos micro-organismos:

[...] culture, politics, and economics, by structuring human activity and by altering human biology, can fundamentally transform micro-organisms”. [...] Because micro-organisms are not passive actors, but respond to changing environments, sometimes very quickly indeed, they produce in both human biology and society in locally contingents ways. (op. cit., p.103).

A relevância desse postulado, para o âmbito do estudo aqui desenvolvido, é entender o corpo como algo contextualmente situado, devendo as práticas de saúde serem também assim pressupostas.

Esse conjunto de postulados concebe a realidade localizando-a histórica, cultural e materialmente. Os diversos ambientes que a materializam, a depender dos elementos que a compõem, desenham-na através de práticas sócio materiais - sistematicamente manipuladas e alteradas, transformando-a em outras realidades. É no diálogo com as concepções de Annemarie Mol (2002) que se pode falar em realidades e ontologias no plural, na medida em que as reconhecemos como manufaturáveis, transformáveis, múltiplas. A multiplicidade da realidade

²¹ Argumentos em torno da ‘inadequação’ do tratamento para a Tuberculose, principalmente no que diz respeito a consensos sobre causas do abandono, são questionados e problematizados ao longo do presente trabalho.

pressupõe que esta se constitui enquanto prática, é *performada* (*enacted*²²), manipulada por diferentes dispositivos e em variadas práticas. Nas performatizações da realidade, rejeita-se a ideia de supostos atributos de um único objeto, ao contrário, constitui-se em versões, ou mesmo diferentes objetos relacionados entre si, performatizados por diferentes dispositivos. Trata-se de formas múltiplas da realidade. Mol (2002) dedica-se ao exemplo da aterosclerose, em um trabalho etnográfico, cujo fundamento está nas práticas que performam realidades – a ‘praxiografia’. Em termos gerais, trata-se da imersão nas práticas narrativas dos atores, dispositivos, instrumentos, construções, e instituições, num olhar sobre o processo de feitura de realidades – “*The praxiographic ‘is’ is not universal, it is local. It requires a spatial specification.*” (*idem*:54)

Nesse trabalho a autora desenvolve uma narrativa sobre a arteriosclerose, pondo em relevo os objetos presentes nas diversas cenas - atores, corpos, dispositivos e instrumentos tecnológicos. Discute as performatizações operadas nos diferentes cenários: no consultório do generalista, no consultório do cirurgião vascular, na sala da anatomia patológica, na sala de exames por imagem, na mesa cirúrgica, nas narrativas dos pacientes sobre suas cotidianidades, como as caminhadas, as dores, nos prontuários, etc. Mol concebe *ateroscleroses* (no plural) como produto desta dinâmica, que só se constitui enquanto tal, se e quando das relações dos objetos nas práticas, conformando realidades de ‘ateroscleroses múltiplas’. O diagnóstico de aterosclerose não constitui um ‘dado’, ou um objeto ‘lá fora’ que precisa dos meios certos para ser encontrado, ao contrário, é performatizado em situação, objetos e escolhas – em termos político-ontológicos, assim propostos:

²² A tradução da palavra inglesa *enact* para a língua portuguesa não é precisa. Neste trabalho opta-se pelo uso do termo *performance* e suas derivações, por dois motivos: 1) ainda que se reconheça a imprecisão da tradução, a proximidade de sentidos tem propiciado um certo uso corrente na língua portuguesa em diversas áreas, o que pareceu-me então caber como justificativa, assim reforçada por Lucas (2005), que na apresentação do número especial do periódico ‘Horizontes Antropológicos’ dedicado ao tema, faz uma discussão sobre seu uso em diversos campos. Destaca o uso na Antropologia, remontando-o aos autores clássicos - “Acreditamos que a variabilidade semântica e o deslizamento conceitual da *performance*, como não poderia deixar de ser, em se tratando de um termo reivindicado por uma multiplicidade de campos e vozes disciplinares, estimula ainda mais o diálogo e o posicionamento estratégico das etnografias antropológicas em um espaço acadêmico multissituado”; e 2) tomo emprestado a ‘autorização’ da autora a favor do uso do termo ‘*performar*’ como um sinônimo possível para a língua portuguesa, em Mol (2008, p:66).

[...] *Ontologies are, instead, highly topical matters. They inform and are informed by our bodies, the organization of our health care systems, the rhythms and pains of our diseases, and the shape of our technologies. All of these, all at once, all intertwined, all in tension. If reality is multiple, it is also political.*" (op. cit., p.7)

A contribuição de Mol para as análises, nos termos propostos nesse estudo, reside em conceber práticas de saúde (não somente as práticas médicas), como diferentes composições de realidades, e principalmente diferentes formas de se qualificar o que pode ser bom ou o que melhor pode servir, recusando enfoques apriorísticos. Essa foi uma lição importante quando da aproximação com as praticidades que conformaram realidades em torno de 'Tuberculoses' no Consultório na Rua e na Clínica da Família da Rocinha. A importância procede da adesão em relação a concepção de 'conhecimento incorporado' nas práticas, entendido como uma maneira de ver o 'como' e de que 'forma' as práticas conformam doenças e os entendimentos sobre elas – nos registros, nos acionamentos de objetos, nas relações com os recursos existentes, nas condições de vida dos pacientes, sobre o que vocalizam não apenas em relação as queixas, mas também o seu entendimento sobre estas em relação aos seus objetivos, modos de viver, dores, desejos e preocupações.

Em estudo recente, Nunes et al (2014) debatem a potencialidade de práticas de saúde, nomeadamente os 'encontros clínicos' entre pacientes e médicos, criarem condições/possibilidades para uma construção conjunta de estratégias clínicas. Analisam formas dialogadas de apreciação dos problemas, dos procedimentos e ações a serem tomadas, fundamentalmente como potencial espaço de encontro entre recursos de conhecimento e as respectivas experiências de vida. Esses encontros podem trazer reconfigurações nas formas de produção dos conhecimentos em saúde, na problematização dos autores: "*can clinical encounters elicit neglected dimensions of participation as 'taking part', through the entanglements between knowledge, norms and subjectivity, that take place during the constitution of the relations in these encounters?*" (Ibid: 2). Reforçam então o papel da participação cidadã na reconfiguração das práticas de saúde, reconhecendo ser este um enorme desafio, em face da tendência dos encontros de serem espaços de reafirmação da autoridade normativa dos atores que representam o conhecimento formal da saúde.

II.2 - Repensando objetos – espaços, grupos, dispositivos e corpos.

Apesar de não colocar em questão a relevância do papel das tecnologias biomédicas e de reconhecer seus méritos em muitas medidas, há de se alertar sobre os efeitos de sua ‘portabilidade’ e transposição no tratamento de corpos como objetos, aliada ao contínuo processo de alterações de matérias e sentidos que daí derivam. As tecnologias são feitas em lugares específicos, com pessoas específicas, em instituições específicas e com intencionalidades também específicas. Essa é uma lente importante para se olhar diretrizes de saúde de caráter transnacional, que compõem agendas como as de organismos internacionais e de países, albergadas no rótulo da ‘saúde global’, e suas implicações quando da operação local²³. O tema global/local é recorrente às discussões na área da saúde, em especial na área de políticas de desenvolvimento, produção e incorporação de tecnologias - fármacos, equipamentos, métodos diagnósticos e terapêuticos, entre outros, cujas análises tendem a transitar por dentro dos marcos da razão moderna. Priorizam discussões como custo-benefício, evidências clínicas em grupos controle, logística de distribuição, operando por lentes que ao mesmo tempo uniformizam, e fragmentam espaços, relações e pessoas, naquilo que possuem em comum em termos identitários. Como vimos discutindo até então, questionar a ideia de uma globalidade modelada pelos pressupostos da modernidade é também questionar uma derivação dicotômica do binômio ‘global/local’. Reconhecidamente crítico aos pressupostos da modernidade, Latour, dentre outras fissuras da narrativa moderna, questiona cisões como micro/macro e local/global, propondo uma outra concepção, situada não mais em termos de maior ou menor, e sim recolocada em termos de complexidade de associações. É no âmbito local que as estruturas globais são manufaturadas, assim enfatizadas pelo autor:²⁴

²³ Esse tema é problematizado ao longo de todo o presente trabalho, porém recebe especial atenção na discussão sobre a matriz da saúde global feita no Capítulo III.

²⁴ Expoente dos estudos sobre ciência, na obra *‘Reassembling the social’* de 2005 (Reagregando o Social, na versão para a língua portuguesa em edição de 2012), Latour organiza os fundamentos da Teoria-ator-rede – ANT, sigla em inglês de Actor-network-theory, num interessante trocadilho

[...] toda a topografia do mundo social se modifica. O macro já não descreve um local maior e mais amplo em que o micro possa ser encaixado, como as bonecas de Matryoshka russas, mas outro lugar igualmente local, igualmente micro, conectado a muitos outros por algum meio que transporta tipos de traços específicos. Nenhum lugar é maior que outro, mas alguns se beneficiam de conexões bem mais seguras com mais lugares. (Latour, 2012:255).

Para um melhor entendimento de seu argumento considera-se necessário perceber a reconfiguração de alguns pressupostos, nos termos daquilo que denomina de ‘incertezas’, de questionamentos acerca de definições estabilizadas. Uma delas é a concepção de ‘grupo’, questionando-se sua existência enquanto algo estável, reificado em diferentes espaços e tempos, sobre o qual o autor argumenta a favor da ideia de ‘formação de grupos’ enquanto ‘associação’. Tendo por base a formulação de ‘associações’, de redes associativas, põe em questão categorias caras ao pensamento social moderno, não apenas a de grupo, mas também as de ‘esfera’ e ‘estrutura’, enquanto domínio especial ou objeto particular, trazendo no lugar a noção de ‘tipos de conexão’ que se estabelecem e que realizam movimentos peculiares de reassociação e reagregação. Latour questiona o conceito de social enquanto substância, num paralelo com a noção de natureza, mas em contraste a esta, como um par de opostos, que interagem a partir de leis próprias e inerentes a cada um destes substratos.

Outro conceito importante é a reconfiguração do papel de ‘ator’ como um ente que só irá se constituir como tal, se e quando em ação, contrapondo-se a ideia de ator como algo predefinido, preformatado, predeterminado. Essa noção é importante para pensar ação como evento, em contraponto com a noção de ato, que só ocorre quando o ator entra em cena e aciona todo o resto. O uso da expressão ‘Ator-rede’, desloca a origem da ação, antes posta como necessariamente de um sujeito em direção a um objeto. A noção de evento localiza sujeitos e objetos em ação e ratifica os pressupostos de associação e de rede (de humanos e não humanos), onde os ‘objetos’ têm agência. Significa uma ruptura com as noções tanto de causa e efeito, como de natural e social.

com a metáfora da formiga, como a figura do pesquisador, que trabalha percorrendo todo um caminho de conexões em rede, desdobrando-as sem atalhos nem desvios.

O autor argumenta que a modernidade se colocou, por suas próprias mãos, no estrato da ambiguidade, na medida em que ao perseguir a purificação entre sujeitos e objetos no quadro de sua constituição em busca de ordenações, acaba por não ter como lidar com a hibridização dessas mesmas coisas e sujeitos. Daí deriva sua própria inadequação classificatória em relação aos híbridos, como por exemplo os embriões congelados. No quadro das próprias classificações modernas não há lugar de ordenamento destes objetos. É no exemplo de feitura desses híbridos que Latour assenta a indagação de suas 'matérias': "trata-se de algo social ou natural, ou ambos? Como classificá-los? Não é tarefa fácil para quem leva a sério o pressuposto moderno" (Ibid:1994). É essa 'armadilha' moderna que gera alguns dos subsídios do autor na crítica da razão moderna.

Esse pressuposto auxilia-nos a pensar nas dinâmicas, conexões e fluxos de múltiplos agentes no processo mesmo de 'feitura de grupos', enquanto associações, por onde ligam-se médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentistas, usuários de crack, estagiários, farmacêuticos, moradores de favelas, gestores de saúde, 'capacitadores', protocolos, kombis, pacientes, policiais, traficantes, milicianos²⁵, soldados do exército, agentes sociais, pesquisadores, *tickets* refeição, prontuários, mochilas-ambulatório, consultórios, medicamentos, lixo, esgoto, vacinas, líderes comunitários, representantes de ONGs, 'quentinhas'²⁶, drogas, preservativos, diretrizes nacionais e globais do programa de controle da Tuberculose, dentre outros, que se entrelaçam nos diversos espaços-tempo dos eventos e encontros. A plasticidade e dinâmica desses 'agrupamentos', desafiam entendimentos estáticos e análises categoriais em termos de tipologias e enquadramentos como 'cracolândia', 'cenas de uso', 'não aderidos', 'violentos', 'abandono de tratamento', 'tuberculoso', 'favelado'. É no entendimento de grupos como 'não-coisas', na ideia de 'formação de grupos' que há de se vislumbrar suas conexões. Indaga-se, portanto, qual o papel das práticas

²⁵ São grupos de agentes do poder ilegal e paralelo de Estado, que exercem poder em determinados territórios no Rio de Janeiro, quase sempre por meio da coerção e violência armada. Costumam ser compostos por pessoas ligadas as polícias (Zaluar e Conceição, 2007).

²⁶ Quentinhas são embalagens para transporte de comida, feitas de papel laminado, que são distribuídas para os pacientes em situação de rua atendidos no Consultório J, quando estes têm que permanecer por mais tempo na Unidade de Saúde a espera de alguma ação complementar, tais como resultados de exames e encaminhamento para hospitais ou abrigos.

de saúde, em especial das tecnologias biomédicas, nesses espaços? Nos territórios precários e superpopulosos e em corpos/sujeitos em vulnerabilidades.

As tecnologias biomédicas são dispositivos que possuem diferentes graus de complexidade e frutos de uma racionalidade sociotécnica, cuja incorporação nas práticas de saúde, em especial as práticas médicas, segue um dado ordenamento. Rose (apud Lock e Nguyen, 2010), refere-se a estas como um '*assemblage*²⁷, num híbrido de saberes, dispositivos, pessoas, sistemas de julgamento', entre outros, que são apoiados por determinados pressupostos e concepções acerca da 'natureza humana'. Argumentam que as tecnologias têm histórias e que este simples reconhecimento torna evidente que a sua aplicação pode alterá-la. Em concordância com os autores, considera-se que essa formulação é útil para pensar a maneira pela qual os sentidos são diferentemente atribuídos na produção de tecnologias ao longo da história, tornando possível uma determinada intervenção sobre a vida humana, em cujo fabrico estão subsumidas questões ideológicas. Com isso, questiona-se a legitimidade das inscrições tecnológicas, que se esforçam para aparecer como consequência de um 'processo evolutivo natural', baseado no pressuposto de progresso científico e num sentido de determinismo tecnológico.

Dessa forma, a introdução de novas tecnologias em saúde deve ser pensada como fruto de decisões e caminhos procedimentais, como os protocolos clínicos e diretrizes de utilização, tendo em vista um conjunto de parâmetros, dentre estes os de custo-efetividade. Culminam com a definição de critérios de elegibilidade de acesso a alguns procedimentos, tais como aqueles previstos nas prescrições de medicamentos ou mesmo de transplante de órgãos e tecidos, como exemplos. Os parâmetros são estabilizados como tal a partir de estratégias - consenso de pares por exemplo, e são utilizados não apenas para o tratamento de 'enfermidades', mas também, em outros sentidos, como na melhoria de 'desempenhos na vida'. Estes podem ser considerados como desvio em termos do comportamento esperado como, por exemplo, com o que culminou com a construção do diagnóstico de TDAH – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. Em consequência houve

²⁷ Optou-se por manter o termo original em francês em face da dificuldade de tradução acurada para a língua portuguesa, respeitando o sentido original, seguindo-se então a mesma opção feita pelos autores de língua inglesa.

um aumento exponencial nos níveis de consumo de medicamentos prescritos para o seu tratamento, tais como a Ritalina²⁸, medicalizando um grande contingente de crianças consideradas como hiperativas, cuja repercussão no mercado de fármacos mundial gerou níveis de consumo sem precedentes.

O consumo de fármacos em populações vulnerabilizadas, e por sistemas de saúde também vulneráveis, põe em questão a implantação de algumas diretrizes gerais, aplicadas *tout court*, como a quimioprofilaxia da Tuberculose – ILTB e o próprio modelo *DOTS*, como será visto ao longo desse trabalho. Se implementados de maneira não situada, pode-se problematizar algumas questões, dentre elas uma das suas mais perversas consequências – o incremento de casos de Tuberculose multidroga-resistente – TBMDR, quando do uso problemático dos medicamentos em face de diversas questões, como o acesso não sistemático aos fármacos, a má nutrição e as implicações acarretadas em corpos vulnerabilizados. No sentido proposto por Mol (2002), pensar os elementos que circundam e *performam* o *DOTS* nos ajuda a olhar e repensar esses mesmos fenômenos e suas repercussões, sendo objeto do presente estudo.

II.3 - conhecimento moderno no projeto da colonialidade do poder – questionando os ‘universais’

O projeto da biomedicina é indissociável da conformação da ciência e do Estado moderno, tanto na sua missão de produção de saberes como da manutenção da força de trabalho, fundamental ao processo de modernização e colonização. Um olhar crítico voltado para a relação entre modernidade, poder e a experiência colonial tem ocupado a produção de um conjunto de acadêmicos, que

²⁸ Ritalina é o nome comercial do Metilfenidato, substância da família das anfetaminas. É prescrita majoritariamente para adolescentes e crianças, com objetivo de melhorar a concentração destes nas tarefas diárias, em especial as escolares. A literatura recente já aponta inúmeras controvérsias a respeito do diagnóstico de TDAH e do uso indiscriminado do medicamento, vulgarmente chamada de ‘droga do comportamento’ (Ortega, F. et al., 2010.)

dentre outros debates, discutem a produção dos saberes considerados como válidos no bojo do projeto de dominação capitalista.

Santos, Menezes e Nunes (2004) apontam que parte do sucesso na transformação da ciência ocidental moderna em forma preponderante de conhecimento é explicada “(...) não só por razões epistemológicas, mas também factores económicos e políticos [explicada] em parte pela crescente ascendência do capitalismo e das potencialidades de transformação social que trazia em seu bojo.” Sobre a razão epistemológica ressaltam dois processos que colaboraram com a hegemonia da razão moderna sobre as demais – a emergência de uma concepção a-histórica do próprio processo de construção do conhecimento científico, que apagou e subalternizou as demais posições, assente no que denominam de ‘acumulação seletiva de sucessos’, que oculta a contribuição das controvérsias na construção do conhecimento. O segundo processo é o epistemicídio – que inferioriza ou mesmo investe na destruição de formas de saberes em nome do processo de dominação.

Questionamentos e posicionamentos propositivos destes e de outros autores, tem gerado subsídios à um movimento crítico sobre o pressuposto hegemônico da epistemologia moderna, naquilo que Nunes (2008) identifica como um ‘questionamento da sua soberania epistêmica’, fazendo uma análise dos movimentos e inflexões trazidas pelas diferentes tradições e correntes de pensamento que operam sobre o campo, e principalmente, seus impactos e contribuições recentes na esfera da produção de conhecimento.

O conceito de pensamento abissal proposto por Santos (2010), opera no entendimento crítico da construção e legitimação de uma epistemologia dominante. A modernidade e a implantação dos espaços coloniais são elementos fundantes do conceito. Trata-se de um sistema que forja distinções visíveis e invisíveis, estabelecidas por linhas que separam a realidade social em dois universos distintos, sendo que a visibilidade de um pressupõe a invisibilidade do outro. A impossibilidade de copresença é um princípio desse sistema de visibilidade/invisibilidade, no qual esse ‘outro’ é produzido como inexistente, pois sendo colocado como exterior ao universo, é então excluído. Para o autor o

pensamento moderno ocidental é um pensamento abissal. A modernidade ancora-se na relação entre emancipação social e regulação, não sendo esta válida para os espaços coloniais, sobre os quais opera uma outra dicotomia – a da apropriação e violência²⁹. Está dada a clivagem que sustenta as linhas divisórias e cria sistemas de visibilidade/invisibilidade. Esse conceito tem na construção do conhecimento um exemplo paradigmático - “(...) No campo do conhecimento, o pensamento abissal consiste na concessão à ciência moderna do monopólio da distinção universal entre o verdadeiro e o falso (...) O caráter exclusivo deste monopólio está no cerne da disputa epistemológica moderna entre formas científicas e não científicas de verdade” (*ibid*: 33).

A questão colocada em termos de validação de falso/verdadeiro é em si excludente, na medida em que o que é considerado como ‘válido’, só é sustentável enquanto tal, quando posto à prova através de seus próprios meios de validação, ou seja, os meios da racionalidade científica, sendo então à partida um método de exclusão. Nesse quadro de referência repousa o entendimento de que outras formas de conhecimento não possuem esse *status*, sendo concebidas como crenças, magias, opiniões, que podem no máximo servir “como matéria-prima para a inquirição científica” (Santos, 2010). A divisão do mundo moderno entre metrópole e zona colonial é considerada como o ‘grau zero’ da clivagem que inaugura uma outra cartografia, a ‘cartografia abissal’, que opera não apenas a moderna concepção de conhecimento, mas também de direito. Fundamentado nessa cartografia abissal, os espaços coloniais são então concebidos como um ‘vazio jurídico’, justificando ações como a expropriação de corpos e territórios dos povos originais. A validade do binômio apropriação/violência³⁰, que opera sobre os espaços coloniais, não se choca com o fundamento da regulação/emancipação

²⁹ Um sentido próximo é trabalhado por Dussel a respeito da expropriação colonial: “[...] la dominación (guerra, violencia) que se ejerce sobre el Otro es, en realidad, emancipación, "utilidad", "bien" del bárbaro que se civiliza, que se desarrolla o "moderniza". En esto consiste el "mito de la Modernidad", en un victimar al inocente (al Otro) declarándolo causa culpable de su propia victimación, y atribuyéndose el sujeto moderno plena inocencia con respecto al acto victimario.” (1994:70)

³⁰ Santos define o mecanismo de ‘apropriação’ como “incorporação, cooptação e assimilação”, e o de ‘violência’ como “destruição física, material, cultural e humana”. (op. cit. 2004:37-38)

social válido para a metrópole, dada a potência do pensamento e da cartografia abissais, traduzidos em bases jurídicas e epistêmicas.

A possibilidade de negação radical daquilo que compõe esse 'outro', subsidia o surgimento do que Santos define como 'sub-humanidade moderna', argumentando que a negação de parte da humanidade segue sendo verdadeira nos dias atuais. Recorre à denominação de *'fascismo do apartheid social'*³¹ como uma dentre outras estratégias de reificação contemporânea das sub-humanidades, trazendo como exemplos a exploração de mão de obra análoga à escravidão das empresas globais, que terceirizam a produção de bens e serviços junto aos territórios (países) da globalidade subalterna; e as 'zonas selvagens das megacidades', conformadas como espaço de segregação social por meio de "(...) uma cartografia urbana dividida em zonas selvagens e zonas civilizadas [que] está a transformar-se num critério de sociabilidade, um novo espaço-tempo hegemônico que atravessa todas as relações sociais, económicas, políticas e culturais e que, por isso, é comum à ação estatal e à ação não-estatal" (*ibid*:46).

A realidade de muitas favelas das grandes cidades brasileiras constitui exemplo dessa cartografia urbana³². As premissas do Estado social que valem para uma zona da cidade não necessariamente valem para a outra. A depender do lugar que ocupam nessa cartografia, as regras que orientam as ações de Estado, como o poder de polícia por exemplo, são alteradas sobre os diferentes corpos cartografados. Esse constitui apenas um exemplo de atualizações do pressuposto moderno de espaço-tempo, numa racionalidade cartográfica que, como ressalta Santos, tem suas raízes no projeto de um Ocidente imperial, fundante da modernidade, em que o pensamento filosófico e político cartografa tempo e espaço a partir de uma definição de Centro (Europa/elite/capital), enquanto espaços, processos políticos e atores epistêmicos privilegiados.

Santos propõe a busca de uma justiça social global, que possa caminhar para uma 'justiça cognitiva global'. Para tanto argumenta a favor de um novo

³¹ Enquanto um tipo dentre outros tipos de 'fascismo social', definido pelo autor como resultado da quebra da lógica do contrato social (Santos, 2010:45)

³² Como será visto no Capítulo IV.

pensamento - o 'pensamento pós-abissal', enquanto um pensamento não derivativo do pensamento moderno e que, portanto, implica numa ruptura com este. "Significa pensar a partir da perspectiva do outro lado da linha", e do reconhecimento da diversidade epistemológica do mundo, onde a ciência e a epistemologia passam a existir numa outra configuração de saberes, numa configuração de "ecologia de saberes", tendo por princípio a ideia de que o "conhecimento é interconhecimento", já que se fundamenta no reconhecimento e na pluralidade de conhecimentos e na recusa em ter a ciência moderna como "referência ou ponto de passagem obrigatório para o reconhecimento de todos os saberes e conhecimentos"(Santos, 2007:28).

As elaborações do autor, aqui muito resumidamente abordadas, culminam em um projeto ambicioso e necessário de transformações das bases da produção de conhecimento, denominado de Epistemologias do Sul. Nunes (2008) faz uma análise minuciosa acerca da demarcação epistemológica dessa virada proposta por Santos, visitando correntes de pensamento que também se debruçaram sobre a crítica da epistemologia, identificando as "epistemologias do Sul" enquanto um projeto mais radical, assim tratado:

A epistemologia do Sul aparece como uma refundação radical da relação entre o epistemológico, o ontológico e o ético-político a partir, não de uma reflexão centrada na ciência, mas em práticas, experiências e saberes que definem os limites e as condições em que um dado modo de conhecimento pode ser "traduzido" ou apropriado em novas circunstâncias, sem a pretensão de se constituir em saber universal. Se todos os saberes são reconhecidos, a validade de cada um deles depende do modo como está vinculado às condições situadas e pragmáticas da sua produção e apropriação. As hierarquias dos saberes não podem ser definidas a partir da soberania epistêmica de um modo de saber ou de uma instância "externa" aos saberes, mas de forma pragmática, isto é, indissociável das práticas situadas de produção dos saberes. (Nunes, 2008:66)

Maldonado-Torres (2008) alinha-se na problematização da modernidade, identificando-a como um projeto de colonização espaço-temporal fundado na referência europeia, onde a ocultação da questão espaço/tempo é fundante no argumento e na produção da referência de universalidade

[...] O que o conceito de modernidade faz é esconder a importância que a espacialidade tem para a produção deste discurso. É por isso que, na maioria das vezes, aqueles que adotam o discurso da modernidade tendem a adotar uma perspectiva universalista que elimina a importância da localização geopolítica. (Op. cit. 2008:15).

Ao abordar a questão do espaço e as relações geopolíticas, esse autor questiona algumas das bases da filosofia ocidental, como a concepção de sujeito epistêmico neutro e desprovido de espaço, por se conceber como universal. Acrescenta que o entendimento da neutralidade epistêmica assenta no não reconhecimento (a que ele chama de cegueira) dos modos não europeus de pensar, o que forja a produção da relação colonial/imperial.

A relação entre produção de conhecimento e modernidade é importante para se pensar sobre as referências construídas em torno daquilo que é válido, e de como devem ser operadas as práticas que destas decorrem, especialmente nos espaços que estão para além do lugar onde foram e continuam a ser concebidas. Definida como ponto de chegada universal, a modernidade foi no passado atrelada ao projeto de colonização, ao passo que hoje, já em outra roupagem, responde ao projeto da colonialidade³³. Para Mignolo (2003), o que está posto não é somente a ciência enquanto matriz de conhecimento, mas (...) “a celebração da ciência na perspectiva da modernidade e a revelação, até há pouco silenciada, da opressão epistêmica que, em nome da modernidade, foi exercida como forma particular de colonialidade.” (2003:632). O silenciamento e ocultação da colonialidade só foi e continua sendo possível, na medida em que a história é narrada a partir do ponto de vista da própria modernidade, ou seja, o apagamento histórico é constitutivo ao exercício da colonialidade do poder. Mignolo problematiza o enunciado do projeto universalista da ciência, alertando para o caráter totalitário nele embutido. Contesta o caminho ‘uni-versal’ da modernidade, em favor de caminhos ‘pluri-versais’, porém, estes só se tornam possíveis desde que olhados e concebidos a partir da lente da colonialidade, num olhar sobre as contribuições, contradições e disjunções

³³ Quijano diferencia as concepções de colonialismo e colonialidade, ressaltando ser esta mais duradoura. Tem por origem um mesmo movimento histórico: a constituição da América Latina e o emergente poder capitalista. Está fundamentada por “imposição de uma classificação racial/étnica da população do mundo como pedra angular do referido poder [capitalista]” (1993 e 2010:84).

trazidas pela modernidade. O autor propõe o movimento inverso – olhar o projeto universal a partir das visões plurais. O pressuposto é de que pôr a prova outros conhecimentos, a partir unicamente da racionalidade moderna, no seu sistema de verdadeiro/falso, já é por si só uma desconstrução desses outros. Esse sistema de verificação opera por meio de dispositivos forjados à luz da racionalidade moderna, no sentido de sua validação, e é excludente de outras racionalidades, sendo a dominação do outro um elemento fundante de sua própria emancipação, como bem problematiza Dussel:

El 'concepto' [de modernidade] muestra el sentido emancipador de la razón moderna, con respecto a civilizaciones con instrumentos, tecnologías, estructuras prácticas políticas o económicas o al grado del ejercicio de la subjetividad menos desarrolladas. Pero, al mismo tiempo, oculta el proceso "de dominación" o "violencia" que ejerce sobre otras culturas. (Op. cit., 1994:72).

Penso que Nunes (2003) caminha num sentido próximo quando fala a favor de projetos de produção de conhecimento participativos, capazes de mobilizar diferentes recursos cognitivos, geradores de soluções mais adequadas às populações locais, por e com elas mesmas. Nunes (2008) aponta para o reconhecimento da validade e dignidade de todos os saberes:

[...] o que implica que nenhum saber poderá ser desqualificado antes de ter sido posta à prova a sua pertinência e validade em condições situadas. Inversamente, a nenhuma forma de saber ou de conhecimento deve ser outorgado o privilégio de ser considerada como mais adequada ou válida do que outras sem a submeter a essas condições situadas e sem a avaliar pelas suas consequências ou efeitos. As operações de validação dos saberes decorrem, pois, da consideração situada da relação entre estes, configurando uma ecologia de saberes". (*ibid*:62).

Esses pressupostos exigem uma transformação na maneira de se conceber a autonomia dos sujeitos e seus diferentes conhecimentos existentes, constituindo em desafios cotidianos a serem percebidos e enfrentados nas práticas de saúde.

II.4 - Biopolíticas - ordenando corpos e populações

Em uma profícua produção acerca do poder e de governos, Michel Foucault discute as tecnologias de poder, com especial atenção à sua importância na emergência dos Estados nacionais europeus. Suas contribuições têm beneficiado as análises próprias do campo da saúde ao fornecer centralidade ao lugar da ordenação de corpos, pessoas e populações na vida em comum.

O fenômeno da ‘estatização do biológico’, assumida no Século XIX, altera a forma de poder sobre o ser humano enquanto corpo. Na teoria clássica da soberania, a vida e a morte dos súditos são prerrogativas do poder do soberano, que é exercida pelo direito de ‘fazer morrer’ e de ‘deixar viver’. Nessa análise, a essência do direito à vida só se realiza através do poder da morte - o poder de matar concede ao soberano o exercício do direito à vida. Entretanto, uma das grandes transformações desse direito político no período consiste numa alteração do direito de vida e morte, com inversão nos sentidos do poder: assumem a face do direito de ‘fazer viver’ e de ‘deixar morrer’, e não mais do ‘fazer morrer’ e ‘deixar viver’.

O fazer viver e a ordenação de corpos a partir de determinadas formas são alvos de tecnologias de poder, num caráter disciplinador – o biopoder. Porém, ainda nos Séculos XVII e XVIII, vão conformando-se técnicas de poder centradas no corpo, por meio de procedimentos que asseguravam uma dada distribuição espacial de corpos individuais – “sua separação, seu alinhamento, sua colocação em série e em vigilância e a organização, em torno desses corpos individuais, de todo um campo de visibilidade” (Id. 2010:203). São postos em exercício um conjunto de tecnologias de cunho disciplinador do corpo individual, também já no sentido potencializador do trabalho, todas iminentemente políticas do corpo.

Há entretanto uma virada neste enfoque disciplinador sobre o corpo, como pondera Foucault, que ocorre através de outras tecnologias de poder, agora não mais voltadas apenas no ‘corpo-homem-indivíduo’, mas sim para o coletivo, para a multiplicidade dos homens, no sentido da população. É uma passagem do “homem-corpo para o “homem-espécie”, na esfera de uma “biopolítica da espécie humana”, impondo novas tecnologias de poder, assim exemplificados pelo autor: “(...) trata-se de um conjunto de processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de reprodução, a fecundidade de uma população, etc.” (Ibid., p.204). O autor fala de dois polos complementares em termos de biopoder – o disciplinador e o regulatório, sendo um primeiro mais voltado para a manipulação do corpo humano – exercícios, exames, técnicas de educação e do trabalho, etc. O outro, direcionado ao gerenciamento de populações, é operado por meio de tecnologias, como a estatística dos ciclos de vida, da reprodução, dos adoecimentos (morbidade) e das

mortes (mortalidade), assim como sobre a vida laboral e o meio ambiente, em especial as questões das cidades, das ocupações urbanas.

A biopolítica opera sob vários domínios, através de práticas ao mesmo tempo de saber e de poder: o domínio disciplinar cujo foco é o corpo, e o domínio regulatório, voltado para a população. É nesse segundo sentido, quando do refinamento das medições estatístico-demográficas informando políticas como as de natalidade e morbidade, por exemplo, que a medicina passa a assumir cada vez mais a função e a face de saúde pública.

Foucault cunhou o termo 'governamentalidade' para designar essa maneira pela qual o exercício do poder é realizado no Estado moderno, tornando-a central no gerenciamento da população, fundamentalmente pela difusão na adoção de códigos e técnicas de controle por parte de indivíduos. A ideia de governamentalidade na obra de Foucault é fruto mais uma vez do seu trabalho genealógico, em cuja tese localizam-se as técnicas de governo sobre a conduta humana, que surgem através do poder religioso e se transformam, na modernidade, em uma tecnologia de governo. Trata-se de formas de 'condução da conduta das pessoas', inclusive no sentido de se auto governarem.

A noção de biopoder em sua face composta - as vertentes disciplinar e regulatória, informam matizes de políticas da vida, sob a égide da razão governamental, que como bem ressalta o autor na obra 'O Nascimento da Biopolítica - Curso no College de France 1978-1979', (2008), são informadas por uma economia política liberal, que pressupõe a autolimitação às funções de governo, ao mesmo tempo em que delineia outros princípios direcionados ao alcance da máxima eficácia ao papel de Estado. A racionalidade política do governo liberal fornece o quadro geral da biopolítica, onde a noção de uma sociedade, que também dialoga e adere aos seus pressupostos, desempenha importante papel nas tecnologias liberais de governo. O autor fala sobre o papel desempenhado pela economia política na autolimitação do governo nos Estados modernos, provendo os limites à razão governamental. É a própria economia política liberal, regida por 'leis naturais da economia' que modulam as decisões. Em consequência, um bom governo há de perseguir o conhecimento sobre a 'natureza da economia, suas leis,

regras e sistemas de valores’, num quadro de regime de verdades. Num sentido próximo às abordagens críticas à modernidade mencionadas anteriormente, Foucault cartografa um conjunto de técnicas e dispositivos que operam esse regime de verdades, também validadas num quadro de verdadeiro-falso, postas a prova com base nas ‘leis naturais’:

Trata-se de mostrar por que interferências toda uma série de práticas – a partir do momento em que são coordenadas a um regime de verdade -, por que interferências essa série de práticas pôde fazer que o que não existe (a loucura, a doença, a delinquência, a sexualidade, etc.) se tornasse porém uma coisa, uma coisa que no entanto continuava não existindo [...] Não é uma ilusão, já que foi precisamente um conjunto de práticas, e de práticas reais, que estabeleceu isso, e, por isso, o marca imperiosamente no real. (Foucault, 2008:27)

A prática discursiva e de pertencimento no real, a partir dos exemplos trabalhados pelo autor, são inscritos por aquilo que denomina de “série de práticas/regime de verdade”, que se constituem num dispositivo de “saber-poder”. Essa matriz de ‘verificação’, mais precisamente, a leitura de Foucault sobre os processos e sistemas de verificação, que se consubstanciam em ‘coisas’ ou ‘fenômenos’ como a loucura, por exemplo, podem ser trabalhadas no sentido de também pensar a constituição da ‘clínica da tuberculose’, que informam um conjunto de práticas disciplinares e regulatórias sobre sujeitos e territórios vulnerabilizados – as doses (diariamente) observadas realizadas no domicílio; o controle e quimioprofilaxia dos contatos (principalmente os familiares); a contagem de doses; a inscrição em um ou outro regime de tratamento, etc.

O biopoder em Foucault assume outra face a partir da inclusão da noção de racismo, enquanto uma prática de poder sobre o corpos e populações. Para o autor o racismo joga um papel fundamental na biopolítica do ‘fazer morrer’, questionando que se a direcionalidade das tecnologias de governo voltam-se para o ‘fazer viver’ através de práticas médicas e ambientais, em quais bases se justificaria o contrário, os dispositivos de morte como biopolítica? “Como esse poder que tem essencialmente o poder de fazer viver pode deixar morrer?” O autor argumenta que a inserção do racismo nos mecanismos de Estado moderno ocorreu na emergência desse biopoder, assegurando a “função assassina do Estado” no modo do biopoder

através do racismo. (Foucault, 2007:215). Em referência à colonização o autor identifica a inserção do racismo no marco do biopoder do Estado moderno, assim proposto:

O racismo vai se desenvolver *primo* com a colonização, ou seja, com o genocídio colonizador. Quando for preciso matar pessoas, matar populações, matar civilizações, como se poderá fazê-lo, se se funcionar no modo do biopoder? Através dos temas do evolucionismo, mediante um racismo. (op. cit., p.216)

Para Foucault há também matizes de biopolíticas como “assassinio indireto”, em que a omissão ou mesmo incentivo à exposição de alguns riscos de morte, da expulsão, da rejeição e da morte política atuam no modo de biopoder. Castro-Gomez vale-se da leitura de Foucault para entender o racismo como prática discursiva, de superioridade étnica e moral de uma população sobre outras, e que se transforma em dispositivos biopolíticos. Trata-se de uma tecnologia biopolítica que se concretiza em diferentes situações, que se inscreve nos corpos, quer dos que sofrem o racismo, quer dos que lhe dão expressão, através de posições que vão desde a indiferença até à agressão declarada, passando por diferentes formas de desumanização pela palavra, pela imagem, pelas atitudes, pela ação das instituições... Essa tecnologia biopolítica liga-se a variados tipos de racismo, não apenas ao que é associado ao seu corolário sociocultural, a etnia, mas todos voltados àqueles que alegadamente não merecem alegadamente ser mantidos em vida, ou então são mantidos de uma forma precária e com outros dispositivos. O racismo como formação discursiva, que se vincula aos diferentes contextos, também circula por diferentes cadeias de poder, em cuja associação e colagem estão construídas e enredadas as tecnologias de controle ou mesmo de aniquilamento. Castro-Gomez considera importante reter a abordagem teórica de Foucault, onde ressalta a validade dos micro poderes, no sentido de conformar ‘narrativas de racismo’

[...] diríamos que hay muchas formas de racismo y que no todas ellas son conmensurables; a veces se cruzan formando entramados complejos (sobre todo cuando se cruzan con otro tipo de relaciones también diferentes entre sí como las de género, clase y sexualidad).(Castro-Gomez, 2007:168).

Há questões importantes a considerar no tratamento que Foucault faz do racismo. Primeiro, o racismo tal como é entendido por Foucault no quadro de uma história que é centrada na Europa assume características diferentes, por vezes associadas à caracterização de “outros” definidos pela sua pertença a outras nações. O que mostraram os estudos pós-coloniais e descoloniais, e em particular os trabalhos de Fanon, Quijano, Boaventura entre outros, foi que a noção de raça que nasce com a colonização europeia – começando com a conquista das Américas – se baseia num modo de classificação e de relações de poder que assenta em diferenças inscritas no corpo e no modo de vida, na cosmologia e na cultura. O racismo associado ao colonialismo europeu, que virá a consolidar-se no século XIX, faz parte dessa genealogia.

Autores descoloniais como Achille Mbembe (2012) discutem biopolítica não apenas nas vertentes de controle e do ‘deixar morrer’ (o assassínio indireto). Trazem ao debate a questão da morte, em diferentes registos, dentre eles o político e o biológico, tanto no quadro colonial moderno como também em sua face contemporânea, a partir da noção de necropolítica. A importância da noção de necropolítica reside na crítica ao modelo político de exceção, do estado de guerra, que normaliza o terror e o ‘assassínio direto’. Mbembe aporta o conceito de necropolítica em três registos, assim propostos:

Primero, referirme a aquellos contextos en que lo que comúnmente tomamos como el estado de excepción se ha vuelto lo normal, o al menos ya no es la excepción. La excepción se ha vuelto lo normal (...). Segundo, lo usaba para referirme a aquellas figuras de la soberanía cuyo proyecto central es la instrumentalización generalizada de la existencia humana, y la destrucción material de los cuerpos y poblaciones humanas juzgados como desechables o superfluos. Y también lo usé para referirme, como el tercer elemento, a aquellas figuras de la soberanía en las cuales el poder, o el gobierno, se refieren o apelan de manera continua a la emergencia, y a una noción ficcionalizada o fantasmática del enemigo.” (Idem.,. pp. 135-136.)

O autor fala sobre as formas em que o Estado de exceção opera no registo de guerra, convertendo-a em “base normativa do direito de matar”, fundamentado numa noção “ficcional de inimigo” (Mbembe, 2012:21). Traz exemplos recentes como da guerra do Afeganistão pós “11 de setembro”, porém ressalta que os estudos sobre a emergência do terror moderno devem levar em conta as primeiras experimentações dessa biopolítica – a escravidão e o colonialismo, tendo na

demarcação racial, na diferenciação biológica e 'cultural', referências para a negação do reconhecimento da 'humanidade' do 'outro' e de direitos. Observa que a forma de soberania europeia nos espaços coloniais sempre exibiu significativas diferenciações biopolíticas – *“Los estados europeos nunca tuvieron como objetivo gobernar los territorios coloniales con la misma uniformidad y la misma intensidad que la que se aplicaba a sus propias poblaciones”* (Idem., p.35). Os espaços coloniais representam o lugar por excelência da supressão da ordem jurídica 'metropolitana', nos quais a violência do estado de exceção opera em nome da 'civilização'.

Mbembe debate as 'ocupações coloniais tardias', como o caso palestino, em que no processo de apropriação territorial os 'dispositivos infra estruturais' desempenham papel estratégico de biopoder no modo de necropoder. Cita a destruição de casas; cerceamento do acesso a água, iluminação e estradas; assim como a utilização de tanques de guerra e helicópteros para o patrulhamento e intimidação das zonas ocupadas. Para o autor o caso palestino que demonstra a face da ocupação colonial tardia, faz-se enquanto uma associação de múltiplos poderes, assim descritos: *“disciplinar, biopolítico y necropolítico. La combinación de los tres permite al poder colonial una absoluta dominación sobre los habitantes del territorio conquistado* (Idem., 2012:52).

A estratégia de 'guerra às drogas' posta em marcha nas favelas do Rio de Janeiro também opera num registro de exceção, com uso de dispositivos 'necropolíticos' semelhantes aos utilizados nos territórios palestinos. As operações policiais contam com o uso de helicópteros que sobrevoam as favelas, na vigilância e controle cotidiano dos territórios, contando com a presença de policiais armados. É comum a ocorrência de tiroteios nos quais os moradores das áreas são as vítimas daquilo que o senso comum costuma chamar de 'bala perdida'. Não raro ocorrem mortes de moradores, sejam eles 'traficantes' ou não, e que são pelo Estado justificadas como decorrência da 'guerra ao tráfico'.

A legitimidade das mortes insere-se no registro da emergência e da exceção. Há também o uso de veículos blindados, semelhantes a tanques de guerra, denominados de 'caveirão', que circulam nos becos e vielas com o apelo da

intimidação. Dada à semelhança com a questão palestina, algumas dessas áreas de 'conflito' como o Complexo de Favelas da Maré e Mangueiras passaram a ser chamadas de 'Faixa de Gaza' pelos moradores e pela imprensa local, bem como objeto de estudos recentes.³⁴

Em relação a saúde pública, é importante compreender como o racismo permite associar certas doenças e agravos, prioritariamente, às “zonas selvagens” (Santos, 2010), que correspondem aos espaços historicamente colonizados. As relações entre racismo, saúde, doença e colonialismo também foram tratadas por Rabinow (1989), a partir de uma abordagem inspirada em Foucault, que mostra como a colonização constituiu o espaço de experimentação de políticas e de formas de intervenção no território, no espaço social e no governo das populações, que passaram a fazer parte do elenco das tecnologias socioespaciais das potências colonizadoras. Assinala-se, entretanto, que Foucault considerou sobretudo o contexto “metropolitano”, embora o seu enfoque também faça referência e seja útil para ajudar a pensar as zonas “coloniais”, especialmente no modo como estas foram por vezes campos de ensaio para as formas metropolitanas de biopolítica. O racismo enquanto dispositivo biopolítico ajuda a compreender políticas discriminatórias a partir de diferentes clivagens que diferenciam governamentalidades, e que se conformam em estratégias procedimentais presentes em dispositivos sociais e da saúde pública.

As políticas de bem-estar social implantadas pelos estados europeus no Pós II Grande Guerra³⁵ inserem as questões sociais na agenda de Estado e, no que tange a saúde, definem esta enquanto um direito do ser humano de manter seu corpo saudável. Passa a inscrever-se como ação estatal, alvo de dispositivos específicos, onde a higiene e alimentação da família ocupam lugar de destaque

³⁴ “Na Maré, moradores da ‘Faixa de Gaza’ mostram marcas de tiros nas casas”. Esse é o título de uma matéria jornalística que exemplifica o debate. Disponível em : <https://noticias.terra.com.br/brasil/policia/rj-na-mare-moradores-da-faixa-de-gaza-mostram-marcas-de-tiros-nas-casas,e12a6d567f815410VgnVCM10000098cceb0aRCRD.html> Acesso em 10/01/2015. Ver também a discussão feita por Junior, H. F., & Cavalcanti, M. (2013). Territorialidades da(s) cracolândia(s) em São Paulo e no Rio de Janeiro. *Anuário Antropológico*, (II), 73-97.

³⁵ Foucault (2011) identifica como importante marco o Plano Beveridge inglês, que deu origem a uma outra concepção de responsabilidade do Estado sobre a população.

numa dada moral do corpo. “A saúde, a doença e o corpo começam a ter suas bases de socialização. Ao mesmo tempo, eles se convertem em um instrumento da socialização dos indivíduos” (Foucault, 2011:376). Da metade do Século XX em diante essa agenda se altera, assumindo uma face mais econômica, da economia política da saúde, na qual a saúde entra nos cálculos macroeconômicos. Inicialmente por meio de fatores como o risco de interrupção do trabalho, com vistas a prover e corrigir as desigualdades de rendimento por meio da garantia do corpo saudável, com ações curativas de doenças. Acrescenta-se que nas décadas mais recentes ocorre uma outra virada importante na matriz da economia política em saúde, quando do grande incremento da saúde como mercado, com o crescimento vertiginoso da pesquisa e desenvolvimento de produtos como fármacos e equipamentos sem precedentes, que impulsionam o chamado ‘complexo industrial em saúde’³⁶. Essa virada atua no sentido de uma maior radicalização na definição de dispositivos biopolíticos que delimitam sujeitos, territórios e populações, demarcados por forças de mercado.

Voltando um pouco no tempo, ao abordar as bases dos dispositivos biopolíticos e o papel da medicina, Foucault pondera que após o século XVIII toda a prática da medicina é uma prática social, dado o impacto das práticas da medicina, antes liberal, sobre pessoas e populações. Em termos relevantes para a Europa, essa afirmação é de fundamental importância ao entendimento do que o autor denomina de “desbloqueio técnico e epistemológico da medicina” e de toda uma série de práticas sociais, questionando se esse modelo de desenvolvimento pode ser utilizado, corrigido e aplicado em outros lugares, nos territórios que possuem outros modelos de desenvolvimento político e econômico (ibid., p.378).

Entretanto, em termos de governamentalidade, pondera-se que as tecnologias biopolíticas (de acesso, terapêuticas e de controle de doenças) podem culminar com uma radicalização da cartografia global em termos Norte-Sul e centro/periferia, dada as assimetrias e as diversas clivagens econômicas, sociais,

³⁶ Em termos gerais o ‘complexo industrial em saúde’ pode ser definido como um conjunto de organizações públicas e privadas que atuam na produção de insumos e serviços de saúde, tais como equipamentos cirúrgicos, medicamentos, aparelhos de diagnose e tratamento, bem como os ambientes de produção de cuidados de saúde, como hospitais e ambulatórios (Gadelha, 2003).

étnicas, de gênero etc. Em países com fortes desigualdades sociais como o Brasil, a diferenciação dos dispositivos biopolíticos imprime uma cartografia diferenciada em variadas escalas e divisões, como a de caráter regional³⁷ - em termos de territorialidade, num recorte nacional; e outra em termos de zonas 'nobres' versus periferia (as favelas), quando em relação às grandes cidades. Biopolíticas postas num quadro de governamentalidades, como práticas discursivas em torno dos 'direitos' de pessoas em situação de expropriação econômica e social, em certa medida também circunscrevem, atualizam e reificam os marcos da violência estrutural, das desigualdades, da opressão, próprias do pensamento abissal, na medida em que diferenciam os dispositivos biopolíticos com base nesse recorte.

Determinados dispositivos biopolíticos convertidos em práticas de saúde estão por toda a parte, ocupam espaço-tempo de vidas humanas por meio de suas estratégias - anamneses, exames físicos, indicações de uso de medicamentos, ordenação do espaço privado (as habitações) com vista à promoção da higiene, entre outros. Essas tecnologias simples, se comparadas a outras que pressupõem mais recursos tecnológicos, são altamente portáteis, podem ser facilmente aplicadas em quase todos os lugares e seu custo é relativamente baixo. Consequentemente impactam, de uma forma ou de outra, nas vidas de pessoas em praticamente todas as partes do mundo e afetam a todos, inclusive os milhões de pessoas consideradas como extremamente pobres, que ocupam os ambientes mais vulnerabilizados. É especialmente desafiador pensar nos impactos de práticas diferenciadas sobre pessoas.

As discussões precedentes fornecem subsídios para se pensar questões como a constituição dessa série de práticas em contextos marcados pelas desigualdades sociais. Percebe-se que os aparatos da saúde no Brasil operam por dispositivos biopolíticos diferenciados, a depender de uma certa cartografia social.

³⁷ O caráter socialmente excludente do desenvolvimento econômico brasileiro vem historicamente desenhando um mapa de desigualdades que cinde o país em regiões, com acentuado desequilíbrio em termos de desenvolvimento entre elas. As regiões Sul e Sudeste concentram majoritariamente os investimentos de governos e mercado, em detrimento das regiões Norte e Nordeste e parte do Centro Oeste. Essa cartografia das desigualdades reflete-se na conformação social, política e econômica do país. Esforços recentes vêm trazendo alterações a esse panorama, porém ainda persistem elementos de continuidade do padrão de desenvolvimento macroeconômico concentrador. (Fiori, 1994; Diniz, 2010)

A implementação do SUS como uma política universal, *vis a vis* os fatores históricos, políticos, infra estruturais e financeiros, tem implicado numa delimitação sócio econômica e territorial de algumas políticas de saúde, em especial da atenção primária, caso de interesse deste estudo. A 'Estratégia Saúde da Família' - ESF, enquanto dispositivo privilegiado de implantação da política de atenção primária³⁸, em termos conceituais engloba a totalidade da população brasileira. Contudo, a maior parte das políticas de saúde são ordenadas por prioridades, com base em metodologias de planejamento em saúde fundadas em problemas prevalentes, que informam o desenho e a matriz de implantação de políticas públicas. Por se tratar de um país de consideráveis desigualdades, a ESF tem sido privilegiadamente implantada junto aos territórios onde vivem as populações mais desfavorecidas, já que estas apresentam, por consequência, os piores indicadores de saúde.

Dado um conjunto de questões como a convivência da oferta pública e privada em saúde, a herança do modelo de medicina previdenciária e o ainda insuficiente investimento público em saúde, as chamadas classes média e alta recorrem consideravelmente aos planos privados de assistência à saúde, principalmente as das regiões sul e sudeste do país. São fenômenos herdeiros, dentre outros fatores, da distribuição desigual de riquezas, da assimetria no desenvolvimento de caráter regional, e da matriz da medicina hospitalocêntrica anterior ao SUS³⁹. Não se pode deixar de ressaltar também o poder das políticas neoliberais que estratificam populações, principalmente das décadas anteriores, responsáveis tanto pela manutenção quanto pela criação de novas roupagens para a conhecida clivagem na oferta de saúde de caráter integral⁴⁰.

O modelo de atuação da atenção primária é de base territorial, onde um conjunto de profissionais de saúde são responsáveis por um certo número de famílias, dispostas num determinado território. A ideia de responsabilidade

³⁸ No Brasil a atenção primária recebe o nome de Atenção Básica, como será discutido no Capítulo IV.

³⁹ Esse tema é muito discutido no Brasil, tendo em vista não apenas a recente universalização da saúde, sob o ponto de vista histórico, mas também a outras questões, como a forte presença do setor privado na oferta de serviços, o valor per capita dos recursos públicos ainda insuficientes, entre muitos outros fatores. Para essa discussão ver Dain (2007); Menicucci (2007); Cordeiro et. al., (2010).

⁴⁰ Também tratado no Capítulo IV - Dispositivos e organização da atenção.

sanitária, aliada aos programas, protocolos e metas de atenção à saúde, atua então sobre determinados moradores, por meio de políticas específicas. Em consequência, há arranjos de governamentalidade que operam diferentes dispositivos biopolíticos para diferentes estratos sociais, que no contexto social brasileiro resultam em recortes não apenas econômicos, mas também de outras franjas, como a étnica (numa concepção ampliada), num recorte que inclui outras cisões, como os migrantes e seus descendentes das regiões norte e nordeste do país em direção as regiões sul e sudeste, historicamente as mais desenvolvidas por receberem mais recursos⁴¹. Com base na cobertura populacional das políticas de saúde, são biopolíticas que diferenciam pessoas, num domínio tanto disciplinar quanto regulatório: os seus sistemas de registro contêm nomes; endereços; historial de doenças; resultados de exames; dados de acompanhamento de doenças tanto infecciosas como não infecciosas, como a Tuberculose, Sífilis, Diabetes, Hipertensão, como exemplos. Na vertente da atenção à saúde, incluem visitas às casas, orientam as formas de cuidado dos filhos menores; da alimentação; monitoram o desempenho escolar enquanto requisito de acesso a outras políticas sociais como o Bolsa Família; fazem tratamentos diretamente observados como o da Tuberculose; realizam busca ativa das gestantes faltosas às consultas de pré-natal, entre outras ações⁴².

Por outro lado, há um contingente populacional que está ao largo dessas políticas e tecnologias da saúde. Por terem acesso a planos privados de saúde, devido a sua própria capacidade de pagamento ou por meio de seus contratos de trabalho, recorrem ao sistema público apenas quando de demandas por procedimentos de maior complexidade, tais como cirurgias, ou atendimentos de emergência mais caros. Ou seja, a dimensão da busca e a escolha por ações de saúde atende pelo perfil de utilização dessa população, num recorte de

⁴¹ O êxodo migratório brasileiro das décadas anteriores, em face do padrão concentrador de desenvolvimento nacional e agudizador das disparidades regionais (Diniz, 1998; Cohn, 1997; Fagnani, 1999), trouxe para o Rio de Janeiro muitos migrantes do Norte e Nordeste do país, sendo estes, independentemente de seu lugar de origem, vulgarmente chamados de 'paraíbas', em referência ao estado da Paraíba. A designação correta aos nascidos naquele estado é paraibana/paraibano. O termo 'paraíba' resume a narrativa racista já 'naturalizada' no senso comum. Em São Paulo, num recorte similar, usa-se a denominação de 'baiano' para designar os migrantes do Norte e Nordeste.

⁴² Esse debate será retomado e aprofundado no Capítulo IV.

estratificação sócio-econômica. A racionalidade da atenção primária em saúde, na sua vertente de vigilância e de promoção da saúde - monitoramento das condições de morbimortalidade e de controle tanto de doenças como de modos de vida -, também leva a que sejam mais direcionadas a população de baixa renda, que habita os territórios em piores condições infraestruturais e ambientais.

As abordagens e impactos de tais tecnologias biopolíticas cumprem uma delimitação socialmente cartografada, que diferencia os sujeitos do cuidado e seus territórios. Uma análise crítica dessa cartografia social deve levar em consideração as distensões, contradições, amadurecimentos, avanços e retrocessos que conformam o campo da saúde no Brasil, tais como as tensões presentes entre os desenhos e concepções de políticas de saúde por parte de seus decisores e implementadores; a agenda emancipatória da saúde coletiva em seus diversos espaços de ação; o modelo de formação profissional, em especial das escolas médicas voltadas para uma medicina liberal individual; a potência da participação social; entre outras dimensões que compõem esse campo de tencionamentos e contradições, a ser retomado mais adiante no âmbito desse trabalho.

II.5 - As práticas de saúde nos enfoques e projetos da Medicina Social e da Saúde Coletiva

No bojo dos processos de institucionalização da medicina e no esforço de situá-la historicamente, autores como Rosen (1979), discutem a vinculação entre doenças, práticas médicas e as condições sócio econômicas de grupos populacionais. É na defesa da medicina como prática social que o autor debate com distintas correntes de pensamento, situando-as historicamente, sendo nos diálogos com autores como Virchow⁴³ que discorre sobre o delineamento de princípios da medicina como ‘ciência social’:

⁴³ É também em conversa com Virchow que Rosen assume o debate com a corrente, liderada pela hegemonia da visão estritamente bacteriológica, sobre o processo saúde/doença, refutando a relação causal e unidirecional entre bactéria e doença. Em relação por exemplo a tuberculose, o autor ressalta que “o bacilo da tuberculose não era idêntico à tuberculose” (Rosen, 1979:88).

[...] sendo a saúde e a educação condições de bem-estar, é tarefa do Estado providenciar para que o maior número de pessoas tenha acesso, através da ação pública, aos meios de manutenção e promoção tanto da saúde quanto da educação [...] as condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença e tais relações devem ser submetidas à investigação científica [...] devem ser tomadas providências no sentido de promover a saúde e combater a doença e que as medidas concernidas em tal ação devem ser tanto sociais quanto médicas (Rosen, 1979:82, 83, 85).

O tema da medicina tem lugar de destaque na produção de grandes referências do pensamento político e social, como Rosen e Foucault, destacando-se as contribuições da noção da medicina como prática social. Ao discutir a origem da medicina social europeia⁴⁴, Foucault (2011) identifica alguns elementos que corroboram para a ‘decolagem’ da medicina no Ocidente. A inscrição histórica, ao nível biológico, operada pela medicalização, que inscreve alterações nas trajetórias humanas – a bio-história -, é entendida como o efeito da intervenção médica na história humana⁴⁵. “A história da espécie humana não permanece indiferente a medicalização”. Um segundo elemento derivativo deste - da bio-história -, faz então referência a “medicalização”, entendida como a indiscutível participação das instituições, estratégias e dispositivos médicos no cotidiano e nas intervenções sobre o corpo humano e, por fim, a participação da saúde no desenvolvimento econômico das “sociedades privilegiadas” por ele designada como “economia da saúde”. Assim se embasa o argumento de que a medicina moderna é social, na

⁴⁴ Tema também tratado numa conferência de Foucault, proferida no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro em 1974.

⁴⁵ Foucault traz o exemplo do desaparecimento ou diminuição de doenças no século XX como a Tuberculose, que é alterada não apenas por conta da introdução do tratamento quimioterápico, mas também pela melhoria nas condições de vida das sociedades europeias, em especial em relação a alimentação e habitação. Ressalta-se, entretanto, que as referências do autor são europeias e relativas a um determinado período. Põe-se em questão aqui a alteração desse quadro nas últimas décadas como efeito: (i) do modelo concentrador de riquezas do capitalismo moderno/contemporâneo, principalmente em detrimento dos países dos continentes Latino Americano, Africano e parte do Asiático; (ii) a associação com doenças emergentes como a AIDS, numa dinâmica sócio epidemiológica de co-infecção e; (iii) o aumento de casos de Tuberculose Multi Resistente – TBMR, em face da exposição a quimioterapias mal conduzidas, devido a estrangulamentos financeiros de países endêmicos, que impactam em inúmeras restrições, dentre estas o desigual acesso a esquemas terapêuticos adequados e outras dificuldades de ordem social e econômica. Análises recentes como as de Farmer (2005), contrapõem-se a algumas avaliações que identificam o aumento da TBMR como resultado da não adesão ao tratamento por parte dos pacientes destes países. Entretanto, essa discussão será feita mais adiante. Ressalta-se apenas que ainda que as considerações de Foucault sejam fundamentais, fazem mais sentido num determinado espectro histórico e geopolítico – o contexto de uma Europa central da primeira metade do século XX, tendo em vista as alterações desse quadro na atual conjuntura política, econômica e social.

medida em que é uma prática social, pois intervém no corpo social, ressaltando que apenas parte dela é de caráter individual, restrita a relação médico-paciente, mas que todo o resto é social. Reporta-se ao modo capitalista de organização da esfera produtiva com base na força de trabalho, assim definido:

[O capitalismo] socializou um primeiro objeto, o corpo, em função da força produtiva, da força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se efetua mais apenas pela consciência ou pela ideologia, mas também dentro e com o corpo. Para a sociedade capitalista, importava, antes de tudo, a biopolítica, o biológico, o somático, o corporal. O corpo era uma realidade biopolítica. A medicina, uma estratégia biopolítica. (op. cit., p.405)

É no bojo das transformações capitalistas que Foucault identifica três grandes referências para a medicina social europeia: a Medicina de Estado alemã, a Medicina Urbana francesa e a Medicina da Força de Trabalho inglesa, elegendo essa última como a que mais contribuiu para a conformação e disseminação de uma dada matriz de medicina social. Resumidamente, podem ser assim caracterizadas: medicina do Estado – tem por base o conceito de polícia médica, *‘medizinische Polizei’*, estruturada a partir de dados e informações de morbimortalidade mais refinados; pela normalização da prática e do saber médico; da estruturação de bases organizativas de controle da atividade médica; e da ordenação do poder e responsabilidade do médico, enquanto agente estatal, sobre um determinado território e contingente populacional.

A medicina urbana francesa, como outra vertente da medicina social, nasce do fenômeno da crescente e desordenada urbanização das cidades, especialmente de Paris, tomando por pressuposto a necessidade de higienização urbana como estratégia de contenção de doenças; controle e organização da circulação da água, do ar, e dos dejetos sólidos e líquidos. Identifica que a organização cidadina, feita através da racionalidade médica, também denominada pelo autor de medicalização da cidade, propiciou a aproximação do profissional médico com outras áreas do conhecimento em operação no cenário urbano, em especial a química, resultando na inserção da prática médica no *‘corpus’* da ciência. O legado da medicina urbana teria sido então o de conformar a medicina enquanto ciência. “A introdução da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se fez por meio da socialização da medicina, do estabelecimento de uma medicina coletiva, social e urbana” (Foucault, 2011:418).

Já a Medicina da Força de Trabalho, originariamente inglesa, é entendida como a “medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário” (Op. cit.,:419). É ordenada por meio de diversas tecnologias médicas, que vão desde a oferta de “assistência à saúde dos mais necessitados” até a separação dos espaços destinados aos ricos e aos pobres, conformando a matriz de ‘proteção e controle’ da medicina social. Funda-se, a partir desse binômio, a organização da assistência médica ‘fiscalizada’ que, além de prover ações de saúde anteriormente não alcançadas em face da pobreza, delimitava a circulação de pessoas e doenças, através do controle epidemiológico e ambiental – “Estabeleceu-se, assim, um cordão sanitário autoritário no interior das cidades, entre ricos e pobres. Para isso, foi-lhes oferecida a possibilidade de receber tratamentos gratuitos ou de baixo custo”. A consolidação desse modelo de assistência exercida pelo controle médico da população tem como ponto alto a criação dos *Health Service* e *Health Office*, cujas atribuições eram a imunização obrigatória; registro e monitoramento das doenças endêmicas e epidêmicas e destruição dos lugares de insalubridade das cidades⁴⁶, donde se depreende que há, portanto, um maior controle médico sobre a população pobre. Trata-se de “(...) uma medicina que consistia principalmente em um controle da saúde e do corpo das classes necessitadas, para que elas estivessem mais aptas ao trabalho e menos perigosas para as classes ricas”. (op. cit., p. 418, 421, 424).

O legado da medicina social inglesa está na fundação do que Foucault denomina de ‘sistemas médicos superpostos e articulados’: medicina de assistência aos pobres; medicina de controle de endemias, exercida através de vacinações e cordões sanitários; e medicina privada individual, destinada a quem possui recursos para custeá-la. Essa é a matriz de medicina social que Foucault identifica como sendo a mais disseminada⁴⁷. Contudo, há de se problematizar esse

⁴⁶ Essa matriz, juntamente com a revolução bacteriana liderada por Pasteur, tem também repercussões subsequentes, ainda no início do século XX, em países como Brasil, onde em 1904 o então ministro da saúde Oswaldo Cruz consegue aprovar no Congresso Nacional a Lei da Vacina Obrigatória, que possibilitou campanhas de vacinação de caráter autoritário, como a da Varíola, prevendo inclusive a invasão de casas e vacinações à força, à revelia de quem se recusasse, culminando com a Revolta da Vacina. Essa passagem da história da saúde pública brasileira está densamente trabalhada em Benchimol (1992).

⁴⁷ Atualizações desse modelo foram verificadas nas diretrizes do Banco Mundial para a agenda da saúde nos países latino-americanos, no contexto do Ajuste Fiscal da década de 90, enquanto

postulado, tomado por base apenas nas referências europeias, em relação a medicina social latino-americana, que tematiza e problematiza outras contradições, para além da relação capital-trabalho, própria das sociedades metropolitanas do Norte.

A medicina social latino-americana⁴⁸ surge enquanto um movimento coletivo e participativo, de diferentes atores sociais, em torno da crítica ao modelo econômico implementado no continente na década de setenta, marcado pela forma de desenvolvimento econômico concentrador e gerador de imensas iniquidades sociais, dentre elas as de saúde. Foi e tem sido um movimento que se atualiza permanentemente, do qual fazem parte múltiplos agentes sociais, tais como trabalhadores da saúde, acadêmicos - professores, pesquisadores e alunos, representantes de movimentos sociais da saúde e afins. Nesse sentido, a medicina social latino-americana fundamenta-se como um movimento político, econômico, social e científico, críticos ao movimento hegemônico global reinante no período. Nasce fundamentalmente da crítica e em resposta a uma determinada saúde pública que se desenha num momento de crise, alinhada aos pressupostos do modelo desenvolvimentista não redistributivo.

Entretanto, essa década foi precedida por um período de desenvolvimento, ocorrido no bojo de políticas de bem-estar, que culminaram com alguma melhoria nas condições de vida e de saúde das populações. Com a alteração no panorama político econômico, houve um recrudescimento dos indicadores de doenças próprias da pobreza, aquelas consideradas como sendo evitáveis, em especial as infecciosas. Nesse contexto já conviviam com as doenças crônico-degenerativas, características de populações com um maior grau de desenvolvimento. Com isso tem-se um período de transição epidemiológica, com a convivência dos diferentes perfis de adoecimento. Em consequência, a 'velha' saúde pública demonstrou

exigência ao acesso a recursos financeiros via empréstimos. Vieram a conformar agendas focalizadas de ações e serviços de saúde, especialmente nas diretrizes de restrição ao acesso a políticas de saúde mais integrais. Naquela conjuntura, essas estratégias ficaram conhecidas como 'pacote-mínimo' de serviços, com focalização de clientela, os mais pobres. (Fagnani, 1999 e Gondim, 1997).

⁴⁸ Autores como Breilh (2006); Iriart et. al., (2002); Duarte Nunes (2015); Luz (2009), Almeida Filho (2001); Paim e Almeida Filho (1998) merecem destaque, pois vêm dedicando-se ao tema ao longo das últimas décadas.

limitações conceituais e metodológicas na forma de conceber e operar políticas em resposta a esse novo contexto.

A medicina social latino-americana concebe saúde e seus problemas no marco do coletivo, pois considera a população e as instituições sociais enquanto totalidades, que leva em consideração o indivíduo, porém transcendendo-o. Os problemas de saúde são entendidos num enquadramento teórico metodológico onde os elementos individuais e grupais são referenciados a partir do contexto, numa relação com a determinação social da saúde e doença. Diferencia-se de uma determinada saúde pública, que trabalha em modelos que tomam por base majoritariamente variáveis individuais - como raça, sexo, faixa etária, peso corporal, hábitos alimentares, entre outros, descolados dos contextos onde estão inseridos indivíduos e coletivos⁴⁹. Marcada pela influência do pensamento marxista, tem por principais categorias analíticas a reprodução social, a produção econômica e as classes, porém, amplia seus marcos para além destas, quando atualiza o olhar para outras questões como gênero, ecologia, discriminações raciais, movimentos migratórios, ocupação territorial, entre outras.

É nesse quadro de referência que as questões mais afeitas ao indivíduo são inseridas, sob o ponto de vista assumidamente histórico, teórico e metodológico. Tem por referências, dentre outras, as ciências sociais e a economia política, o

⁴⁹ O debate acadêmico tem demonstrado, com muita propriedade, que esses modelos geraram e continuam gerando argumentos 'científicos', que naturalizam e localizam em indivíduos determinados 'problemas', notadamente em termos raciais e 'culturais'. O estudo de Fassin (2012) sobre o saturnismo (doença causada pela exposição ao chumbo) em crianças, filhos de imigrantes africanos, é um exemplo importante. A causa da doença 'descoberta' pelos funcionários da saúde pública francesa se localizaria nas práticas culturais africanas – aos curandeiros tradicionais mulçumanos ou aos produtos das maquiagens das mulheres. Somente após mobilizações, lideradas pelos ativistas do saturnismo, é que finalmente reconheceram que a contaminação se devia ao chumbo presente nas paredes das casas destinadas a essa população pelo governo francês. Essa política habitacional destinava a essas populações as habitações mais insalubres, e muitas destas ainda possuíam paredes contendo esse material, que há tempos o governo havia proibido no país. A própria política francesa, marcada pela desigualdade ambiental e social, encerrava a origem do problema, e a essa iniquidade, somava-se outra, a de uma ciência fundamentada em bases raciais, travestida de naturalista. "(...) poderíamos mostrar o duplo mecanismo de construção e de produção, de modelos cognitivos e de lógicas políticas que a sociedade tende a pagar, fazendo das categorias nosográficas um simples reflexo da natureza das coisas, eludindo os processos sociais que os inscrevem nos corpos" (Fassin, 2012:380). Importante observar que as explicações 'culturais' seguiram orientando as análises, mesmo após a constatação da causa ambiental, localizada 'no estranho hábito das crianças africanas de comerem paredes'.

planejamento estratégico situacional⁵⁰ em saúde e a epidemiologia crítica. Atualmente seus aportes disciplinares vêm se ampliando e adensando, e é nesse quadro de referência que concebe o processo saúde- doença de maneira interdisciplinar, o que requer uma análise em múltiplos níveis do perfil epidemiológico de uma dada população.

El perfil epidemiológico de un colectivo social o institucional en una determinada sociedad requiere un análisis de múltiples niveles para comprender por qué y cómo las condiciones sociales, tales como la reproducción social, la producción económica, la cultura, la marginalización y la participación política, se organizan históricamente em distintos modos de vida característicos de los grupos situados en diferentes posiciones dentro de la estructura de poder, y determinan un acceso diferencial a condiciones favorables o protectoras, o a condiciones desfavorables o destructivas, estableciendo la dinámica del proceso salud-enfermedad. (Iriart et. al., 2002:131)

Os anos 70 testemunharam um grande crescimento da produção da medicina social latino-americana, tendo a Organização Mundial da Saúde – OMS⁵¹, um papel impulsionador, que fomentou nos países a criação de centros de investigação, revistas científicas, programas de pós graduação, realização de congressos e seminários, entre outros incentivos, contribuindo para o adensamento e consolidação do campo (Duarte Nunes, 2015). O fundamento na relação entre teoria e prática a partir da perspectiva das práxis – da inter-relação dialética entre teoria e ação -, tem sustentado a inserção engajada dos atores, em diferentes arenas – das práticas de saúde, da formulação de políticas, do ensino, das pesquisas, das publicações e do ativismo político. Esses diversificados processos

⁵⁰ O Planejamento Estratégico Situacional – PES corresponde a uma metodologia de planejamento, proposta na década de 70, pelo economista chileno Carlos Matus, que inseria a dimensão política nas análises dos ambientes alvos do planejamento, enfocando a complexidade e a dinâmica dos problemas sociais.

⁵¹ Destaque para o papel de Juan César Garcia, médico, sociólogo e historiador argentino, com extensa carreira na OPAS, personagem chave ao desenvolvimento do pensamento da medicina social latino-americana, assim resumido por Duarte Nunes (2015): “gostaríamos de assinalar que nele [em seus propósitos] estão contidas três dimensões que constituem as orientações básicas de sua trajetória no campo da saúde: a elaboração de um pensamento sistemático e reflexivo sobre o social; uma atitude crítica na problematização do ensino e das práticas profissionais; um compromisso com a institucionalização e divulgação do saber sanitário” (Duarte Nunes, 2015). As inúmeras referências ao lugar das ciências sociais no projeto de Garcia, na construção do campo da saúde latino-americana, dão bem a ideia de sua importância: “Não existe hoje em dia nenhuma corrente importante nas ciências sociais que afirme que a medicina tem uma autonomia completa da estrutura social ou das partes, instâncias ou elementos que a integram” (Garcia, Apud Castro e Germano, 2008:223).

da medicina social ocorrem no esforço desta constituir-se num sentido participativo, emancipatório e da defesa dos direitos sociais.

As décadas recentes têm sido palco de tensões mundiais importantes e que impõem desafios à medicina social, principalmente em face da conjuntura de crises econômicas e de soluções ortodoxas que repercutem nos modos de conceber os direitos das populações às políticas públicas. Exigem esforços consideráveis no plano reflexivo e de intervenções, que não apenas assegurem os avanços conceituais e as conquistas já alcançadas, atualmente postas em questão em face de panorama internacional, como as que questionam o princípio de sistemas universais.

No Brasil, os debates atuais vêm enfrentando distensões como as que advogam a favor da ideia de ‘cobertura universal’ (WHO, 2010b). Essa concepção pode entrar em contradição ao princípio de ‘sistema universal’, na medida em que trabalha com a ideia de um conjunto de serviços, ao invés de uma racionalidade sistêmica integrada às demais políticas públicas, assim problematizada por Noronha:

Nele [no modelo de cobertura universal e seguro social de saúde] tem início a transformação semiótica do direito à saúde e do acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde para o conceito de ‘cobertura universal’ indelevelmente associado à ‘proteção do risco financeiro’ e à busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial. (2013:848)

Agrega-se a isso questões candentes da relação público/privado na saúde, tendo em vista que o contexto de criação do SUS pressupôs a convivência com o setor privado num duplo papel - como parte do sistema público, efetivado por meio de contratos e convênios, e, ‘suplementar’ a este, a partir da oferta privada de planos e seguros de saúde⁵². Por outro lado, exige também que se atualizem os debates e as reflexões em torno de novos desafios, como a restrição da lógica de equidade das políticas em face de dimensões como as de gênero, de deficiências e patologias, enfim, de exclusões sociais históricas que exigem o investimento em

⁵²Ver Dain (2007); Menicucci (2007) Noronha et. al. (2010). Em relação a prática médica, Viana Sobrinho (2013) alerta que, atualmente, a medicina – suas práticas, interesses, estudos e pesquisas, tem-se voltado para, e está muito mais a serviço do mercado desses planos privados, assim como ao complexo médico industrial.

estudos capazes de construir bases epistemológicas críticas a esse novo contexto restritivo⁵³.

Breilh (2006) retoma e reafirma o papel chave destinado à epidemiologia crítica, naquilo que denomina de o “projeto contra-hegemônico do movimento sanitário latino-americano”. Fundamentado na determinação social da saúde, identifica a necessidade de revisão de suas bases, indagações, preocupações, e de seus aportes paradigmáticos. Aposta na busca de uma “ética do modo de vida”, que inclua uma revisão das condições do trabalho humano, dos direitos sociais, da equidade junto a grupos subalternizados, de uma justiça ecológica, enfim, daquilo que compõe o quadro de referência da saúde enquanto projeto emancipatório.

A construção de uma ‘nova’ epidemiologia, que vem sendo desenhada há quase quarenta anos, num sentido não linear, mas assumindo os desafios e contradições próprios de seu tempo, envolve tarefas prementes, dentre as quais o autor assinala a revisão do “objeto da saúde”, em dimensões assim propostas: “a de seu ser (dimensão ontológica), a de sua conceitualização (dimensão epistemológica) e a de suas formas de práticas (dimensão *prática*)” À cada uma delas correspondem diferentes domínios do conhecimento e de práticas que merecem uma revisão. Como exemplo pode ver-se o “ser da saúde” nos domínios singular/geral; micro/macro; geral/particular. Em termos epistemológicos cita-se o enfrentamento das formas de construção do ‘objeto’ de estudo, que podem ser unicultural ou intercultural, e em relação às ações em saúde, há escolhas voltadas para promoção, prevenção ou curativas. (op. cit., p.41).

Como missão da epidemiologia crítica, o autor fala também da revisão da teoria do risco, da crítica à visão reducionista do conceito de exposição, numa retomada às referências e sentidos da determinação social da saúde. Essa revisão pressupõe ‘resituar’ o sujeito do conhecimento, o que implica na inclusão de outros saberes, não previstos na matriz da ciência moderna, e conseqüentemente, de

⁵³Sobre a produção de conhecimentos que respaldam a discussão, Breilh alerta para o crescimento de uma corrente em epidemiologia denominada de *bottom-line epidemiology*, que realiza estudos e prevê medidas por dentro da lógica neoliberal – “(...) que compartilha a lógica dos mínimos toleráveis, a medição de fenômenos que expressem a máxima resistência governável de uma população ante a pobreza e as privações(...)”. (Breilh, 2006:27)

outros sujeitos do saber. Um novo olhar sobre o ‘objeto’ da epidemiologia clássica, sobre aquilo que está estabilizado e embutido no pressuposto de ‘perfil epidemiológico’, é visto então como uma construção:

[...] permite estudar as contradições determinantes do devir da saúde na dimensão da sociedade em geral, os modos de vida particulares dos grupos situados em posições distintas da estrutura de poder, os estilos de vida pessoais e os processos contraditórios que se expressam nas pessoas [...] (op. cit., p.32)

A determinação social é um conceito chave da medicina social latino-americana, enquanto campo de saber, nomeadamente as que tomam por referência a epidemiologia e as ciências sociais críticas, e de práticas emancipatórias. Entretanto, muitos debates e controvérsias têm surgido em torno do tema, não apenas conceitualmente, mas também, por derivação, relativas às políticas e práticas que dialogam com os diferentes enfoques. Não constituem simples questões terminológico-conceituais, mas categorias de análise que trazem repercussões importantes.

Autores como Breilh esmiúçam o debate, identificando uma “confusão entre determinismo e determinação”. Resgata correntes de pensamento que influenciaram diferentes bases das explicações: (i) na biologia - evolucionistas, vitalistas, historicistas, existencialistas; (ii) em relação a esquemas explicativos como determinismo/indeterminismo; ou (iii) os ancorados em outras matrizes, como a dialética, que apostam em acepções de determinação “ricas e múltiplas e não apenas naturais”. Aposta na diferenciação entre determinismo e determinação da saúde, optando por essa última tendo em vista ser referenciada pelos “modos de devir da realidade” em suas diferentes complexidades, falando a favor de “categorias de determinação, que se relacionam e constituem uma hierarquia”. (op. cit., p.122).

Ao entender a realidade como complexa, com incertezas e multidimensionalidade, a noção de determinação abdica da compreensão de ‘possibilidades’ e ‘riscos’ como princípios absolutos. Esse quadro de referência provê uma crítica em torno de pressupostos como o de “causalismo”, bem como de vertentes atualizadas, o “neocausalismo”, assinalando alguns de seus equívocos:

o reducionismo epistemológico que aceita a “falsa crença em que as leis causais e os fenômenos empíricos ocorrem como sistemas fechados” (Breilh, 2006:130).

Almeida Filho (2010) entra no debate reconhecendo que atualmente enfrenta-se um desafio de cunho teórico, metodológico e político em relação a determinação social da saúde e sua articulação com o problema das desigualdades sócio econômicas, apontando uma certa contradição na produção acerca do tema. Identifica nas últimas décadas um aumento da produção científica na América Latina, num quadro de referência orientado pelo materialismo histórico, ressaltando haver um predomínio de “abordagens doutrinárias ou teóricas em detrimento de pesquisas empíricas com dados socioepidemiológicos”. Porém, ressalta países como México e Brasil enquanto exceções.

Argumenta que mais recentemente, entretanto, esse quadro se altera especialmente nos países do Norte, e o enfoque recai em torno de questões como estresse, pobreza, exclusão e marginalidade, enquanto expressões das desigualdades sociais. Esses enfoques têm informado estudos sobre a potência e repercussão destas em termos de disparidades nas condições de saúde, acesso a serviços e recursos, mas cuja tônica tem prescindido de debates e aprofundamento teórico sobre o grau de desenvolvimento econômico e regimes políticos dos países. O esvaziamento teórico-político e o lugar da empiria definem o contraste em relação tanto ao período anterior como a localização da produção destes estudos recentes. Em relação a estas abordagens mais recentes, tece críticas sobre as que decorrem por dentro do enfoque marcadamente econômico, ancorados em indicadores como renda, produção e consumo, como medidas privilegiadas das desigualdades sociais, contra argumentando que “a saúde não pode ser linearmente produzida, armazenada, investida e redistribuída do mesmo modo que a renda”. Dessa forma considera os seus desdobramentos como “falácias econocêntricas e econométricas”, assim analisadas:

A falácia econocêntrica implica em supor que a esfera da economia pode ser tomada como referência dominante da sociedade e que, portanto, dispositivos de explicação da dinâmica econômica das sociedades seriam adequados para compreender processos e objetos de conhecimento sobre a saúde e vida social. Mesmo que tal posição possa ser relativamente adequada para economias de mercados industriais, [...] a renda não parece representar medida válida e plena de acesso ao bem-estar social e aos

recursos de vida (saúde incluída) em países pobres. Mediante estruturas e dinâmicas próprias, além da concentração de riqueza, outras desigualdades derivadas do ranqueamento social encontram-se ativas em sociedades flageladas pela pobreza, desemprego e exclusão social. A falácia econométrica implica considerar que processos de produção de saúde, de relações sociais e de mercadorias são relativamente isonômicos e que, portanto, metodologias econométricas seriam adequadas para apreender variações e disparidades em determinantes e efeitos sobre a saúde na sociedade. [...] os fenômenos da saúde-doença-cuidado têm atributos e propriedades de realização e distribuição totalmente diferentes (e não redutíveis) da renda. (Almeida Filho, 2010:24)

Almeida Filho reporta-se ao trabalho de Breilh como uma grande exceção. Sinaliza a importância da inclusão de um conceito chave – a ‘diversidade’, na matriz analítica da desigualdade, na qual as variações em termos de outros atributos de uma população são levadas em consideração, como os já tratados anteriormente (gênero, nacionalidade, etnia, entre outros). Para a operação do conceito de ‘diversidade’, Breilh (2006) propõe uma distinção entre ‘inequidade e iniquidade’, defendendo que a primeira – inequidade, pode constituir-se em expressão da variação negativa da diversidade, em termos de distribuição e acesso de bens e serviços de uma sociedade. Iniquidade, por sua vez, está atrelado ao conceito de justiça, ou melhor, enquanto sinônimo de injustiça. Para Almeida Filho essa diferenciação é de grande proveito analítico, já que evidencia que “a distribuição desigual de bens numa sociedade não teria apenas uma raiz política diretamente referida à justiça social (iniquidade), mas seria sobredeterminada estruturalmente (inequidade). ” (op. cit., 2010:27)

O debate teórico e prático da saúde, no contexto latino-americano, ancora-se nestas análises e fundamentam um projeto transformador, voltado fundamentalmente para as condições sociais. No Brasil assume o enfoque ‘de projeto da saúde coletiva’, cuja denominação deriva do entendimento de que as análises do conjunto de ideias, instituições e práticas de saúde, constituem um campo fundamentalmente coletivo, de múltiplos atores, interdisciplinar e que envolve a sociedade na sua amplitude e diversidade⁵⁴.

⁵⁴ Ao longo de várias décadas um conjunto significativo de autores brasileiros se debruçam sobre a conformação e os caminhos da saúde coletiva no país. Suas produções, debates, diálogos e disjunções, dão bem a dimensão da complexidade do campo, que certamente extrapola os objetivos desse estudo. Entretanto, como sujeito envolvido, não poderia deixar de trazer o reconhecimento

Paim e Almeida Filho (1998) também entendem a saúde coletiva numa dupla dimensão – como campo científico e campo de práticas. Enquanto campo científico é identificado como espaço produtor de “saberes e conhecimentos acerca do objeto saúde, e onde operam distintas disciplinas, que o contemplam sob vários ângulos” (Op. cit.:308). Destacam, em especial, a relação com as áreas das biociências, das humanidades e ambientais. A saúde coletiva, portanto, não é uma disciplina, constituindo-se como um campo interdisciplinar, mas que, entretanto, é permeado não apenas de bases disciplinares, sendo também construído pela influência dos movimentos sociais, em especial os movimentos de reforma sanitária dos países latino-americanos.

De fato, o marco conceitual da saúde coletiva, tal como vem sendo construído a partir da década de 70, resulta, de um lado, da crítica aos diferentes movimentos e projetos de reforma em saúde ocorridos nos países capitalistas e, de outro, da elaboração teórico-epistemológica e da produção científica, articuladas às práticas sociais. (op. cit., p.309)

Em relação a dimensão das práticas, o enfoque recai não apenas nas unidades de saúde, onde se exercem as práticas profissionais, mas também sobre as “diferentes organizações e instituições [e] por diversos agentes (especializados ou não) dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor saúde” (op. cit., p.309). Ao se debruçar sobre o âmbito das práticas, a saúde coletiva amplia seus objetos, envolvendo as diversas dimensões sociais no seu quadro de referência. Resulta que sua atuação está voltada para os coletivos, o ambiente, as instituições, as políticas, a economia, o Estado, entre outros campos. Paim (apud Paim e Almeida Filho, 1998) assim resume o âmbito das práticas da saúde coletiva:

Conjunto articulado de práticas técnicas, científicas, culturais, ideológicas, políticas e econômicas, desenvolvidas no âmbito acadêmico, nas instituições de saúde, nas organizações da sociedade civil e nos institutos de pesquisa, informadas por distintas correntes de pensamento resultantes

acerca das contribuições de Everardo Nunes, Ana Maria Canesqui, Eduardo Stotz, Gastão Wagner, Gilberto Hochman, Paulo Sabroza, Kenneth Camargo Jr., Sérgio Arouca, dentre muitos outros. Faz-se menção especial a um importante resumo do campo, feito na disciplina ‘História e Paradigmas da Saúde Coletiva’, ministrada na Escola Nacional de Saúde Pública e posteriormente no Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, ministrada pelo professor Everardo Duarte Nunes, cuja trajetória está descrita em: Nunes, E.D. (2011). História e paradigmas da Saúde Coletiva: registro de uma experiência de ensino. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4), 2239-2243.

da adesão ou crítica aos diversos projetos de reforma em saúde. (Paim e Almeida Filho, 1998:310)

A saúde coletiva projeta-se fundamentalmente por tematizar a saúde positivamente, como “elemento conceitual nuclear do campo”, colocando-se dessa forma em oposição “à visão da teoria das doenças”, própria da biomedicina ou ainda da “saúde como ausência de doenças”, característico do enfoque da medicina preventiva. (Almeida Filho, 2003; e Luz, 2009). A complexidade do campo da saúde coletiva está fundada não apenas no convívio entre as suas distintas referências disciplinares, mas também por ser um campo de múltiplos atores de diferentes inserções: ativistas, pesquisadores, alunos, professores, trabalhadores de diferentes profissões, gestores, políticos, entre outros, conformando “mediações de natureza não apenas teóricas” como “política, social e cultural”, originando duas lógicas que dão a dupla feição do campo: “a lógica teórico epistemológica de produção de conhecimento” e “a lógica operativa e pragmática da eficácia (...) no sentido da erradicação ou controle do adoecimento coletivo.” É em parte nesta multiplicidade do campo que reside a superação dos esquemas explicativos monocausais. (Luz, 2009:306)

Em uma análise sobre a trajetória da saúde coletiva, Luz (2009) reforça a concepção de campo⁵⁵, de saberes e práticas, cuja feitura não está restrita a um único paradigma. Ressalta que a riqueza e complexidade do campo deve-se a convivência de três paradigmas⁵⁶ ou modelos - multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, identificando as características, momentos e protagonismos de cada um deles. Luz destaca o modelo da transdisciplinaridade, onde atribui a Foucault um protagonismo de um novo contexto epistêmico, marcado por uma “produção discursiva comunicativa horizontalizada (não hierarquizada, em termos metodológicos e teóricos) entre os saberes disciplinares, através da proposta da transdisciplinaridade.” Ressalta como elementos fundamentais do novo contexto a não construção apriorística dos objetos do conhecimento; a matriz cooperativa entre os distintos saberes; a escolha

⁵⁵ A autora toma de empréstimo da formulação de Bourdieu, no sentido de assumir a multiplicidade e coexistência desses saberes e práticas, permitindo as análises das relações, muitas vezes conflituosas, em face de forças na busca do *poder simbólico* presente no campo científico.

⁵⁶ Definido pela autora como sendo “propostas teóricas disciplinares assumidas como parâmetros discursivos e de intervenção” (Luz, 2009:306)

de temas de pesquisa que sejam considerados como estratégicos para a vida humana; e por fim, a capacidade de integração, nos estudos, dos conhecimentos e vivências dos sujeitos da vida (pacientes, populações, etc.), numa tentativa de superação da clivagem posta pela ciência moderna entre “senso comum x ciência”. (op. cit., 309).

Como vimos abordando, as produções do campo da saúde coletiva são de fundamental importância e muitas delas representam uma crítica a um dado modelo hegemônico de construção de conhecimento em saúde. Entretanto, apesar dos inúmeros avanços, há desafios consideráveis a serem enfrentados. A concepção transdisciplinar constitui um grande salto, principalmente na esteira da construção de diálogos e da matriz mais inclusiva de produção de ‘conhecimento’. Contudo, na tentativa de superação dos aportes modernos, vê-se ainda ambiguidades relevantes que falam a favor de uma não superação do cânone epistemológico moderno, pressupondo, no máximo, uma tentativa de diálogo entre disciplinas. Como bem ressaltam autores como Santos (1987, 2007, 2010), Latour (1994, 2012), Nunes (2003, 2008, 2010) e Maldonado Torres (2010), essas iniciativas demonstram limitações, na medida em que a epistemologia moderna segue sendo a sua própria referência, e mantém-se operando por dentro de seus quadros disciplinares de validação de conhecimentos. Penso ser esse um grande desafio a ser enfrentado também pela saúde coletiva, no seu desenho binomial de ‘saberes e práticas’, pois ainda que tendo reconhecidamente muitos avanços, permanece uma certa dicotomia, soberania, hierarquia e assimetria de saberes e poderes, que originam normativas e orientações de práticas, bem como de ordenações sobre os modos de viver dos sujeitos - individuais e coletivos.

II.6 - A contribuição da concepção de vulnerabilidade em saúde

O conceito de vulnerabilidade tem sido chamado a apoiar as produções em saúde pública, dada sua potência em termos não apenas da justiça social e desigualdades em saúde, mas como aporte metodológico que ancora análises de situações, programas e políticas saúde, nomeadamente aquelas vocacionadas ao

campo da promoção e prevenção em saúde. Em relação ao campo da saúde, é oportuno dizer que não se trata de um conceito unívoco, ao contrário, é carregado de diferentes acepções, tendo em vista os usos e repercussões nas produções acadêmicas, clínicas e de saúde pública.

Sanches e Bertolozzi (2007) identificam orientações e tendências em torno do tema, dentre as quais está a noção posta em par com o conceito de risco, tomado com base da epidemiologia clássica, pois que localizada em esquemas analíticos relacionais entre variáveis e indivíduos. É nesse sentido que Mann et al. (apud. Sanches e Bertolozzi, 2007:320), focalizam o indivíduo como determinante final da vulnerabilidade, e em decorrência, formulam metodologias de avaliação da vulnerabilidade nessas bases. Esse enfoque tem como importante marco o surgimento da AIDS, e naquele momento, foram criadas estratégias de prevenção localizadas no comportamento de pessoas rotuladas como membros de 'grupos de risco', como categoria ontológica. (Ayres et al., 1999 e 2003).

A produção de conhecimentos e a formulação de práticas voltam-se então para a confecção de protocolos e diretrizes, conformados majoritariamente em orientações direcionadas aos indivíduos dos chamados grupos e/ou comportamentos de risco. Dentre as repercussões destaca-se o estigma em torno de sujeitos, seus comportamentos e modos de vida, além de uma baixa eficácia na prevenção da doença. O equívoco do enfoque em grupos de risco e em alterações comportamentais, além de demonstrar sua limitação em termos preventivos, trouxe repercussões importantes nos movimentos sociais. A presença crítica dos ativistas da AIDS implicou no esforço de reconhecimento da complexidade que o tema requer, ampliando o enfoque antes restrito as variáveis individuais, para um modelo de prevenção que levasse em consideração as dimensões contextuais, de diferentes coletividades, que poderiam corroborar no aumento da suscetibilidade dos sujeitos à doença (Parker e Camargo Jr., 2000).

Em consonância com essas formulações, Ayres et al. (2003) propõem um conceito ampliado de vulnerabilidade, identificando-a em diferentes planos, ou 'dimensões de vulnerabilidades': a individual, a social e a programática, nos termos propostos pelos programas de saúde, nomeadamente aqueles voltados para a

AIDS. Importante dizer que essa mudança altera a forma de conceber as práticas, antes restritas ao conceito de risco, assim trabalhado pelos autores:

O que, para análises de risco consistentes, deve ser cuidadosamente deixado “de fora” é o que constitui a quintaessência dos estudos de vulnerabilidade – a co-presença, a mutualidade, a interferência, a relatividade, a inconstância, o não unívoco, o não constante, o não permanente, o próprio a certas totalidades circunscritas no tempo e no espaço (idem, 2003:127).

Entretanto, alertam para efeitos deletérios da concepção de vulnerabilidade, se dada a permanência e insistência no enfoque de grupo como ontologicamente pré-definido. Dentre esses efeitos citam a vitimização e o não reconhecimento da legitimidade de suas vozes e agendas próprias, característicos de um enfoque tutelado de práticas e políticas sociais⁵⁷.

O desdobramento do conceito de vulnerabilidade em bases metodológicas, voltadas para estudos e formulação de políticas, ao permitir a inserção das dimensões contextuais em seus quadros analíticos, contribui para a potencialização de outras dimensões, como a participativa e a emancipatória. Trabalhar com essa concepção ampliada de vulnerabilidade significa levar em consideração não apenas as variáveis do contexto, mas também a percepção dos sujeitos e os significados que assumem o corpo, a casa, o território, a família, o trabalho, o amor, o sexo, o alimento, o transporte, os sonhos, os desejos, o dinheiro, enfim, tudo aquilo que compõe os ‘modos de levar a vida’⁵⁸. O envolvimento dos sujeitos coletivos nos fóruns de definição de ações de saúde, nomeadamente de promoção, prevenção, e atenção, foi um dos grandes legados dos modos de ativismo inaugurado com o surgimento da AIDS, onde a demarcação da autonomia foi levada em consideração. Além disso, as abordagens inclusivas, participativas e emancipatórias também contribuem para as práticas dos profissionais de saúde, na medida em que propiciam processos de aprendizagem mútua e coletiva, impactando no fazer cotidiano das práticas de saúde.

⁵⁷ No Capítulo IV esse debate será ampliado a partir das contribuições de autores que discutem vulnerabilidade, saúde e ambiente (Porto, 2014; 2009; Pivetta, 2002; Boldstein e Zancan, 2002)

⁵⁸ Mais à frente, no Capítulo VI, abordar-se-á a discussão sobre a concepção de ‘intersubjetividade em saúde’ (Ayres, 2001) e sua contribuição para a questão da vulnerabilidade, em relação às práticas em saúde.

Penso que o conjunto dessas chaves analíticas são rentáveis para os estudos das condições de saúde de populações em situação de extrema desigualdade, num amplo espectro e acepção do termo. Ratifica-se assim a importância de levar-se em consideração as relações entre saúde e os 'modos de vida' dos sujeitos, da cotidianidade, onde se desenrolam e são inscritas as distribuições desiguais das determinações da saúde. Por fim, ressalta-se que o presente trabalho é um esforço de aproximação dessa abordagem crítica, no sentido de indagar os dispositivos de saúde voltados para a Tuberculose em corpos vulnerabilizados - as normativas, ontologias e conhecimentos, questionando os impactos das práticas de saúde em corpos e em vidas dos 'sujeitos do cuidado' em saúde. Sendo assim, a presente discussão está vocacionada ao 'fazer saúde' num contexto de pobreza, através de dispositivos biopolíticos - tecnologias de governo de corpos e populações, incrustadas nas práticas biomédicas e de saúde pública.

III. Saúde Global, doenças emergentes, re-emergentes e negligenciadas – o reconhecimento da negligência é contraponto às desigualdades e vulnerabilidades?

III.1 - Saúde global - concepções, alinhamentos e disjunções.

Tratar de políticas globais, suas bases epistêmicas e operacionais, significa reconhecer, à partida, a existência de algo denominado de 'global'? Mas o que seriam processos globais, que têm gerado legitimidade à conformação de agendas transnacionais? Reconhecer a existência de uma agenda global implica em enfrentar, criticamente, a discussão acerca do fenômeno da globalização. Santos (2002) identifica uma recente intensificação de diferentes relações transnacionais, que operaram novos fenômenos como a globalização dos sistemas de produção e a redefinição de fronteiras dos Estados nacionais para a atuação do mercado de capitais, um marco sobre o qual recaíram diversas designações, como 'formação global', 'processo global' e 'globalização'. Para o autor trata-se de "[...] um fenômeno multifacetado com dimensões económicas, sociais, políticas, culturais, religiosas e jurídicas interligadas de modo complexo. Por esta razão, as explicações

monocausais e as interpretações monolíticas deste fenómeno parecem pouco adequadas” (2002:1).

Para além das questões de ordem da economia política e do novo processo de produção, que representam elemento central no debate sobre a globalização, há outra dimensão que merece destaque para fins desse trabalho - a tensão presente no campo da produção de conhecimento, os enfoques da ciência e seus usos políticos, económicos e sociais. Ao recorrer às contribuições críticas à visão hegemônica de conhecimento, tem-se por objetivo problematizar a relação entre produção de conhecimento e políticas globais de saúde, *vis-à-vis* as ‘realidades locais’ – seus entendimentos sobre saúde e adoecimento e formas de tradução dessas diretivas para o cuidado em saúde, tomando por *locus* privilegiado as doenças infecciosas do Sul global.

O enfoque proposto por Milton Santos (2010) abdica tratar as dimensões global e local enquanto dualidade, reconhecendo a complexidade relacional, como uma dinâmica em constante movimento performativo. Entender o que vem a ser a demarcação de ‘lugar’ deve pressupor superar abordagens ‘globalistas’ ou ‘localistas’ *per se*, pois, para ele o mundo se encontra em toda parte.

As próprias necessidades do novo regime de acumulação levam a uma maior dissociação dos respectivos processos e subprocessos, essa multiplicidade de ações fazendo do espaço um campo de forças multicomplexo, graças à individualização e especialização minuciosa dos elementos do espaço: homens, empresas, instituições, meio ambiente construído, ao mesmo tempo em que se aprofunda a relação de cada qual com o sistema mundo. (Milton Santos, 2010:585)

A complexidade desse entendimento implica no reconhecimento da relação dialógica entre global e local; universal e individual; geral e particular. Entretanto, não prescinde da análise sobre o movimento de globalização enquanto esforço hegemônico. A globalização do sistema de produção capitalista recoloca o papel e as fronteiras dos Estados nacionais, impondo novas formas de transação, relações entre povos e do entendimento de políticas, não apenas as de carácter económico. Giddens (apud Santos, 2002:01) enuncia a globalização como "a intensificação de relações sociais mundiais que unem localidades distantes de tal modo que os acontecimentos locais são condicionados por eventos que acontecem a muitas

milhas de distância e vice-versa". Ao referir a globalização como um fenômeno multifacetado, de diferentes dimensões, Santos (2002) ressalta não se tratar de algo consensual, pois comporta tensões de diferentes naturezas e interesses, tanto hegemônicos como subalternos ou contra hegemônicos. Entretanto, enfoca a atuação de forças hegemônicas na busca de consensos a fim de conformar uma dada face de globalização.

[...] o campo hegemônico actua na base de um consenso entre os seus mais influentes membros. É esse consenso que não só confere à globalização as suas características dominantes, como também legitima estas últimas como as únicas possíveis ou as únicas adequadas. Daí que, da mesma forma que aconteceu com os conceitos que a precederam, tais como modernização e desenvolvimento, o conceito de globalização tenha uma componente descritiva e uma componente prescritiva. Dada a amplitude dos processos em jogo, a prescrição é um conjunto vasto de prescrições todas elas ancoradas no consenso hegemônico⁵⁹. (*Ibid*:02)

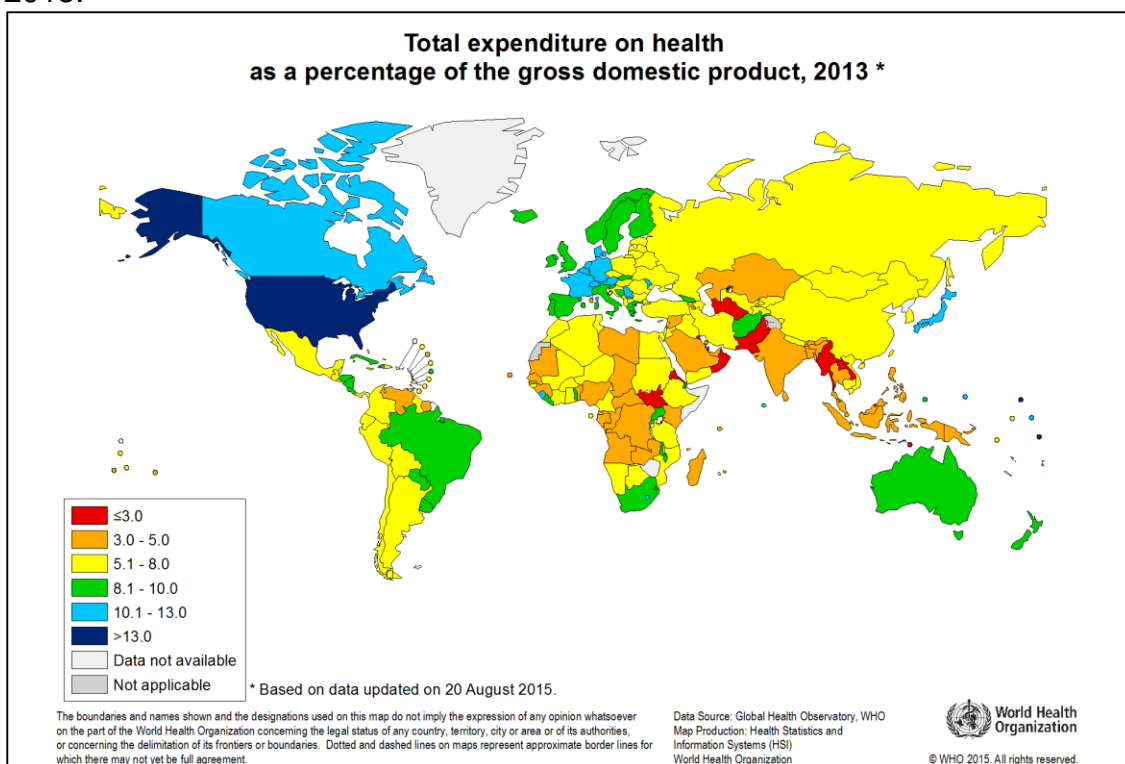
Fundamentada na concentração de riquezas, forjada pelo modelo de acumulação de capital transnacional, a globalização vem assumindo diversas faces, tendo nas desigualdades sociais, em especial nas desigualdades em saúde, uma de suas mais perversas cores. Em torno de 90% da carga de doenças que ocorrem no mundo estão concentradas nos países mais pobres, que dispõem de não mais do que 10% dos recursos globais de saúde – o denominado fenômeno ‘gap 10/90’ (Morel, 2004). Em torno de 1/5 da população mundial não tem acesso a sistemas e serviços de saúde, incluindo medicamentos essenciais, tais como antibióticos. A cobertura mundial de serviços básicos de saneamento é de 64% (WHO, 2010), ou seja, por volta de um terço da população mundial encontra-se sem esse serviço, significando 2.500 milhões de seres humanos destituídos dos mais básicos serviços em pleno Século XXI.

Por outro lado, a realidade dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE, que detêm apenas 18% da população mundial, são responsáveis por 86% da despesa de saúde no mundo, com um gasto per capita em torno de US\$ 2.900 por ano. Em relação ao percentual do Produto Interno Bruto (PIB) gasto em saúde, vê-se que as disparidades mundiais são bem

⁵⁹ O aspecto prescritivo do movimento hegemônico da globalização ancora significativo volume de iniciativas e estratégias globalizadas na área da saúde, tema esse a ser tratado em seguida quando da discussão sobre a denominada Saúde Global.

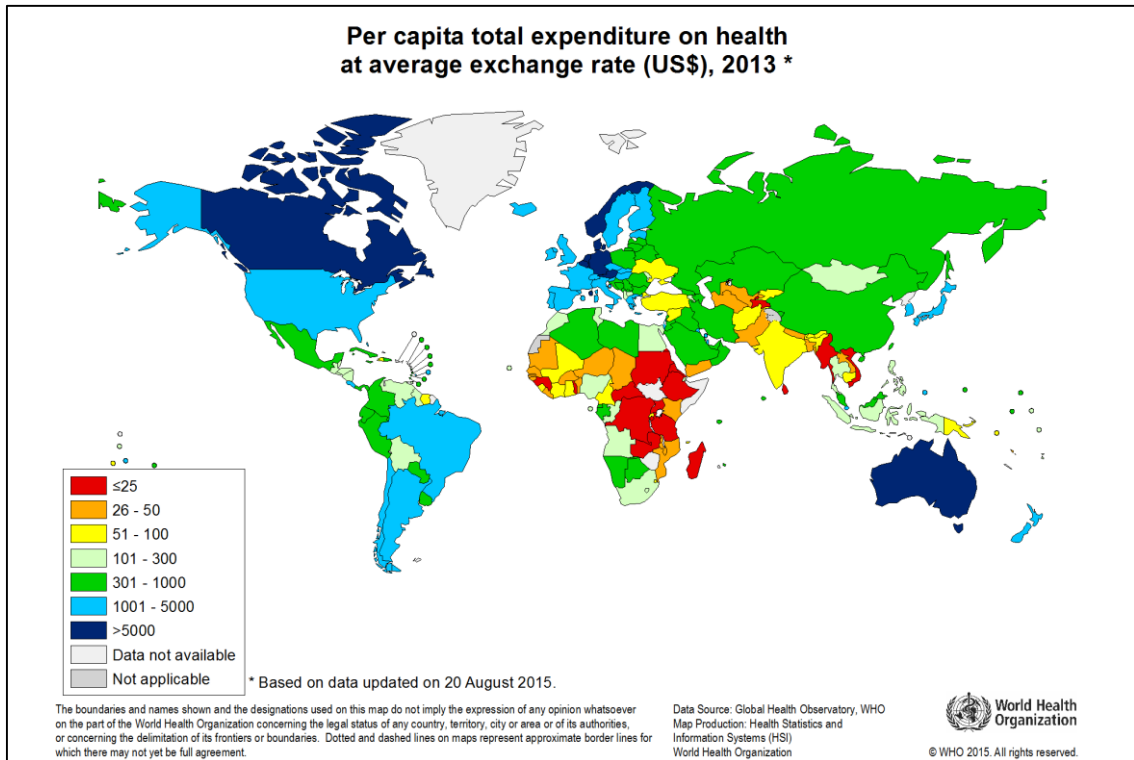
maiores em relação ao continente africano. Ao longo da última década os países da América do Sul têm feito esforços no sentido de aumentar os investimentos em saúde (Figura 1). Entretanto, o gasto per capita no Brasil é baixo e insuficiente em relação as necessidades populacionais, mas pode ser considerado como um avanço relativo, já que em relação à década passada o orçamento do setor cresceu em torno de quatro vezes. No início dos anos 2000, o gasto em saúde no Brasil estava em torno de US\$ 107 por habitante. (WHO, 2010)

Figura 1 – Gasto total em saúde em relação ao PIB, por países, segundo região, 2013.



Fonte: WHO, 2013. *Global Health Observatory. Map Gallery.*

Figura 2 – Gasto per capita em saúde, por países, segundo região, 2013



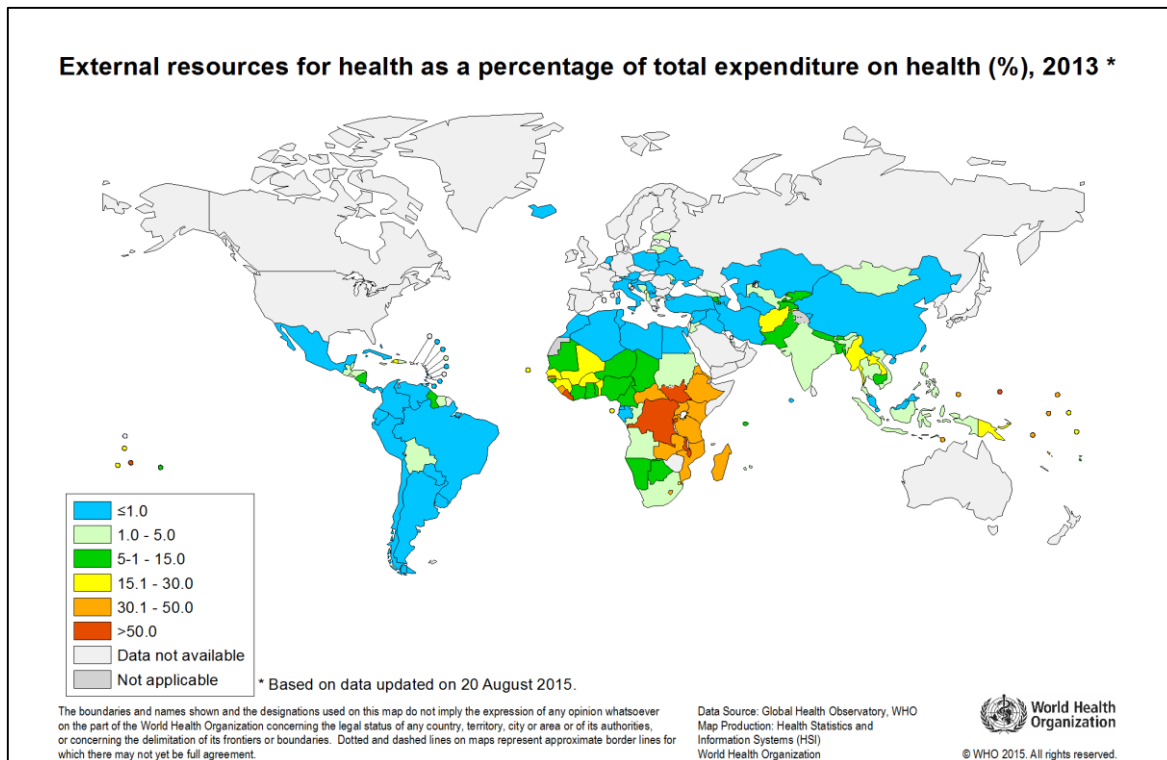
Fonte: WHO, 2013. *Global Health Observatory. Map Gallery.*

Nos países do continente africano está a maior concentração do baixo percentual de gasto em saúde e, em diversos países do continente, especialmente os da África sub saariana, uma considerável parte das ações de saúde é financiada

por doadores externos, que pautam diretrizes e prioridades e conformando assim as agendas nacionais(WHO, 2010).

Figura 3 - Recursos de fontes externas em relação aos gastos totais em saúde, por países, segundo região, 2013.

Fonte: WHO, 2013. *Global Health Observatory. Map Gallery.*



A noção de Saúde global tem se constituído um campo de múltiplos sentidos e aplicações. É abordada como conceito, política, estratégias, campo de saberes e apropriada de diferentes maneiras por vários agentes: organismos internacionais, governos de países, instituições acadêmicas, entre outros. Autores como Koplan (2009) problematizam a polissemia conceitual em torno do termo 'saúde global', e empreendem esforços no sentido de buscar estabilizar conceitualmente o campo. Defendem que a ausência de definições pode obscurecer diferenças importantes de concepções, com consequências na definição de estratégias e prioridades entre diferentes agentes: governos, pesquisadores, agências financiadoras, organizações não governamentais, entre outros. O esforço para a estabilização do conceito se fundamenta na necessidade de estabelecer acordos sobre os objetivos comuns da saúde global, as abordagens utilizadas, as habilidades que seriam

necessárias, e as formas de utilização dos recursos. A intencionalidade desse acordo conceitual seria, em última instância, a de promover um alinhamento na agenda internacional da saúde, cujo critério utilizado para a definição de prioridades globais para a saúde seria a Carga da Doença⁶⁰.

Global health is an area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide. Global health emphasizes transnational health issues, determinants, and solutions; involves many disciplines within and beyond the health sciences and promotes interdisciplinary collaboration; and is a synthesis of population based prevention with individual-level clinical care. (Koplan et al.,2009:1995)

A premissa de autores como Koplan parece fundamentar-se na visão do compartilhamento e solidariedade entre países - desenvolvidos e não desenvolvidos, aparentemente sem levar em consideração os interesses e as tramas do capital globalizado. Ainda que estes reconheçam que o 'mundo desenvolvido' não tem o monopólio das 'boas ideias' e que deve haver a busca, em diferentes culturas, das melhores formas para a prevenção e tratamento de doenças e de ambientes saudáveis, num sutil diálogo com a determinação social da saúde, as dimensões das relações próprias da economia política permanecem subsumidas de suas considerações.

As definições e modos de atuação em torno da saúde global permanecem em disputa na arena internacional. As orientações e estratégias de globalização vêm atuando no sentido de conformá-la em um campo hegemônico, como bem ressalta Matta (2009:57): "o alinhamento da agenda de saúde com as estratégias de globalização econômica, cultural e científica parecem ter norteado essa nova arena de negociação política denominada '*Global Health*'. Em diálogo com Santos (2007), pondera que dada a complexidade dos processos de globalização, a saúde global é um campo que pode comportar contradições relevantes - ter uma matriz hegemônica por um lado e, de outra forma, ser uma potencial arena de luta contra hegemônica, a depender da capacidade de novas estratégias políticas e emancipatórias por parte de atores fora do *mainstream* político e econômico.

⁶⁰ Metodologia utilizada para aferir o quanto e como as populações do mundo vivem e sofrem o impacto de determinada doença. Sobre o assunto ver Schramm et al. (2004).

Nos anos recentes, a saúde global tem sido chamada a consubstanciar políticas transnacionais, desde os aportes da tradicional saúde internacional⁶¹, protagonizadas por doadores e agências internacionais, bem como por governos de países que lideram o cenário econômico internacional. Lock e Nguyen (2010) identificam uma continuidade entre a saúde internacional e a constituição do campo da saúde global, tendo por substrato os aportes da biomedicina, que já conformavam as chamadas medicina tropical e medicina colonial. Argumentam que os espaços coloniais serviram de ‘ensaio’ de práticas biomédicas, e o sucesso destas fundamentaram o então ‘inovador’ princípio da ‘comensurabilidade biológica’⁶². Essas mesmas práticas puderam retornar à metrópole, para o continente europeu, mais estabilizadas como práticas sociais, consubstanciando algo que poderia ser chamado de ‘global’ em termos médicos.

Valem-se do conceito ‘*critical events*’, trabalhado pela antropóloga indiana Veena Das, como quadro conceitual para a leitura da forma pela qual eventos como epidemias e fome puderam gerar, nos espaços coloniais, novas categorias sociais e formas de ação – “*critical events that linked global and local realities, crystallized new forms of knowledge and actions, and realigned social relations in historically significant ways*” (Lock e Nguyen, 2010:147). Ressaltam que o poder da biomedicina se mantém e conforma faces da saúde global e das intervenções médicas humanitárias.

Num sentido crítico direcionada à economia política, autores como Berlinguer (1999), questionam as faces da saúde global, assim problematizadas:

A saúde global é uma finalidade social desejável, hoje descuidada ou deformada pela influência do fundamentalismo monetário, mas merecedora de evidência prioritária, seja por seu valor intrínseco, seja como símbolo do predomínio de valores humanos sobre outros interesses” (op. cit., 1999:23).

Pondero que à essa finalidade, que se sobreporia ao ‘fundamentalismo monetário’, deve-se somar outras, como pressuposto da diversidade social já que todas, sem exceção, são locais inclusive as do Norte global; o que implicaria em

⁶¹ Koplan et. al. 2009

⁶² Pondero que o descentramento na localização em corpos humanos das teses de diferenças, propiciado pela concepção de ‘comensurabilidade biológica’, implicou na busca de novos quadros argumentativos que mantivessem o princípio da diferença válido, localizando-se então na cultura. (Fassin, 2012; Lock e Nguyen, 2010)

questionar os dispositivos universalizantes e construir diálogos em múltiplos interesses, inclusive com aqueles historicamente subalternizados.

Entretanto, há de se reconhecer as limitações desse pressuposto, tendo em vista a assimetria na distribuição de recursos, poderes e conhecimentos. O domínio das formas privilegiadas de conhecimento confere privilégios 'extra cognitivos', de natureza política, social e cultural a quem o detém. Por outro lado, sabe-se que as políticas de saúde global caminham por dentro da racionalidade própria aos processos de globalização (Santos, 2002).

Como bem nos mostra esse autor, as formas de globalização respondem a imperativos transnacionais, onde "as condições locais são desintegradas, desestruturadas e, eventualmente, reestruturadas sob a forma de inclusão subalterna" (op. cit., 2002:9). Nesse processo identifica dois fenômenos ou movimentos: um que denomina de '*localismo globalizado*' - quando um determinado fenômeno local é globalizado, e o outro de "*globalismo localizado*", que consiste no impacto específico nas condições locais, produzido pelas práticas e imperativos transnacionais, que decorrem dos localismos globalizados (Santos, 2003). Ele argumenta ser necessário pensar em outras bases para a construção de definições múltiplas e situadas do que seja uma 'boa saúde global', nas quais grupos populacionais 'afetados' concebam, signifiquem, e efetivamente alterem em seu território, suas vidas e seus corpos, as noções de eventos de saúde, dentre eles aquilo que costumamos chamar de doenças. Em semelhante sentido opera Biehl (2011) quando propõe:

Reconhecer as percepções e capacidades humanas alternativas que brotam da abjeção, também nos obriga a investigar como elas podem ser parte inseparável dos esforços necessários para redirecionar políticas de assistência. As políticas de saúde precisam ser dirigidas às pessoas, não simplesmente à doença. (Biehl, 2011:274 e 282)

Biehl (2011) problematiza a chamada saúde global tendo por pano de fundo o fenômeno da AIDS, a partir do acúmulo analítico propiciado pelo estudo que ele desenvolveu ao longo das últimas décadas. Dentre várias questões fundamentais que traz para o debate merecem destaque, em vista da presente discussão aqui desenvolvida, algumas problematizações - sobre as políticas transnacionais pois que imersas no cenário da globalização econômica; da análise crítica da noção de

biopoder em realidades concretas; e do lugar da subjetividade do sujeito no contexto de pobreza e a relação com as políticas de saúde pública. Temas tratados ao longo de todo esse estudo.

Esse autor também localiza na saúde internacional um campo dominado por organizações multilaterais, que se atualiza na matriz de parcerias público-privado e no seu 'híbrido', o filantrópico/não governamental. Argumenta que estas modelam intervenções de saúde no mundo inteiro, e assumem muitas das vezes a forma de 'segurança e humanitarismo'. Além de outras variáveis, aponta ser relevante levar em consideração os interesses dos 'doadores', que predominam sobre as operações das organizações internacionais, não sendo necessariamente alinhadas aos interesses dos 'receptores', tendendo a reforçar desigualdades e assimetrias nas relações de poder já existentes entre países.

Biehl (2011), considera particularmente preocupante o fato das iniciativas utilizarem, de maneira preponderante e quase exclusiva, medidas de avaliação 'cientificamente' fundamentadas - experimentos naturais, ensaios randomizados e controlados, significância estatística e custo-efetividade, as quais denomina de: "retórica técnica alinhada com a exigência de soluções técnicas, que tendem a desconsiderar a dinâmica dos programas na prática, presumindo que eles funcionarão em outros cenários, repletos de diferentes instituições, práticas e racionalidades" (op. cit., 2011:265). O autor traz a situação do programa de erradicação da malária no México, com base na utilização de pesticidas, para demonstrar a contraponto entre valores locais e agendas internacionais, ocorrido em décadas passadas, com resultados desastrosos para a população e com resultados fracassados e, que a despeito disso, foi reeditado em 2007 com financiamento da Fundação Gates.

Essas iniciativas, entendidas como uma abordagem do tipo 'bala-mágica', têm vindo a proliferar no âmbito da saúde global. O contraponto à essas intervenções seria a capacidade de construir estratégias que enfoquem os sujeitos, e não apenas agentes etiológicos isolados (os vetores, as bactérias, os vírus), que atuam no pressuposto de corpos destituídos de subjetividades, nas palavras do autor: "É hora de atribuir às pessoas que estudamos e descrevemos

os tipos de complexidades que reconhecemos em nós mesmos, e de trazer essas complexidades ao cenário da saúde global” (*ibid*: 267).

As relações desse campo merecem, segundo o autor, um exame mais profundo no sentido de evitar entendimentos de caráter transcendente de poder, voltados sobre povos homogêneos e normalizados. A experiência no campo da AIDS no Brasil, num contexto de pobreza, fez surgir questionamentos sobre o caráter da sobre-determinação.

As pessoas [são capazes de criar] pequenos e passageiros espaços, através e além de classificações e aparatos de governança e controle, nos quais podem desempenhar um tipo de bricolagem de vida com as escolhas e os materiais limitados que têm à sua disposição (inclusive de serem sujeitos de direitos e de receberem tratamentos farmacêuticos disponibilizados por atores estatais e não estatais) (*ibid*:271).

Nessa mesma problematização dialoga com Nguyen (2010), acerca do entendimento da terapia da AIDS como estratégia para governar corpos e populações, a partir da noção de ‘globalismo antiretroviral’. Para Biehl (2004 e 2011), o contexto brasileiro apresenta um aparente paradoxo, que põe o estatuto de controle em questão. A ideia de controle está presente na dimensão da distribuição dos insumos farmacêuticos, porém, por outro lado, está ausente quando em relação a outras políticas públicas mais abrangentes. O foco na medicalização tem assumido o estatuto de exclusividade em termos de políticas públicas. É na aposta de uma certa singularidade de processos e dispositivos que Biehl localiza a importância da inclusão de outras dimensões de análise como a subjetividade, a possibilidade de escolhas e o acionamento de dispositivos de sobrevivência. Em suas palavras:

Precisamos ficar atentos às maneiras como essas configurações são constantemente construídas, desfeitas e refeitas pelo desejo e o devir de pessoas reais – vivendo no caos, no desespero e na aspiração, da vida em circunstâncias idiossincráticas. A escolha que devemos fazer não é necessariamente entre montagens basicamente globais [...] e “fragmentos” principalmente locais de um “mundo despedaçado” [...]. No horizonte dos dramas locais, no desenrolar de cada evento, nos altos, baixos e entornos de cada vida individual, podemos ver o reflexo de sistemas maiores em construção (ou desconstrução) (op. cit., 2011:276).

Farmer (2001), também ressalta esse pressuposto a partir de seu trabalho com doenças infecciosas no Haiti, através da noção de “*structural constraints and*

personal agency”, advogando a favor da potência de iniciativas que aliam, de forma integrada, ações de assistência em saúde com estratégias de acompanhamento mais longitudinal da vida do paciente, em suas diferentes dimensões. Nessa relação iniciativas de enfrentamento dos constrangimentos estruturais assume protagonismo a noção de agência dos sujeitos.

III.2 - Agendas da Saúde Global – doenças emergentes re-emergentes e tropicais negligenciadas

A agenda da saúde global é multidimensional, polissêmica e perpassada por discussões sobre prioridades de doenças, populações, formas de controle, estratégias de pesquisa e desenvolvimento de insumos e ações de saúde (Koplan, 2009). Entretanto, há discussões nucleares ao entendimento dessa agenda que circunda e delimita três conjuntos de doenças: emergentes, re-emergentes e negligenciadas. Para cada um destes conjuntos há pressupostos e delimitações que informam manuseios por parte de diferentes atores presentes no cenário global. A concepção de doenças emergentes e re-emergentes surge a partir de análises sobre as limitações da teoria da transição epidemiológica, em face da insuficiência de seu poder explicativo relativo ao recente quadro de morbidade e mortalidade, nomeadamente ao desafio imposto pela emergência da AIDS.

A teoria da transição epidemiológica pressupunha um movimento linear no sentido de alteração do quadro de morbimortalidade de populações, que caminhava da superação das doenças infecciosas ou transmissíveis, para a substituição pelas doenças crônico-degenerativas ou não transmissíveis. Esse movimento acompanhava fenômenos como a transição demográfica – caracterizada pelo aumento da expectativa de vida em virtude da diminuição de mortalidades por causas evitáveis, nomeadamente as de caráter infeccioso, pela queda da natalidade e pela melhoria das condições gerais de vida, presentes nos países de melhor desenvolvimento humano (Sabroza e Waltner-Toews, 2001).

O quadro epidemiológico dos países da América Latina foi, desde precocemente, desafiador para esse paradigma da transição epidemiológica, visto que os modelos estabelecidos não se aplicavam às diferentes realidades,

caracterizadas pela convivência de padrões, presumivelmente, díspares. Brasil e México representam dois grandes exemplos, onde as doenças infecto-parasitárias e as doenças crônico-degenerativas dividiam espaço com praticamente o mesmo grau de importância sob o ponto de vista epidemiológico. Além disso, viu-se o ressurgimento importante de doenças como dengue e cólera. Estes constituíram exemplos importantes que desafiaram os pressupostos do modelo da transição epidemiológica. Contudo, foi a emergência da AIDS que veio marcadamente alterar as bases desse modelo.

O surgimento da AIDS implicou na necessidade de revisão das concepções acerca das doenças infecciosas, pavimentando o caminho para a conformação de um novo pressuposto: o de doenças emergentes e re-emergentes. Um dos aspectos que sofreram maiores revisões foi a ideia de que o desenvolvimento social e econômico, ancorado por um dado modelo de desenvolvimento, acrescido dos avanços da biomedicina, acarretariam inexoravelmente nessa transição. Surge, porém, uma outra face, e nela esses mesmos aspectos poderiam implicar num sentido inverso, qual seja, o aparecimento de novas e recrudescimento de antigas doenças infecciosas, numa complexa convivência. É desse contexto a formulação do conceito de doenças emergentes e re-emergentes, enquanto agravos de saúde de base infecciosa, cujo aumento da incidência e prevalência foi percebido nos anos recentes. Estas podem ser devido a: novos agentes infecciosos; alterações de agentes infecciosos já conhecidos; e introdução de agentes infecciosos já conhecidos em novas populações suscetíveis. (Luna, 2002).

Sabroza e Waltner-Toews (2001) também reconhecem no surgimento da AIDS e da incapacidade de se conter sua dimensão pandêmica, como um divisor de águas na revisão dos modelos vigentes. A esse fenômeno agregam outros eventos como a disseminação da Hepatite C, enquanto sinal do aumento da resistência de agentes infecciosos aos esquemas antibióticos, demonstrando uma falência de pressupostos e estratégias. Outra falência do modelo apontada pelos autores é a matriz de análise de fatores de risco localizadas no indivíduo, argumentando que esta demonstrou ser inadequada na explicação das dinâmicas dos processos infecciosos, cujo exemplo da AIDS segue sendo um dos mais relevantes.

[...]é essencial que a novidade emergente não seja considerada apenas como um atributo das populações de parasitas (de acordo com um viés biologicista), mas essencialmente como uma propriedade de ecossistemas complexos, em que as condições de estabilidade estão sendo produzidas e os riscos amplificados. Da mesma forma, os lugares devem ser vistos como sistemas organizados (não meramente comunidades isoladas), dinâmicos e complexos, com características únicas resultando de suas histórias. (op. cit., p.4)

Os desafios atuais em face desse novo quadro são de várias ordens. A resistência crescente das bactérias patogênicas aos antimicrobianos, as mudanças ecossistêmicas, os novos padrões de mobilidades com as reconfigurações de limites e fronteiras e, as barreiras econômicas, representam aspectos que vêm compondo a agenda da saúde global para esse conjunto de doenças, carreando prioridades de investimentos. Desse conjunto de doenças emergentes e re-emergentes, lideradas pelo HIV/AIDS, também está a Tuberculose. Entretanto, a definição de prioridade não é consensual, especialmente em relação as agendas globais e internas dos países.

Em 2006, a partir de discussões realizadas no âmbito do Ministério da Saúde (MS), com a participação de pesquisadores e especialistas sobre prioridades em pesquisa⁶³, o Brasil definiu um rol de seis doenças prioritárias consideradas como negligenciadas, a partir de análises da incidência e de sua relevância epidemiológica e demográfica, a saber: Dengue, Doença de Chagas, Esquistossomose, Hanseníase, Leishmaniose, Malária e Tuberculose.⁶⁴

O contexto sócio, econômico, demográfico e epidemiológico brasileiro, que consubstancia historicamente recortes de vulnerabilidade, inserem a Tuberculose na matriz de negligência, não apenas de doenças, mas fundamentalmente de pessoas. Essa concepção não necessariamente está presente na institucionalização das políticas voltadas para a Tuberculose, demonstrando

⁶³ A realização da primeira “Oficina de prioridades em doenças negligenciadas”, é considerada como um marco para o Programa de Pesquisa e Desenvolvimento em Doenças Negligenciadas no Brasil. Esse programa é fruto de parceria do MS com o MCT. (Morel, 2006)

⁶⁴ “Doenças negligenciadas são doenças que não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países. Como exemplos de doenças negligenciadas, podemos citar: dengue, doença de Chagas, esquistossomose, hanseníase, leishmaniose, malária, tuberculose, entre outras.” (Ministério da Saúde, 2010)

contradições presentes nas publicações oficiais de governo,⁶⁵ em estudos e análises de pesquisadores do campo, e na atuação de outros atores como ativistas e gestores de saúde⁶⁶.

III.3 - A inscrição das ‘Doenças Negligenciadas’ na agenda da Saúde Global

O Relatório sobre a ‘Saúde do Mundo para 2004’, da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), define como prioridade a pesquisa em saúde com base no argumento da produção do conhecimento que gera uma saúde melhor. A prioridade para a pesquisa reside em alguns enfoques: (i) crença na tríade - saúde, ciência e tecnologia como requisito para o desenvolvimento econômico e social; (ii) no “*gap* 10/90”; (iii) a relevante presença do setor privado no financiamento e execução de pesquisas; (iv) a presença discreta dos países menos desenvolvidos na produção mundial do conhecimento científico, em especial dos países africanos e a escassez de recursos humanos na área; (v) a legislação internacional de proteção de patentes que dificulta o acesso de populações menos favorecidas a diagnósticos, vacinas e medicamentos; (vi) a subalternidade das questões de saúde pública frente ao protagonismo internacionalmente dado ao tema do bioterrorismo e da biodefesa e (vii) a necessidade dos sistemas de pesquisa em saúde de gerarem intervenções públicas.

O “*gap* 10/90” é identificado como o fenômeno que repercute no recrudescimento de doenças infecto contagiosas, com maior prevalência nos países de baixo índice de desenvolvimento humano – as “doenças negligenciadas”. Essa designação foi originalmente proposta na década de 1970, no âmbito da Fundação Rockefeller, titulando um programa denominado ‘*The Great Neglected Diseases*’ (Morel, 2006). O termo ‘doenças negligenciadas’ é posteriormente sistematizado no documento ‘*Fatal Imbalance*’ (2001), da organização ‘Médicos sem Fronteiras’, fazendo referência a um encontro, ocorrido em Paris, onde foram

⁶⁵“A tuberculose, doença importante e relacionada à pobreza, também é considerada negligenciada em termos de pesquisa e desenvolvimento (P&D) de medicamentos”. (Trouiller e Olliaro, 1999, Apud.IPEA, 2011).

⁶⁶ O posicionamento de alguns atores chave desse campo encontra-se mais detidamente trabalhado nos capítulos subsequentes.

discutidos o desenvolvimento e a disponibilização de medicamentos para um conjunto de doenças infecciosas. Desse encontro fizeram parte inúmeros atores de diferentes inserções no campo da saúde, tais como pesquisadores; representantes de organizações não governamentais; a indústria farmacêutica; governantes de países e agências de cooperação internacional. Como estratégia surgiu a criação de um grupo de trabalho denominado *DND Working Group*, baseando a seguinte proposta:

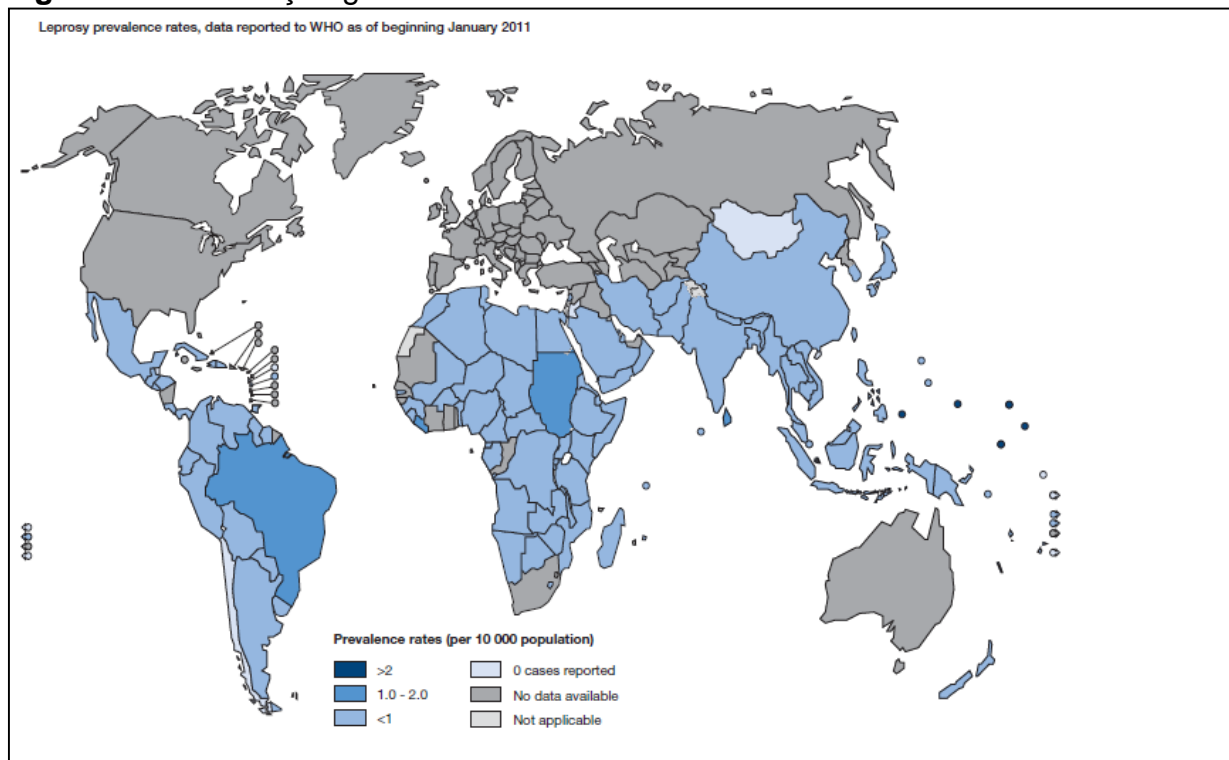
É responsabilidade da sociedade a resolução dessa falha de saúde pública, e assim como a busca por estratégias novas e criativas para resolver este problema. E as soluções precisam ser sustentáveis, acessíveis e envolver a participação ativa dos países em desenvolvimento (MSF, 2001:04).

O documento propõe uma taxonomia para as doenças: Globais, referentes aquelas que ocorrem em todo o mundo; Negligenciadas como as mais prevalentes nos países em desenvolvimento; e Mais Negligenciadas, que são aquelas exclusivas dos países em desenvolvimento (MSF, 2001). Morel (2006) considera esse recorte classificatório das doenças como uma evolução em relação a denominação anterior - 'doenças tropicais'. Em seu argumento entende que a nova denominação representa uma concepção ampliada da delimitação territorial, para além do recorte colonial geograficamente delimitado, que anteriormente informava a designação de doenças, contemplando outros contextos de desenvolvimento político, econômico e social.

Entretanto, o reconhecimento desse avanço também pode ser problematizado, principalmente quando do entendimento acerca da colonialidade moderna (Quijano, 2010; Maldonado Torres, 2010; Santos, 2007), quando posta em relação a cartografia e modo de operação das políticas globais que reforçam uma delimitação colonial, que além do recorte geográfico, inclui outros registros em bases culturais, sociais e econômicas. Há a ratificação ou mesmo colagem desses pressupostos a nível de uma retórica global. Como exemplo pode-se citar a própria designação desse conjunto de doenças como 'Tropicais Negligenciadas', e sua inclusão em vários registros, como a denominação do departamento da OMS responsável pelas políticas voltadas para essas doenças. Em termos geopolíticos o mapa das 'doenças tropicais negligenciadas' reforça delimitações como

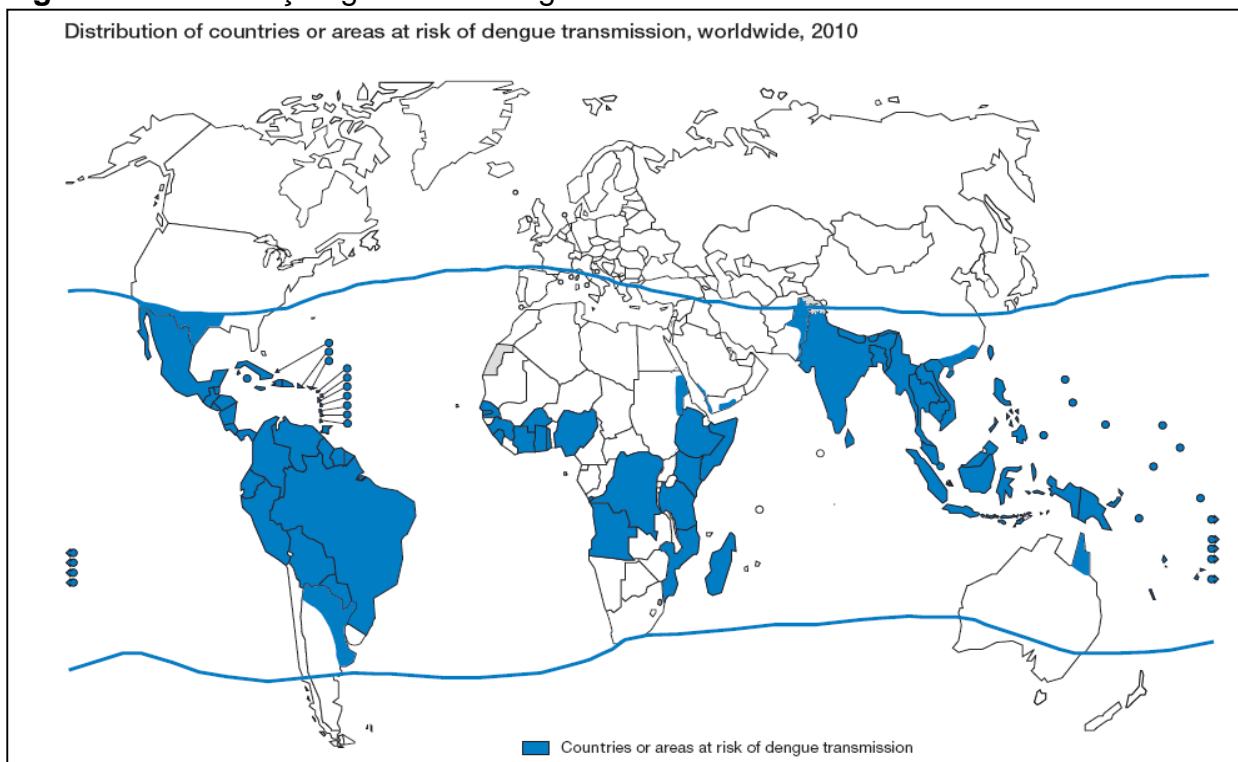
Norte/Sul; zonas tropicais e a distribuição geográfica da pobreza. Como pode ser visto a seguir nos exemplos da Hanseníase e Dengue.

Figura 4 – Distribuição global da Hanseníase em 2011



Fonte: Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Update WHO. 2011

Figura 5 – Distribuição global da Dengue em 2011



Fonte: Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases - Update. WHO. 2011

O Relatório da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde (OMS, 2001), também traz uma sistematização de doenças em três outras categorias: Doenças Tipo I – atingem grande contingente populacional existente tanto em países ricos como pobres. Para estas o mercado resolve todo o espectro produtivo, que envolve a pesquisa, a produção de medicamentos e vacinas, bem como a distribuição. Contudo, nos países pobres essa matriz de mercado não é satisfatória, tendo em vista problemas de acesso a insumos de relevante importância, como p. ex. os medicamentos para a Hepatite B.

As Doenças Tipo II são aquelas que, ainda que presentes nos países ricos, são bem mais prevalentes nos países pobres. Os recursos para pesquisa são menos abundantes e as especificidades dos países pobres não são levadas em consideração (p. ex. HIV e Tuberculose). As Doenças Tipo III são quase que exclusivamente presente nos países pobres. Os recursos para pesquisa são muito baixos e os medicamentos, ainda que em alguns casos sejam conhecidos, não são acessíveis e em outros casos os medicamentos considerados como efetivos são mesmo inexistentes (p. ex. Malária, Leishmaniose e Doença de Chagas). Segundo

a Organização Mundial de Saúde – OMS, as doenças negligenciadas encontram-se nesse grupo e constituem um conjunto de doenças assim entendidas:

Though medically diverse, neglected tropical diseases form a group because all are strongly associated with poverty, all flourish in impoverished environments and all thrive best in tropical areas, where they tend to coexist. Most are ancient diseases that have plagued humanity for centuries. Once widely prevalent, many of these diseases gradually disappeared from large parts of the world as societies developed and living conditions and hygiene improved. Today, though neglected tropical diseases impair the lives of an estimated 1 billion people, they are largely hidden, concentrated in remote rural areas or urban slums and shantytowns. They are also largely silent, as the people affected or at risk have little political voice. (WHO, 2010a:iii)

As Doenças Negligenciadas são as que acometem majoritariamente as populações empobrecidas e que, ainda que impactantes nas condições de saúde, recebem historicamente insuficiente atenção das agendas internacionais e de países. Exercem pouca atração na indústria, devido estarem exatamente mais circunscritas às populações com baixa capacidade de pagamento. Proliferam em condições ambientais e habitacionais precárias, e padecem de serviços insuficientes, como esgotamento sanitário e fornecimento de água tratada, o que contribui para a circulação dos vetores responsáveis por sua transmissão. Muitas dessas doenças podem ser letais ou terem consequências incapacitantes, o que acarreta num comprometimento da dinâmica familiar e social, oneram os sistemas de saúde dos países já economicamente desfavorecidos, pois impactam também na capacidade produtiva de sua população, formando um ciclo vicioso de elevada repercussão no desenvolvimento humano (WHO, 2010; Morel, 2006). Como são doenças transmissíveis e mais circunscritas a populações já desfavorecidas, agudizam a exclusão social, reforçam estigmas historicamente tramados e diminuem as perspectivas futuras de gerações.

A entrada das Doenças Negligenciadas na agenda global também reflete o protagonismo da OMS, trazendo importantes repercussões. Sob o ponto de vista da agenda interna da organização repercute na efetivação do “Departamento de Controle das Doenças Tropicais Negligenciadas”, no âmbito de sua estrutura, que lidera as proposições para a área. Em 2007 publica o documento “*Global Plan to Combat Neglected Tropical Diseases 2008–2015*” (WHO, 2007), que representa um esforço de conformação de uma agenda global, contemplando a formulação de prioridades, diretrizes, estratégias e metas para a reversão para um conjunto de

doenças. A expectativa desse plano global é o controle, eliminação e erradicação das doenças, definindo estratégias de intervenção, como a ampliação do acesso e a efetiva distribuição e administração de medicamentos, tanto de utilização terapêutica como profilática⁶⁷. Apesar da diversidade de contextos e dos posicionamentos dos atores internacionais – OMS, Médicos sem Fronteiras, Comissão de Macroeconomia, dentre outros, a noção de ‘negligência’ aparece como consenso em documentos e diretrizes ao longo das últimas décadas, implicando não apenas em pluralidades de noções, como também em diversidades e contradições políticas.

III.4 – Notas sobre as Doenças Negligenciadas

Como já foi dito, as infecções pelo conjunto de doenças negligenciadas representam importante causa de morte e incapacidades em muitos países, em especial naqueles com consideráveis índices de pobreza e desigualdades sócio econômicas. Nos Relatórios “*Working to overcome the global impact of Neglected Tropical Diseases*” (2010, 2011 e 2013) e “*Investing to overcome the global impact of Neglected Tropical Diseases*” (2015), a OMS⁶⁸ apresenta os resultados obtidos das políticas globais ao longo dos últimos anos. Os relatórios apontam avanços, tais como a redução da transmissão da doença de Chagas na América Latina, com impacto na diminuição da mortalidade. Em relação a Dengue, informam que há cerca de três bilhões de pessoas em risco, distribuídas em mais de 100 países. Para esses casos, a recomendação da OMS é voltada prioritariamente para o controle do vetor (mosquito *aedes aegyptis*). Outra prioridade explicitada nos documentos é o uso e a gestão

⁶⁷ “The major tasks for control of the tool ready diseases are to expand coverage of packaged preventive chemotherapy interventions in order to access hard-to-reach populations at risk with innovative delivery systems and to continue regular treatment.” (WHO, 2007:iii)

⁶⁸ Nesses documentos a Organização Mundial da Saúde listou um elenco de 17 doenças negligenciadas prioritárias, alvo das políticas e ações transnacionais atualmente em curso, a saber: Buruli Ulcer, Chagas disease (American trypanosomiasis), Cysticercosis, Dengue/Severe dengue, Dracunculiasis (guinea-worm disease), Echinococcosis, Fascioliasis, Human African trypanosomiasis, Leishmaniasis, Leprosy, Lymphatic filariasis, Onchocerciasis, Rabies, Schistosomiasis, Soil transmitted, helminthiasis, Trachoma, Yaws. No terceiro e último relatório foram incluídas ações voltadas para a Chikungunya, conjuntamente com as previstas para o controle da Dengue. (Disponível em http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/). Acessada em 20/09/2011 e 10/07/2015

racional de pesticidas, já sendo adotadas em 96 países onde as doenças transmitidas por vetores são endêmicas.

Nestes relatórios a OMS reitera questões como: a vinculação desse grupo de doenças a questão da pobreza; a delimitação geográfica com foco nas zonas tropicais; o ciclo vicioso das doenças que além vitimar os mais pobres, ainda gera consequências incapacitantes. O Relatório de 2015 ainda que enfatize a vinculação da pobreza às doenças negligenciadas, traz inflexões importantes ao focar a cobertura universal da saúde em detrimento às ações específicas e focalizadas, assim como a mudança no discurso sobre a erradicação da pobreza versus compartilhamento da prosperidade, com foco no desenvolvimento sustentável. Esse enfoque representou na época uma ampliação da visão sobre o campo das doenças negligenciadas, apontando para além da questão da saúde.

Contudo, permanecem importantes contradições. As diretrizes para o controle das doenças tropicais negligenciadas assentam majoritariamente em dois pilares: no acesso ao tratamento, com medicamentos disponibilizados por governos e agências internacionais e, o uso de pesticidas para o controle de vetores. Há referências também para as atuações 'intersectoriais' e 'interprogramáticas', e no conjunto dos documentos, essa orientação tem sido voltada para parcerias firmadas entre governos, organizações internacionais e a indústria farmacêutica⁶⁹. Mais recentemente surgem proposições relativas a ampliação da capacidade dos sistemas de saúde dos países, especialmente os do continente africano (WHO, 2011).

Os anos 2000 assistem a certa inflexão na maneira pela qual a comunidade internacional passa a conceber o recrudescimento das más condições de vida e de saúde das populações de consideráveis partes do mundo. Pode-se citar iniciativas como o encontro de Paris, abordado anteriormente, na qual agentes

⁶⁹Os documentos fazem alusão e agradecimentos ao apoio da indústria farmacêutica, revelando os valores em dinheiro gastos pelas empresas e os quantitativos de medicamentos doados, citando nominalmente as seguintes empresas e os valores correspondentes ao investimento de cada uma delas: GlaxoSmithKline (GSK); Sanofi; Bayer; Johnson & Johnson; Novartis; Pfizer e Merck KGaA (WHO, 2011:viii).

internacionais se reúnem em torno de uma agenda, onde reconhecem a negligência de um rol de doenças, assim como o encontro de Berlim, organizado pela OMS em dezembro de 2003, que contou com a participação de diferentes especialistas da saúde pública, economistas, ativistas dos direitos humanos, pesquisadores, organizações não governamentais e representantes da indústria farmacêutica. Nesse encontro foram discutidas e formuladas novas abordagens para as doenças negligenciadas, bem como consensuada a necessidade de construção de estratégias de saúde feitas de maneira coordenadas, integradas e sistemáticas.

Entretanto, para a OMS um dos mais importantes marcos dessa inflexão é representado pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio⁷⁰ (ODM), enquanto tentativa de política global concertada. Os esforços e lógicas para controlar as doenças negligenciadas assumem a mesma matriz discursiva dos ODMs, no enfoque na reversão da pobreza e incentivo ao desenvolvimento, em especial no papel que as más condições de saúde operam nessa esfera.

The Millennium Declaration and its Goals recognize the contribution of health to the overarching objective of reducing poverty. Efforts to control neglected tropical diseases constitute a pro-poor strategy on a grand scale. The logic has changed: instead of waiting for these diseases to gradually disappear as countries develop and living conditions improve, a deliberate effort to make them disappear is now viewed as a route to poverty alleviation that can itself spur socioeconomic development (WHO, 2010a:v).

As principais políticas em curso envolvem, prioritariamente, cinco estratégias de saúde pública – (i) quimioterapia preventiva (uso profilático de medicamentos, nomeadamente de antibióticos); (ii) controle de vetores; (iii) fornecimento de água potável e ações de saneamento e higiene; (iv) saúde pública veterinária (controle de zoonoses); e (v) intensificação na gestão de casos e processos de trabalho. Muitas dessas ações de prevenção e controle foram incluídas e ou incrementadas nas políticas e nos orçamentos de países endêmicos. Segundo análises da OMS (2010), essas diretrizes acarretaram consequências positivas, não apenas em ações pontuais, mas também em impactos na organização de sistemas nacionais

⁷⁰ Dentre um conjunto de objetivos dos ODMs, três são intrínsecos à área da saúde pública: redução da mortalidade infantil; melhoria da saúde materna e o combate a Aids, Malária e outras doenças.

de saúde, em especial em países Africanos⁷¹. Como exemplo pode-se citar, a partir dos dados disponíveis, a cobertura de 670 milhões de pessoas beneficiadas, em 75 países, com a quimioterapia preventiva para diferentes doenças ao longo do ano de 2008.

Iniciativas da saúde global orientadas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), as *Global Health Initiatives – GHIs*, passam a contemplar agendas para países em desenvolvimento que envolvem a organização de sistemas em saúde, estruturados com base em prioridades sanitárias e capazes de efetivar os resultados nas políticas e ações governamentais. Iniciativas globais nesse âmbito envolvem programas de cooperação entre países, em especial entre aqueles com baixo índice de desenvolvimento humano (IDH) e os países desenvolvidos. Contudo, estudos alertam para o risco de manutenção de modelos assimétricos de cooperação, assim discutidos:

[...] é importante que a ajuda ao desenvolvimento, na justiça como noutros sectores, consiga assentar num diálogo informado entre os princípios que se promovem e as especificidades que marcam, no terreno, as realidades dos países parceiros da cooperação”. (2011:14). Dessa forma enfatiza que as iniciativas devem ser orientadas a partir das necessidades dos países e que para tanto há de se manter um estrito diálogo com as realidades locais. As práticas internacionais sugerem que as escolhas das intervenções no campo do apoio ao desenvolvimento são mais adaptadas e produzem maior impacto quando se fundam numa opção estratégica concertada (OCDE, 2006, Apud CES, 2011:287).

Os investimentos e resultados de projetos de cooperação trazem implicações importantes relativas aos interesses internacionais, que se fazem presentes na formulação de estratégias, em especial as relacionadas à indústria farmacêutica. Além dos esforços dos países com sérios quadros endêmicos de doenças infecciosas, há um importante *gap* ainda não superado – o atraso em pesquisas e inovações na área. Atraso devido à baixa atratividade exercida sobre a indústria farmacêutica e demais insumos em saúde em virtude da baixa capacidade de pagamento e da fragilidade dos sistemas nacionais de pesquisa e

⁷¹ O Relatório da OMS (2010) alerta para a permanente necessidade de fortalecimento dos sistemas nacionais de saúde, ainda precários sob o ponto de vista organizacional, estrutural, financeiro e com extrema carência em termos de recursos humanos – “*As expansion of prevention and control activities increases, the need to strengthen health systems, and to train and support staff in technical and management expertise, will become more urgent.*” (WHO, 2010:8)

inovação. É crítica a ausência de recursos próprios de governos para os investimentos necessários.

Como os países acometidos são, majoritariamente, de baixo desenvolvimento econômico, está dado o círculo vicioso que mantém essa lacuna pelo ponto de vista da economia de mercado. Dessa forma são necessários investimentos em pesquisas para desenvolvimento e implementação de novos medicamentos, novos métodos de controle de vetores, vacinas, assim como novos métodos diagnósticos mais acessíveis à população (Morel, 2006).

No caso das doenças negligenciadas, embora existam financiamentos para pesquisas, o conhecimento produzido não necessariamente tem sido suficiente para avanços terapêuticos, como a produção de novos fármacos, métodos diagnósticos e vacinas (Morel, 2006). Além disso, os estudos e estratégias pouco incluem análises e aportes relacionados à especificidade das populações afetadas e seus modos de viver. Entretanto, esse autor destaca iniciativas⁷² voltadas para a produção e acesso a medicamentos. Ainda que reconhecendo sua importância e a inflexão que representa no recente cenário 'global', percebe-se que pelo fato de suas ações serem focalizadas ao campo da produção e acesso aos fármacos, há o predomínio de soluções pautadas majoritariamente na matriz biotecnológica.

Estudos encomendados pela própria OMS (*The Lancet*, 2009) apresentam análises sobre a interação entre os sistemas de saúde de países e as *Global Health Initiatives - GHIs*. O financiamento dessas ações está a cargo de agentes como: organizações não governamentais, doadores empresariais, agências de cooperação multilaterais, bancos, fundos de países, entre outros⁷³. Resultados de estudos contidos nessa publicação, ainda que apontando inúmeros fatores responsáveis tanto pelo sucesso quanto por ineficiência de um conjunto significativo de iniciativas analisadas, ressaltam que o êxito das iniciativas está vinculado a ação concertada entre as diferentes estratégias e ações,

⁷² Dentre elas pode-se citar: *Drugs for Neglected Diseases Initiatives - DNDi*, Global Alliance for TB Drug Development e UNITAID - *Laboratory for Innovative Financing for Development*.

⁷³ "The four large GHIs (and many others) are characterized by a set of common features, including their focus on specific diseases or on selected interventions, commodities, or services; relevance to several countries; ability to generate substantial funding; inputs linked to performance; and their direct investment in countries, including partnerships with nongovernmental organizations and civil society." (WHO, 2009:2139)

nomeadamente no campo das intervenções terapêuticas, ambientais e tecnológicas.

Contudo, considerável parte dos casos relatados pelos estudos, que tem por escopo as doenças negligenciadas, destacam que as iniciativas recebem financiamento específico para doenças e são direcionadas para ações previamente estabelecidas e planejadas pelo doador dos recursos. As análises apontam questões importantes acerca das intervenções das *GHI*, tais como a ampliação do acesso a ações de saúde e medicamentos para determinados agravos. Porém, dada à fragilidade dos sistemas nacionais de saúde e sua baixa capacidade de resposta sob o ponto de vista organizativo, há um forte comprometimento no funcionamento nos serviços, quando do enfoque num conjunto sistêmico de ações à saúde.

A focalização das ações voltadas para algumas doenças, que são em determinados momentos alvos de financiamento externo, desorganiza os já frágeis sistemas de saúde, na medida em que ocorrem fenômenos como a atração e concentração de profissionais exclusivamente para algumas regiões e ações específicas e a forte dedicação da gestão no gerenciamento dos recursos recebidos, sem que haja a necessária integração com as demais políticas de saúde.

Although new resources, partners, technical capacity, and political commitment were generally welcomed, critics soon began to argue that increased efforts to meet disease-specific targets with selective interventions were exacerbating the burden on health systems that were already fragile. [...] The tensions that have been caused have contributed to a longstanding debate about the interplay of disease-specific programs or selected health interventions with integrated health systems". (WHO, 2009:2138)

Essa forma de operar guarda semelhança com os programas verticais e focalizados que compuseram, nas décadas de 80 e 90, a agenda de financiamento por parte das agências internacionais como o Banco Mundial e o FMI (WHO, 2001). O que pode estar diferenciando essas iniciativas recentes é tanto a multiplicidade de doadores/financiadores, que implicam em variadas formas de operar, bem como das bases de financiamento e das condicionalidades impostas aos países receptores dos recursos. Apesar da aparente diferença, é possível entrever

relações entre os marcos epistemológico e operacional, anteriormente empregados.

Nas análises sobre a efetividade dos *GHIs* feita pela OMS, a participação da comunidade nas decisões aparece timidamente na etapa de planejamento. O desenho das intervenções a serem postas em prática comporta a orientação de inclusão além de agentes de governos e das organizações não governamentais, a população usuária dos serviços. Orientam que sua efetivação deve ser feita a partir do processo de descentralização das ações⁷⁴. Essa dimensão da participação cidadã na definição das políticas, analisada pelo referido estudo, é vista como insuficiente e de baixa expressividade. Ainda que a participação seja considerada como positivo, ela não necessariamente envolve um conjunto ampliado de atores, pois vem sendo restrita ao modelo de descentralização da gestão. A indução da participação com foco na descentralização da gestão dos programas, traria maior envolvimento de gestores locais, mas não necessariamente da população afetada.

Por outro lado, os estudos não abordam a presença de fóruns participativos, que discutam as diretrizes propostas pelas agências. As iniciativas demonstram uma insuficiente sinergia entre os fóruns da ciência, da inovação e das ações de atenção e promoção da saúde em torno das doenças negligenciadas. Ações sinérgicas implicam em multiplicidade de linguagem e participação, e, em consequência, em mudança de práticas sociais, que são simultaneamente políticas, econômicas e culturais.

É de se pensar, portanto, no cenário onde há forte presença de doenças já bem conhecidas da humanidade, que acometem majoritariamente populações de países com considerável índice de pobreza, notadamente dos continentes africano e sul-americano, como está se dando a dinâmica entre estes agentes envolvidos no enfrentamento do problema, com que diálogo de saberes e com quais

⁷⁴ Assim explicitado: *“Generally, community engagement and the increased involvement of civil society organizations, including service users, in partnership with government can generate a range of benefits for priority disease programmes and other health services. Civil society has played a substantial part in monitoring for good governance and increasing responsiveness to community health priorities; delivery of care to marginalized groups; advocacy of evidence-based health policy reforms; and expertise in the provision of patient follow-up and outreach services for scaling up quality antiretroviral drug treatment programmes. (ibid: 2152)*

proposições e estratégias de ação. Há de se perguntar se existe lugar para o diálogo entre os conhecimentos e práticas terapêuticas e promotoras de saúde com base nos diferentes contextos.

Nos espaços concretos, onde se manifestam os 'modos de levar a vida' e as maneiras pelas quais os sujeitos sentem, interpretam, traduzem e concebem saúde e doença, há lugar para o estabelecimento de práticas de saúde situadas? A produção de conhecimento, capaz de estabelecer uma troca discursiva, só se estabelece, só adquire plenitude relacional, quando em relação dialógica de práticas e de linguagem, e não há como existir sem a presença do outro. A linguagem floresce, concreta e historicamente, a serviço do pensamento participativo e dos atos concretos (Bakhtin, 2006).

Quando um conjunto significativo de atores internacionais designa, a partir de certo consenso, um grupo de doenças como "tropicais e negligenciadas" (WHO, 2010 e MSF, 2004), ratifica não somente a questão da negligência, mas também a demarcação territorial para a atuação de uma determinada ciência (biomédica) voltada para os trópicos. O uso do termo 'tropical', entretanto, não faz referência apenas a uma delimitação geográfica e de fronteiras. O uso do termo é coincidente com outra delimitação: a dos espaços coloniais - territórios vivos que comportam povos, culturas, saberes, políticas, conhecimentos, e também fenômenos de saúde.

Ao surgimento de uma especialidade do campo do conhecimento médico, voltado não apenas para as doenças infecciosas, mas para um tipo "específico" dessas doenças denominado de tropicais (Löwy e Dias, 2006), se somam outras referências que estão para além das evidências médicas, mas que, entretanto, informam suas práticas. Anderson (1992), em seu estudo sobre a ocupação militar norte-americana nas Filipinas, discute a efetivação de uma ciência médica voltada, aprioristicamente, para a comprovação de diferenças existentes entre as 'raças' e seus 'corpos'.

The colonial scientific paper created both the 'resistance' of the American body to the tropical climate itself and the 'natural' differences between Americans and Philippians in the carriage of and susceptibility to disease in this increasingly neutral climatic region. This medical discourse determined settlement patterns, housing, clothing, and working conditions in the Philipines.

Together with the more popular texts that it informed and reinforced, it served to consolidate racial hierarchies and to define possible colonial categories of experience (Anderson, 1992:509).

A designação 'doença tropical', que carrega elementos de colonialidade, indica linhas de continuidade de práticas coloniais. Em seu estudo Anderson (1992), busca entender a construção das hipóteses e concepções do adoecimento nos trópicos, que partiam, inicialmente dos elementos próprios do meio ambiente – como o clima, por exemplo, e, com o surgimento da microbiologia, a passagem para o enfoque nos corpos dos colonizados, hospedeiros dos microorganismos, enquanto eles mesmos componentes e elementos do espaço a ser domesticado. A diferenciação dos corpos e do padrão do adoecimento entre brancos colonizadores e 'nativos' enfatiza as diferenças raciais, consubstanciando políticas discriminatórias. Domesticar a doença e o ambiente significa vigiar e domesticar os corpos 'nativos', controlar formas de viver.

Ainda que o paradigma da saúde, especialmente na sua dimensão de controle e vigilância parte da saúde pública nos países centrais, a concepção de vigilância válida na esfera da medicina tropical (colonial) e os seus desdobramentos são de natureza diversa. O controle de pessoas e ambientes assume protagonismo enquanto modo de operar, o que é incompatível com o princípio da autonomia, seja de indivíduos, coletivos ou mesmo de nação⁷⁵. Essa diferenciação nos remete às bases do pensamento abissal (Santos, 2010), no qual para a metrópole (Norte global) o conceito de vigilância se insere no paradigma autonomia/regulação, enquanto que para as zonas tropicais endêmicas (Sul global) o que pode estar ação é o binômio apropriação/violência - de culturas, conhecimentos e da autonomia dos sujeitos. Portanto, atentar para colagens de termos como 'negligência' e 'medicina tropical', em acepções como a biomédica e a geográfica, fornece meios para pensar

⁷⁵ Nesse estudo, Anderson (1992) assim ressalta essa forma de controle social exercida através da medicina tropical: [...] *"In the Philippines, the scientific texts articulated a more extreme sense of threat and the consequent need for containment in a foreign environment: the regulation of society had to be more secure than at home; less slippage was allowed. Furthermore, medical science in the Philippines worked more explicitly and completely to consolidate specifically racial hierarchies and to secure an economy of racial privilege, developing the Manichean dichotomy that Franz Fanon has identified as a characteristic psycho-pathology of colonial governance"* (idem: 527).

criticamente sobre iniciativas globais e suas traduções em políticas nacionais, internas de países, e suas repercussões em sujeitos e territórios.

IV. Inscrições político-institucionais e territoriais – atores, agendas e dispositivos sobre vulnerabilidades e Tuberculose

Pobreza, desigualdade e vulnerabilidade social no Brasil não são fenômenos novos. Entretanto, no período recente de sua história, nomeadamente as décadas de 80 e 90, confirmou-se a tendência de ampliação da enorme desigualdade na distribuição de renda, com conseqüente elevação nos níveis de pobreza, que agudizam ainda mais a herança de injustiça social sobre considerável parcela da população brasileira (Barros et al., 2001). A noção de injustiça social reside no entendimento de que o Brasil não é um país pobre, e sim desigual, portanto, com uma imensa população de pobres⁷⁶. A existência de muitos pobres, num país que não é pobre, é conseqüência da desigualdade na distribuição de renda e de inclusão econômica, que os autores adjetivam de ‘condição perversa’⁷⁷. Em 1999 em torno de 14% da população brasileira encontrava-se com renda inferior à linha de indigência, e 34% inferior à linha de pobreza. Somados os percentuais, tem-se quase 50% da população brasileira incluída no rol de pobres e miseráveis. A partir desse cálculo vê-se que “cerca de 22 milhões de brasileiros podem ser classificados como indigentes e 53 milhões como pobres.” (*ibid*:2).

No período que compreende os anos de 2003 a 2015, as ações de combate à pobreza têm sido enfocadas como prioridade de governos. Várias políticas foram acionadas nesse sentido, dentre elas destacam-se o Programa Bolsa Família, como principal diretriz no âmbito da iniciativa ‘Fome Zero’⁷⁸, assim como outras

⁷⁶ Os autores ressaltam que a definição de pobreza e de pobreza absoluta está posta em referência a parâmetros como a incapacidade de indivíduos de manterem um padrão mínimo de subsistência, medido pela noção de ‘linha de pobreza’. Essa medida é parametrizada de maneira relativa a cada sociedade específica.

⁷⁷ Em 1999 o Brasil possuía o 10º maior PIB (Produto Interno Bruto) no ranking mundial. Esse é um dos indicadores que medem a riqueza das nações. Ao longo das duas últimas décadas o país oscilou entre as 8ª e 6ª posições, caindo para a 9ª posição em 2015. (EBC, 2015. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2016-03/ibge-pib-fecha-2015-com-queda-de-38>.

⁷⁸ O Bolsa Família é um programa de governo instituído em 2003, transformado em Lei Nº 10.836, de janeiro de 2004, que prevê o repasse de benefícios financeiros, definidos a partir de critérios de elegibilidade para um conjunto de benefícios. Organizado em condicionalidades, que implica na vinculação com outras políticas sociais, como a Estratégia Saúde da Família e o Ensino Fundamental, realizando monitoramento de indicadores como a cobertura vacinal de crianças e o desempenho escolar, respectivamente. A condicionalidade no recebimento dos recursos financeiros à ampliação da escolaridade e as ações de promoção e atenção à saúde fornecem uma maior robustez em termos de política social. Há duas modalidades de benefícios: o benefício básico, destinado às famílias em condições de extrema pobreza e os benefícios variáveis, dedicados às

políticas, como aumento real do salário mínimo, ampliação de benefícios sociais, como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) para os empregados/empregadas domésticas, já previamente existentes para outras categorias profissionais; definição de reserva de vagas nas Universidades públicas para negros e oriundos das escolas públicas; ampliação de vagas em escolas públicas para o ensino médio e fundamental, dentre outras políticas sociais (IPEA, 2010).

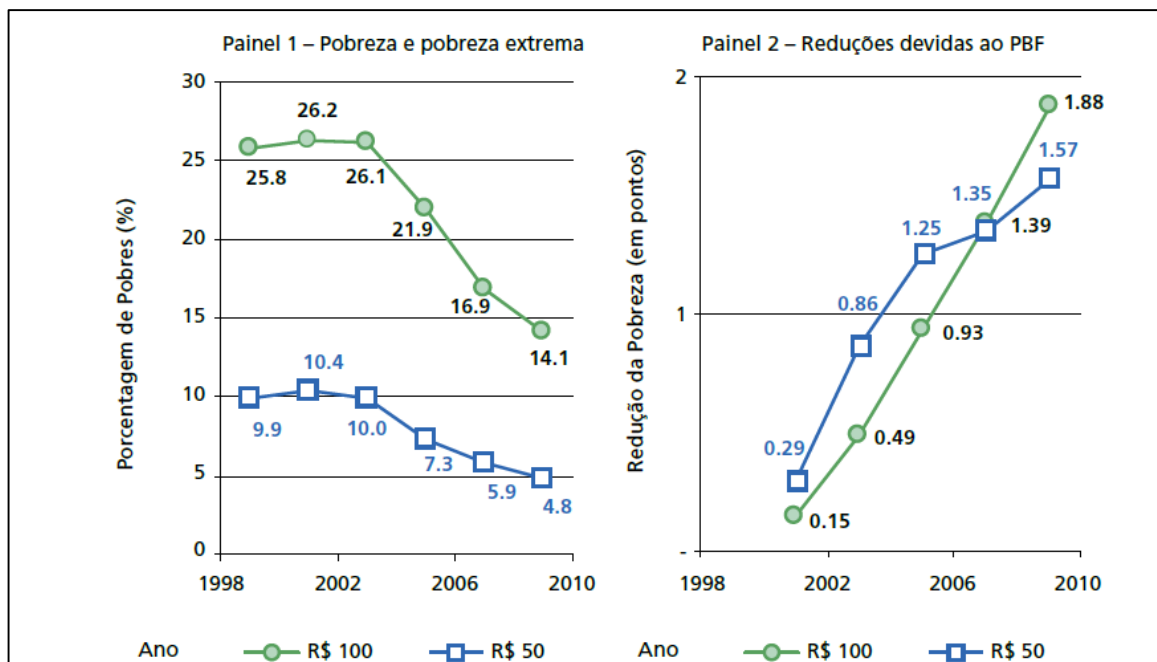
Em que pese as discussões acerca do caráter redistributivo ou compensatório das políticas, e das pertinentes críticas relativas a fragilidade e insuficiência destas, no que tange a redistribuição de ativos e regulação de mercados, tem havido resultados positivos na diminuição nos índices de pobreza no país. Inúmeros estudos têm se dedicado a avaliar os impactos das políticas sociais recentes nos índices de pobreza e de vulnerabilidade no Brasil. Destacam-se as análises sistemáticas desenvolvidas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, que apontam uma queda da pobreza a partir do período 2003-2005, quando da unificação dos programas de transferência de renda no âmbito do Bolsa Família e da sua expansão de cobertura. Alertam, contudo, que essa queda não é fenômeno isolado do programa, mas como efeito da composição deste com outras políticas, tais como o aumento do emprego, dos salários e da cobertura previdenciária (*Ibid*:45). O êxito também é associado às condicionalidades do programa, ao vinculá-lo a outras políticas sociais, como da saúde e educação. Estudos recentes apontam um impacto da vinculação entre o programa bolsa família e a estratégia saúde da família, mencionando a vinculação entre alterações nos determinantes sociais e a queda nos indicadores de doenças transmissíveis como a hanseníase (Nery et. al., 2014)

No gráfico abaixo são apresentadas a evolução da pobreza e da pobreza extrema, no período de 1998 a 2010, e as reduções devidas ao Programa Bolsa Família. O documento destaca que em 2009 o Bolsa Família foi responsável por

famílias em situação de pobreza e que contém em sua composição gestantes, nutrizes, crianças entre 0 e 12 anos ou adolescentes até 17 anos. (Brasil, 2004a)

uma queda da pobreza extrema e da pobreza de 1,9 e 1,6 pontos percentuais respectivamente⁷⁹.

Gráfico 1– Evolução da pobreza e reduções devidas ao PBF – Brasil, 1998-2010



Fonte: Microdados PNAD 1998-2010, Apud IPEA (2010). Bolsa família 2003-2010 – avanços e desafios.

O Relatório “*The State of Food Insecurity in the World – 2015*”, publicado por três agências da Organização das Nações Unidas (ONU) - a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO), o Fundo Internacional de Desenvolvimento Agrícola (FIDA) e o Programa Mundial de Alimentos (PMA), destacou o papel do Brasil no esforço de combate à fome. Em suas análises apontam a importância do Programa Bolsa Família, e também assinalam a ação sinérgica entre outros elementos das políticas públicas, necessárias a uma ampliação da proteção social, cruciais à construção de um círculo virtuoso das políticas sociais de combate à pobreza. Sublinham que a redução mais significativa ocorreu no ano de 2012, quando o país cortou pela metade o número de pessoas

⁷⁹ São valores menores quando postos em comparação com o que seriam essas taxas na ausência do programa, sinalizando que as reduções correspondem a 13% da pobreza e 32% da pobreza extrema.

em situação de pobreza extrema, ou seja, pessoas que passam fome, alcançando com isso as metas da ONU de redução das taxas de fome e pobreza.

A redução significou, entretanto, que em torno de 5% da população ainda se encontra em situação de pobreza extrema e fome no ano de 2015. O Brasil possui em torno de 204,5 milhões de habitantes (população estimada para 2015 segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE), conseqüentemente o número de pessoas em situação de fome é de 10,2 milhões. Ainda que avanços significativos tenham sido alcançados, esse valor significa vidas humanas, portanto, a situação segue extremamente grave, exigindo mudanças estruturais de curto e longo prazo.

Nesse capítulo pretende-se, após essa breve problematização acerca da dimensão da pobreza no Brasil, contextualizar o campo das políticas sociais, programas e instituições, enfocando especialmente os dispositivos que envolvem ações para essas populações, tendo em vista a perspectiva do presente estudo – a tuberculose como elemento de vulnerabilidade e a problematização da produção de conhecimentos e práticas de saúde sobre sujeitos, corpos e territórios vulnerabilizados.

A questão da exclusão sócio econômica e o papel da pobreza no enredo capitalista é fundamental à problematização da noção e dos sentidos assumidos na construção do binômio inclusão-exclusão na trama social. Escorel (1999) propõe pensar a vulnerabilidade no Brasil como processo de exclusão social, na perspectiva de uma dupla privação – a material e a simbólica. Assinala que a exclusão é um processo que envolve trajetórias de vulnerabilidade, simbolizadas por rupturas de diversos vínculos, incluindo o familiar e o da esfera produtiva, representada pelo acesso ao trabalho e ao consumo. Em trabalhos posteriores a autora passa a problematizar o conceito de exclusão, em termos de categoria explicativa de fenômenos sociais. Argumenta que o uso de noções categoriais como *underclass* e marginalidade “(...) traz implícita uma visão dicotômica, que divide o todo em duas partes, perdendo a complexidade das relações sociais envolvidas no fenômeno. Não existiria um dentro (inclusão) e um fora (exclusão) da sociedade. Todas as relações constituiriam uma mesma tessitura social, mais ou menos esgarçada, porém sempre tecida.” (Escorel, 2008:215)

Nesse capítulo pretende-se problematizar, sistematicamente, recortes binomiais como esses (inclusão/exclusão) a partir de inscrições em políticas, sistemas, normativas e agendas. Inicialmente discute-se as **inscrições da tuberculose em agendas num recorte global**, através do registro da negligência e da saúde global. Em seguida apresenta-se a **situação da tuberculose no país, assim como políticas e programas nacionais** voltados para o controle da doença, ressaltando a especificidade do arranjo federativo brasileiro. Especial destaque é dado ao desenho organizacional embutido nas ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose no Brasil e no Rio de Janeiro.

A efetivação das ações previstas no referido programa respeita o arcabouço organizativo do SUS, estruturado de maneira sistêmica e modelar em níveis de atenção. O enfoque recai sobre a **Atenção Primária em Saúde (APS)**, fundamentado em duas justificativas: a orientação da política de descentralização das ações de saúde, na qual cabe aos municípios parte considerável das responsabilidades previstas no programa de controle da tuberculose no âmbito da APS. Resgata-se também a inscrição da APS no cenário internacional, suas distensões e confluências, assim como no cenário nacional, através de uma abordagem de seu principal dispositivo assistencial: a ‘Estratégia Saúde da Família’ – nas perspectivas da conformação, histórico, inflexões e desenho atual.

Além da Estratégia Saúde da Família, as ações em torno da tuberculose estão inseridas em um outro dispositivo assistencial recentemente incluído no âmbito da APS para a **atenção à população em situação de rua**. Aborda-se a organização, estrutura e direcionalidade da atenção voltada para a população em situação de rua, que é justificada pela realização da estratégia *DOTS* para essas pessoas, foco da imersão de campo desse estudo. A maior parte da observação participante ocorreu exatamente nos cenários de práticas da atenção primária – as clínicas da família e o consultório na rua⁸⁰. Portanto, a penúltima parte desse capítulo discute as **inscrições de políticas públicas na perspectiva da população em situação de rua**, apontando os dispositivos nacionais e locais da assistência social e da saúde, com especial enfoque no atual modelo – o Consultório na Rua (Cnar).

⁸⁰ Ambos contemplados nos Capítulos V e VI, respectivamente.

Um último registro da tuberculose tratado nesse capítulo recai na construção de **vulnerabilidade no enfoque territorial**. Faz-se uma discussão sobre as inscrições da tuberculose, em vidas forjadas sob a tessitura das vulnerabilidades, que se desenrolam em ambientes territoriais concretos onde teve lugar a imersão do estudo de campo – as regiões de Manguinhos e da Rocinha.

IV.1 - A Tuberculose na agenda da Saúde Global – um panorama

Na última metade dos anos 1990 a Organização Mundial da Saúde anuncia que a tuberculose foi responsável pela morte de milhões de pessoas, passando a ser considerada como uma doença re-emergente. O retorno da tuberculose a patamares alarmantes é tratado por Farmer (1999) como uma ‘vingança’, posto que o entendimento de ‘retorno’ da doença obscurece a permanência de sua elevada incidência em diversas partes do mundo. Essa ‘surpresa’ por parte de agências internacionais situa-se no silenciamento da situação da tuberculose, como questão social, econômica e de saúde sobre populações pobres do mundo, responsável não apenas por altas taxas de incidência como também de mortes. Ambas absolutamente preveníveis, sob o ponto de vista biomédico, desde a década de 1950, e já tendo sido relativamente bem resolvida nos países mais ricos.

Some estimate that as many as two billion persons – a third of the world’s populations - are currently infected with quiescent but available Mycobacterium tuberculosis. This figure corroborates another: tuberculosis remains, at this writing, the world’s leading infectious cause of preventable deaths in adults. (Farmer, 1999:185)

Num sentido próximo, Kaufmann & Embden (1993) também problematizam esse entendimento da tuberculose em décadas anteriores como questão menor, em face da diminuição da doença nos países industrializados, afirmando que esse entendimento foi gerador de um processo de negligência, que culminou com o retorno da doença em todo o mundo nos anos 90. A tuberculose retorna à agenda de prioridades da OMS em face da epidemia da AIDS e do surto da forma multidroga resistente da doença (TBMDR), nos Estados Unidos, nomeadamente na cidade de Nova York (*Médecins Sans Frontières*, 2004). Entretanto, Farmer (1997)

alerta que essa forma da doença tinha relevante incidência nos Estados Unidos, porém mais restrita às pessoas vivendo nos abrigos destinados à população em situação de rua, não necessariamente vinculada à questão do HIV e mais a questões sociais⁸¹.

Atingir países e pessoas 'produtivas' do capitalismo central foi decisivo para a retomada da tuberculose como problema mundial, ainda que em boa parte do mundo nunca o tenha deixado de ser. Semelhante posição é assumida pelo ex-Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, órgão responsável pelo programa de tuberculose no Brasil quando diz:

A negligência da tuberculose só é revista por causa do impacto da epidemia da AIDS. A AIDS é universal - começa a aparecer nos países ricos, de maneira que incomodou bastante a população sadia - seja pelo preconceito sobre AIDS, pelo preconceito sobre a tuberculose, por conta da coinfeção, ou ainda pelo preconceito sobre ambas. As pressões vieram de variadas formas e lugares, e os governos acabaram por tomar providências em consonância com a '*big pharma*'⁸². Essa pressão serviu inclusive para a adoção de diretrizes que impactassem na efetividade do tratamento com vistas a cura: o tratamento de curta duração e a dose supervisionada. (Entrevistado 10, 2014).

Em 1993, a OMS define a estratégia *DOTS – Directly Observed Treatment Short-course therapy*, para o enfrentamento da doença a nível global, servindo de diretriz para os países, em especial aqueles com alta incidência. (Farmer, 1999). A estratégia *DOTS* volta-se prioritariamente para os casos considerados como mais frequentes e contagiosos, a versão pulmonar da doença, especialmente os bacilíferos, responsáveis pela manutenção de significativa parte da cadeia de transmissão. A estratégia possui cinco componentes principais: (i) atenção aos

⁸¹ Farmer alerta para o papel das questões sociais envolvidas no quadro da tuberculose no mundo, ressaltando o papel das ciências sociais no engajamento acadêmico e político na reversão da situação. Em 1997, já assim resumia sua posição: "First, who better than social scientists to discern the precise mechanisms by which social forces (ranging from racism to political violence) promote or retard the transmission or recrudescence of TB? Since there will likely be several mechanisms, it will be incumbent upon us to offer a hierarchy of factors and understand how, in different settings, these might be differentially weighted. New research technologies, such as DNA "fingerprinting" techniques, promise new insight into transmission dynamics, but also new social problems that will demand innovative responses(op.cit.: 356).

⁸² Termo utilizado para definir o mercado de fármacos e outros insumos em saúde.

sintomáticos respiratórios nos serviços de saúde, com detecção de casos via baciloscopia; (ii) tratamento padronizado, diretamente observável, de curta duração e acompanhamento da evolução; (iii) acesso e dispensação regular dos medicamentos; (iv) avaliação dos tratamentos através de sistemas de registro e consolidação de informações; (v) priorização do controle da tuberculose como compromisso de governo (OPAS, 1997). Desde esse marco, a tuberculose assume lugar de destaque nas políticas da saúde global, passando a ser considerada novamente como prioridade e trazendo novos investimentos.

Entretanto, alguns estudos já apontavam críticas em relação ao uso da estratégia *DOTS* em larga escala para todos os países. No 'Relatório 2003-2004' a ONG *Médicos sem fronteiras* alertava que o *DOTS* foi concebido não apenas como uma abordagem médica, mas também como uma marca criada no sentido de convencer os doadores e os decisores de políticas de países em desenvolvimento, cuja mensagem primordial era de que essa estratégia, e apenas ela, conseguiria efetivar o controle global da TB:

DOTS was not only conceived as a medical approach but also as a brand, designed to convince Western donors and developing country policy makers. The message was that DOTS – and only DOTS – could deliver global TB control.” (Médicins sans Frontières, 2004:52).

Nesse relatório há um debate sobre a controvérsia internacional em relação ao *DOTS*. Discutem a decisão da OMS em tomá-la como estratégia global em face do questionamento por parte das comunidades médicas, acadêmicas e científicas. A crítica dessas comunidades em países industrializados residia na decisão da OMS, entendida como conservadora, que baseava sua estratégia de controle da TB em torno de dispositivos antigos, ao invés de investir no desenvolvimento de novas tecnologias - diagnósticos mais eficazes, vacinas e medicamentos. Segundo o documento, a OMS assume que as novas tecnologias são caras, havendo o perigo de que a sua introdução pudesse desviar os recursos financeiros para longe daquilo que consideravam como a questão principal, que é o desafio global de enfrentamento da tuberculose, direcionado para a implementação de tecnologias já conhecidas e testadas. Críticas mais contundentes sobre a estratégia *DOTS*, considerada como “*one size fits all*”⁸³, foram feitas a respeito da insuficiência de

⁸³ Em livre tradução: Tamanho único para todos.

análises sobre resultados e até mesmo de falhas da estratégia, ocorridas em experiências piloto financiadas pelo Banco Mundial, nomeadamente no Senegal, Mali e Iêmen (MSF, 2004). A controvérsia em torno do uso do *DOTS* como política global aponta para a importância de diversas dimensões e elementos presentes nas arenas da produção de ciência, conhecimentos e na produção de provas (Latour, 2012[2006]).

No decorrer da década de 90 diversos estudos acerca do *DOTS* foram realizados, abordando diferentes dimensões. Em artigo publicado na revista *The Lancet*, de Zwarenstein et al. (1998) apontam que a efetividade do tratamento diretamente observado por enfermeiros/as em comparação com tratamento sob auto-supervisão é equivalente, quando relativo a pacientes de primeiro tratamento. Contudo, nos casos de retratamento, os resultados obtidos apontam uma significativa diferença a favor dos tratamentos em regime de auto-supervisão em relação ao diretamente observado. Além disso, todos os casos de retratamento foram submetidos ao regime diretamente observado quando do primeiro tratamento, não havendo, portanto, nenhum caso de retratamento que tenha sido sob auto-supervisão quando da primeira ocorrência. Os autores inferem que retratamentos sob supervisão (diretamente observado), apresentam baixas taxas de sucesso (alta por cura) por serem uma experiência desmoralizante para o paciente. Concluem que a dose supervisionada é um dispositivo autoritário e que retira a autonomia do sujeito e a responsabilidade pelo auto cuidado, nas palavras dos autores:

We think that surveillance of pill swallowing can be alienating and authoritarian. Surveillance can detract from the ability of the carer to provide support, can decrease responsibility for self-care, and can increase stress on the carer by transferring to him or her the responsibility for successful completion. By contrast, we speculate that the active part played by self-supervised patients in their own care may have encouraged staff to engage with them in a positive, supportive way. If this is the case, it seems that the effects on outcome of the surveillance in DO patients are about equivalent to the effects of support in self-supervised patients. We believe that self-supervision, even in the ad-hoc form tested here, offers more promise for improved rates of treatment success, aside from advantages in respecting the autonomy of patients. (Zwarenstein et al., 1998:1343)

Esse artigo suscitou inúmeras discussões na comunidade científica, expondo concordâncias, dissonâncias e contradições (Zwarenstein, 1999). Ao apontar a existência dessa controvérsia não existe a intenção de entrar no mérito

do debate, já que extravasa objetivos e competências analíticas do presente estudo. Trazê-la serve para demonstrar a existência dos muitos debates, desde os primeiros anos da utilização do *DOTS*, e as repercussões no campo das políticas globais. Em que pese essa observação, a questão da autonomia do paciente versus supervisão do tratamento feito por profissionais de saúde, será retomada e problematizada quando das discussões sobre os tratamentos acompanhados durante o estudo de campo, trazendo elementos empíricos que permitam o aprofundamento de alguns aspectos do debate sobre as práticas de saúde. Pondera-se que a relevância de estratégias como o *DOTS* em espaços concretos não reside em ser padronizada (no sentido “*one size for all*”) e, tampouco, à partida, ser radicalmente contrária a ela. Os encontros com pacientes em tratamento para a tuberculose, em diferentes cenários de práticas, demonstraram extrapolar os limites de análises polarizadas desse tipo.

O referido relatório do MSF (2004), entretanto, reconhece e ressalta um dado consenso por parte da comunidade internacional em torno do *DOTS* ao longo dos anos seguintes. Assinala que a concertação global ocorreu em alguns sentidos - no reconhecimento dos pontos positivos da estratégia, por um lado, e na revisão e flexibilização por parte da OMS de diretrizes de implementação, principalmente em relação aos casos não enquadráveis nas formas clínicas mais prevalentes, como a coinfeção com HIV e a tuberculose multiresistente (TBMDR⁸⁴). Esta última tem sido apontada como um dos principais e mais graves efeitos adversos do uso extensivo do *DOTS* em escala global, nomeadamente nos países pobres e com baixo adensamento político, econômico e institucional dos sistemas nacionais de saúde, onde o tratamento inadequado tem gerado elevado número de casos de TBMDR (Dalcomo et. al., 2007; Madhu Pai & Puneet Dewan, 2015; Enarson & Billo, 2007).

⁸⁴ “A multirresistência é considerada um fenômeno biológico iatrogênico, decorrente da aplicação inadequada dos regimes de tratamento de curta duração – especialmente os compostos pela associação de rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol. A estratégia de prevenção da multirresistência é a correta aplicação dos tratamentos chamados de primeira linha e de curta duração, aí implicados fundamentalmente os componentes da chamada estratégia *Directly Observed Treatment Short course (DOTS)*, ou tratamento diretamente observado” (Dalcomo et al., 2007:36)

Os debates e avaliações do programa de controle da tuberculose têm gerado alterações nas diretrizes globais e de países ao longo das últimas duas décadas, ressaltando-se a importância da incorporação das discussões nas mudanças (ou não) de rumos das políticas globais. Iniciativa de fundamental importância no cenário internacional foi a criação da Parceria *Stop TB*, realizada na esteira do crescimento da epidemia de tuberculose a nível mundial. Esta emerge na sequência da reunião do “Primeiro Comitê Ad Hoc sobre a Epidemia da Tuberculose”, que ocorreu em Londres em 1998.

No início de 2000 foi publicada a “Declaração de Amsterdam Stop TB”, que focalizou ações para os 20 países com a maior carga de Tuberculose no mundo. Nesse mesmo ano, a Assembleia Mundial da Saúde da OMS aprovou o estabelecimento da ‘Parceria Global Stop TB’, propondo na ocasião duas grandes metas para 2005: diagnosticar 70% de todas as pessoas com tuberculose, e curar 85% destas. A iniciativa evoluiu para uma ampla parceria global que envolve atualmente 1.300 parceiros, incluindo agências internacionais, programas de governos, agências de pesquisas, financiadores, fundações, ONGs, representantes da sociedade civil, grupos comunitários e empresas do setor privado (*Stop TB*, 2001; e *Stop TB*, 2015).

A parceria é desenhada como um organismo internacional que congrega atores e agências de diversas partes do mundo, em ações concertadas contra a tuberculose. Atualmente tem por missão: garantir que todos os pacientes tenham acesso a diagnóstico eficaz, tratamento e cura; eliminar a transmissão da tuberculose; reduzir o número de vítimas da inequidade econômica e social; e desenvolver e implementar novas ferramentas e estratégias preventivas, diagnósticas e terapêuticas. Os parceiros conformam-se em grupos de trabalho dirigidos para sete áreas específicas: (i) expansão da estratégia DOTS; (ii) associação TB/HIV; (iii) TBMDR; (iv) novos medicamentos para TB; (v) novas vacinas para TB, (vi) novos diagnósticos para TB; e (vii) iniciativa de Laboratório Global.

Desde 2001 a *Stop TB* produziu quatro grandes planos de intervenção global em torno da doença, realizando sistemáticas avaliações também a nível global. Após esses quinze anos de existência, aponta-se que, a despeito dos inúmeros

percalços e desafios, a estratégia é exitosa. Seu mais recente Plano, publicado em 2015, traz uma virada nos seus pressupostos, no sentido de fortalecimento da noção de eliminação da doença, denominada de ‘mudança de paradigma’ de ‘*Stop TB*’ para ‘*The End TB Strategy 2015-2050*’ (Stop TB, 2015).

Esse documento sinaliza que a luta contra a tuberculose está sendo vencida de maneira global, ressaltando como prova a queda da mortalidade para metade, em comparação aos patamares da doença nos anos 90. Os avanços repercutiram no alcance dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio - ODM, que estabeleciam a queda da taxa de incidência de TB até 2015. Dezesesseis dos vinte e dois países de alta carga da doença alcançaram esses objetivos, somando 80% da totalidade dos casos globais da doença. A incidência da doença também caiu em 1,5% ao ano desde 2000, atingindo uma redução total de 18%⁸⁵.

Das diretrizes atuais o documento destaca não apenas o fortalecimento de serviços e sistemas de saúde, capazes de diagnosticar, tratar e curar, como também e principalmente a garantia do acesso universal ao tratamento, bem como o investimento em pesquisas e desenvolvimento de inovações em vacinas e fármacos. O secretário executivo do Observatório Tuberculose Brasil faz a seguinte ressalva em relação ao novo plano global sobre a tuberculose:

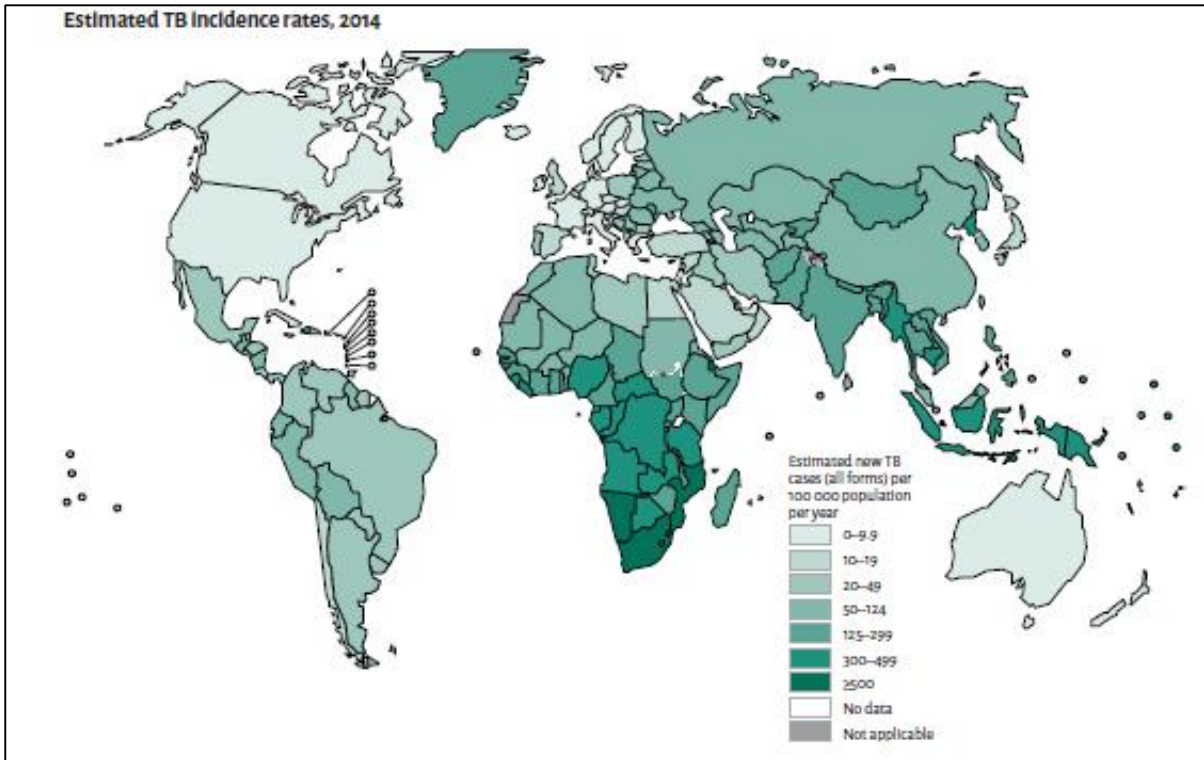
A posição do Brasil é de reforçar a importância dessas diretrizes, porém advoga a favor da inclusão de diretrizes mais contundentes acerca da determinação social da tuberculose, o que implicaria uma ampliação do enfoque e, principalmente, das ações políticas dos organismos internacionais” (Entrevistado 14, 2014)

A despeito dos avanços a gravidade do problema, entretanto, ainda está em discussão. Pode ser evidenciada pelo número de mortes em 2014, que atingiu 1,5 milhões de pessoas. Um mapa dos indicadores da tuberculose em 2014 apresenta uma realidade ainda desconcertante e inaceitável: 4.400 mortes todos os dias no mundo. O total anual é cerca de 1,5 milhão de mortes por TB, sendo 890 mil homens mortos, 480 mil mulheres mortas e 140 mil crianças mortas. Desse total,

⁸⁵ O relatório de 2015 da OMS aponta o papel destacado na queda global da prevalência de TB de nove países: Brasil, Camboja, China, Etiópia, Índia, Myanmar, Filipinas, Uganda e Vietnã (WHO, 2015b)

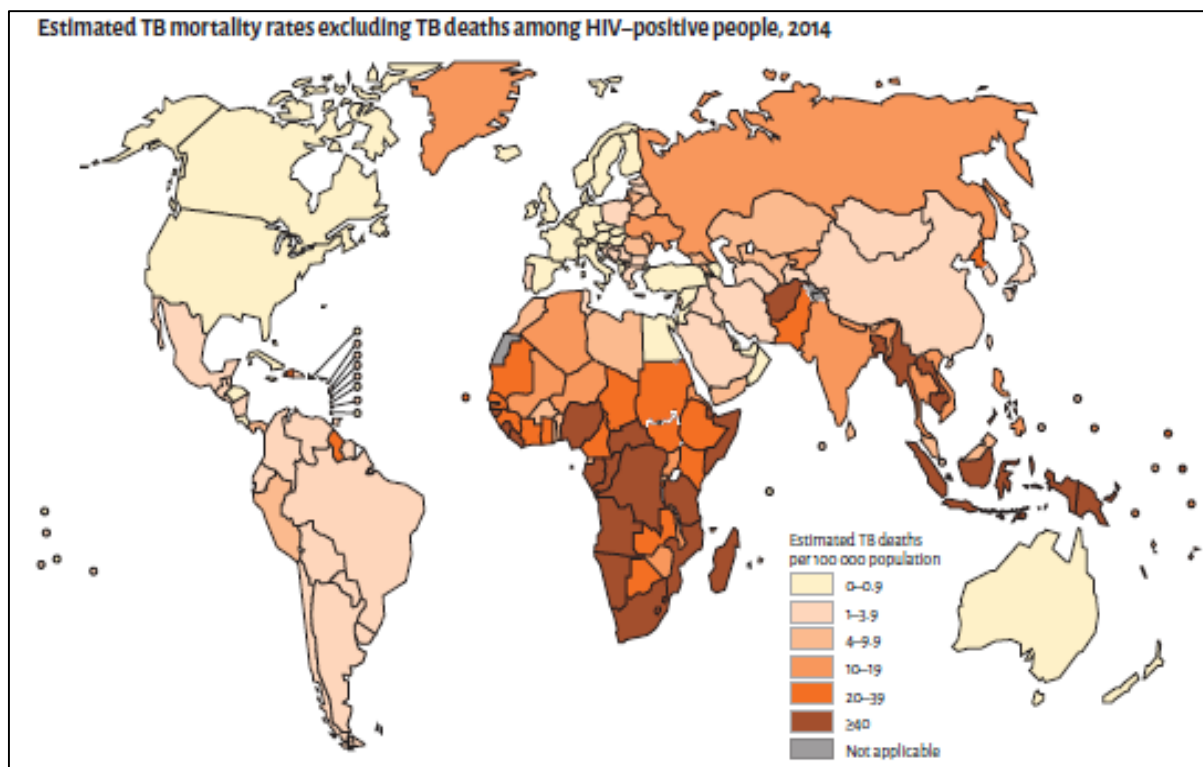
400 mil são de HIV-positivas (WHO, 2015b). A proporção de casos em relação a população total e a taxa de mortalidade podem ser vistas nas figuras abaixo.

Figura 6 – Taxa estimada de incidência da Tuberculose por 100 mil habitantes, 2014.



Fonte: WHO - Global Tuberculosis Report, 2015b:17

Figura 7- Taxa estimada de mortalidade por Tuberculose por 100 mil habitantes, 2014.



Fonte: WHO - Global Tuberculosis Report, 2015b:17

Um dado que gerou intenso debate foi o elevado número de casos novos diagnosticados em 2014, 9,6 milhões. Os especialistas justificam-no como reflexo da ampliação da capacidade de detecção dos serviços de saúde e da coleta de dados nacionais, e não como aumento real da incidência da doença. Estimativas apontam que em torno de 3,3% de casos novos são de tuberculose multirresistente (TB-MDR), significando um nível estável em comparação com a série histórica recente, porém preocupante em termos de diagnóstico e tratamento disponíveis. A insuficiência de recursos é apontada como um dos principais obstáculos. Dos 8 bilhões de dólares estimados foram obtidos globalmente em torno de 6,6 bilhões de dólares. À essa lacuna devem ser somados pelo menos mais 1,3 bilhão de dólares que deveriam ser destinados para pesquisa, desenvolvimento e inovação de diagnósticos, medicamentos e vacinas (WHO, 2015b).

O objetivo da OMS, retratado na mudança do enfoque até 2035 é passar do controle para a eliminação da tuberculose. A Estratégia 'Fim da TB' foi adotada por

todos os estados-membros da OMS, em cuja diretriz está a redução da incidência da doença de 80% e da mortalidade para 90%. Essa meta foi incluída na agenda dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável - ODS (*Stop TB*, 2015).

As Américas alcançaram as metas previstas antes de 2015, diminuindo tanto a incidência quanto o número de mortes. Em termos globais, as Américas representam 3% dos números globais de casos estimados, assim distribuídos em regiões: Ásia (58%); África (28%), Região do mediterrâneo oriental (8%) e Europa (3%). Os países do continente americano propuseram uma redução da taxa de mortes por tuberculose em torno de 24% até 2019, inserida no Plano de Ação para a Prevenção e Controle da Tuberculose da Organização Panamericana de Saúde (OPAS).

Para isso, tanto propõe um maior investimento e intensificação das ações de prevenção, atenção e controle da tuberculose, cujo objetivo é conseguir novos recursos, tanto governamentais como de parcerias da iniciativa privada. Porém, o relatório aponta que taxas de sucesso do tratamento (cura) nas regiões das Américas e na Região Europeia precisam ser melhoradas, estando ambas em torno de 75%. Ainda que haja avanços, há também retrocessos, permanecendo desafios de diversas naturezas em relação ao combate à tuberculose e outras doenças negligenciadas, que vão desde os mais estruturais, como as más condições de vida de imensas populações e a histórica destinação insuficiente de recursos; a persistência de questões relativamente mais recentes como a associação com HIV; e a preocupante disseminação do aumento de casos de TBMDR.

IV.2 - Políticas e programas nacionais – a Tuberculose e os dispositivos de controle no arranjo federativo brasileiro

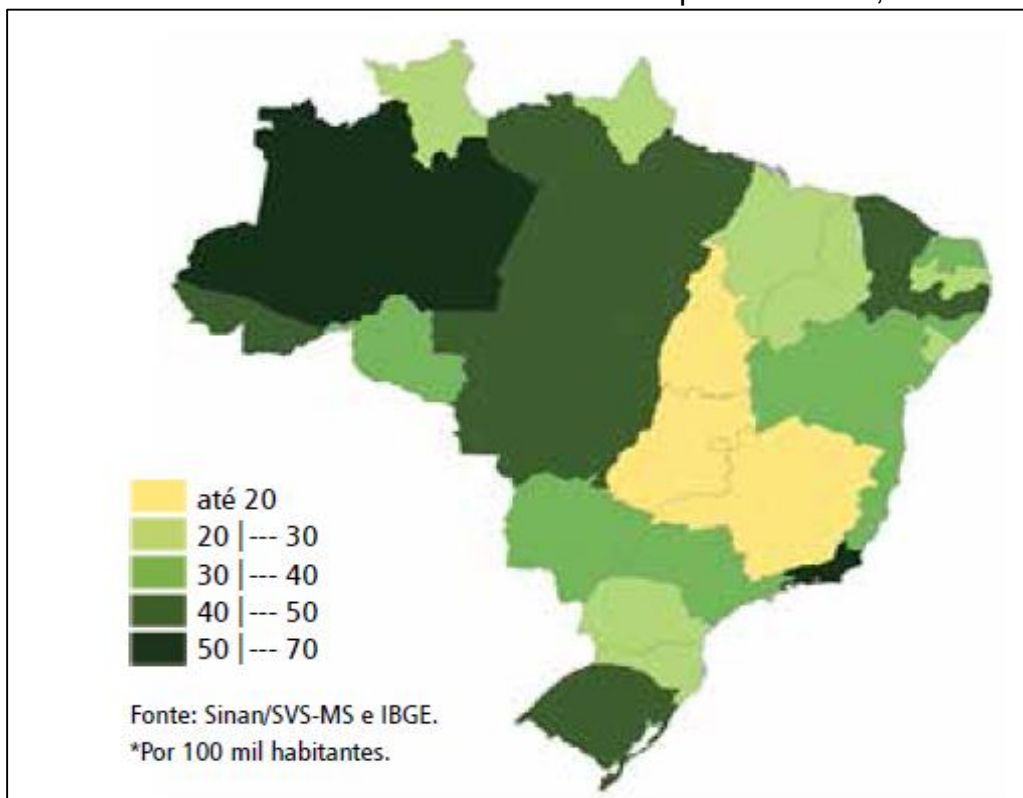
A tuberculose é um grave e persistente problema de saúde pública no Brasil. O país ocupa hoje a 18ª posição entre os 22 países que possuem as maiores taxas de incidência, prevalência e mortes por tuberculose no mundo. Estes representam no conjunto 80% do número de casos de tuberculose no mundo. Em que pese a indiscutível relevância dos 73 mil casos de tuberculose no Brasil em valores

absolutos, em relação às estatísticas globais representa menos de 1% dos casos da doença no mundo. O financiamento das ações do programa tem por fonte majoritária o orçamento do governo (90%), o que equipara o país no atual padrão de investimento em saúde dos BRICS - bloco de países de economia emergente composto por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul (WHO, 2015b).

Embora os últimos dez anos tenham testemunhado uma significativa queda da doença no país, com redução no período de 1990 a 2011 da taxa de incidência de 51,8 para 36,7 por 100 mil habitantes, e a de mortalidade de 5,0 para 2,5 por 100 mil habitantes, a proporção de casos curados mantém-se constante ao longo do período, estacionado no patamar de 73% (Brasil, 2015)⁸⁶. Abaixo vê-se a distribuição da incidência da tuberculose em todos os 26 estados brasileiros e no distrito federal; a série histórica de 2003 a 2012, que registra a queda da incidência, segundo formas da doença; e a evolução da mortalidade no mesmo período.

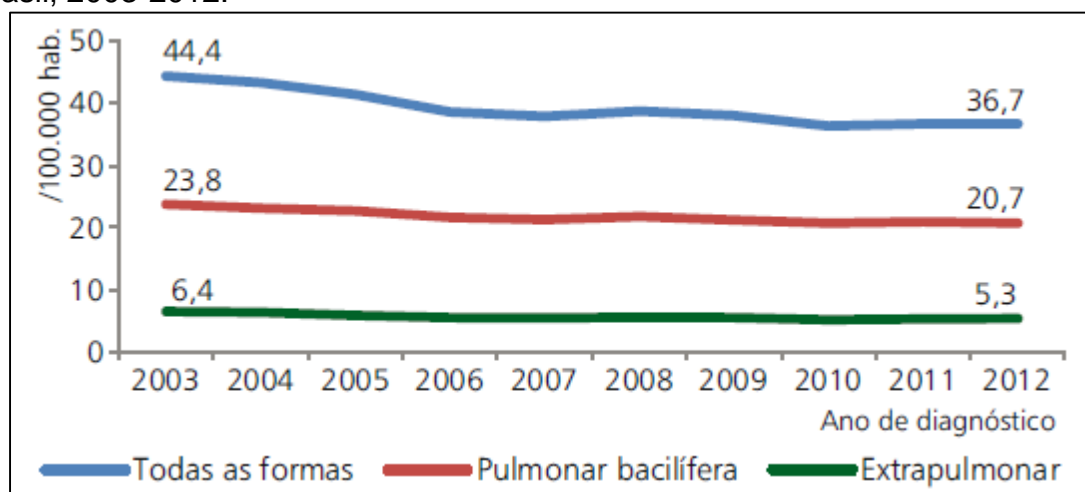
⁸⁶ No Relatório de Avaliação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) 2015, o Ministério da Saúde assim justifica a persistência desse patamar de casos de cura: “Muitas são as hipóteses para justificar esse comportamento, como o aumento da coinfeccção TB/HIV, a detecção de casos em populações vulneráveis - população privada de liberdade, pessoas vivendo em situação de rua e indígenas” (Brasil, 2015a:8).

Figura 8 – Coeficiente de incidência de tuberculose por UF. Brasil, 2012.



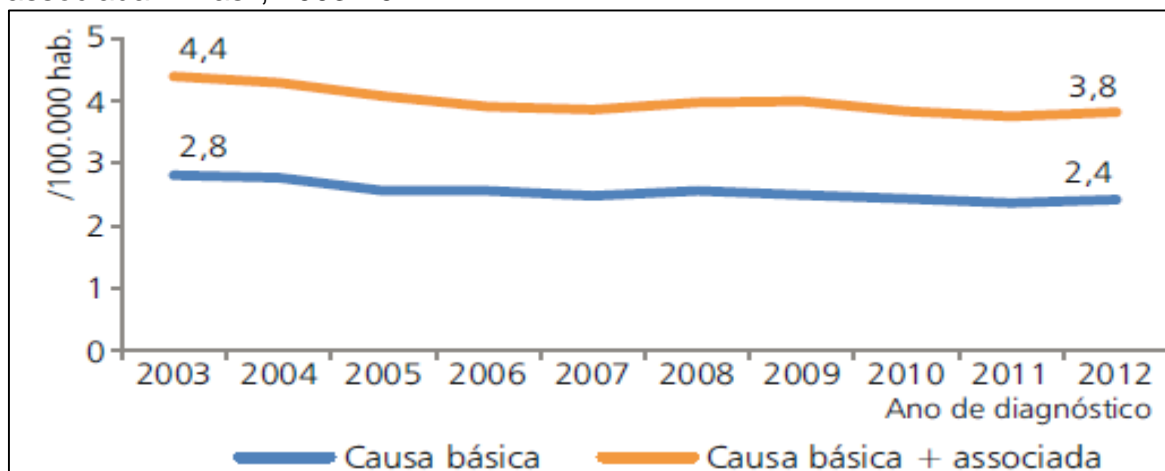
Fonte: Panorama da tuberculose no Brasil - Indicadores epidemiológicos e operacionais. (Brasil, 2014a)

Gráfico 2 – Coeficiente de incidência de tuberculose segundo formas da doença. Brasil, 2003-2012.



Fonte: Panorama da tuberculose no Brasil - Indicadores epidemiológicos e operacionais (Brasil, 2014a) * Por 100 mil habitantes

Gráfico 3 - Coeficiente de mortalidade por tuberculose como causa básica e causa associada*. Brasil, 2003-2012



Fonte: Panorama da tuberculose no Brasil - Indicadores epidemiológicos e operacionais (Brasil, 2014a)* Por 100 mil habitantes

Assim como nas Américas em seu conjunto, o Brasil também alcançou a meta do Objetivo do Milênio de Combate à Tuberculose. Em avaliações recentes alguns elementos são destacados, tais como: a descentralização das ações diagnósticas e terapêuticas para a responsabilidade da Atenção Primária em Saúde; a provisão continuada de medicamentos; o fortalecimento de ações preventivas, com destaque para a busca ativa de sintomáticos respiratórios, o controle de contatos e a quimioprofilaxia; assim como ações de incorporação tecnológica, como a implantação da Rede de Teste Rápido para Tuberculose em 2014, que realiza o teste rápido molecular para TBMDR, capaz de identificar a resistência à rifampicina em até duas horas; e a organização de rede assistencial de nível secundário para os casos de TBMDR (Brasil, 2015b; e WHO, 2015b).

Os avanços atuais vêm sendo obtidos por meio de ações concertadas entre os governos das três instâncias de gestão da saúde – federal, estadual e municipal, contando com a participação de ONGs e movimentos sociais organizados e agências multilaterais de cooperação, numa organização em rede (Brasil, 2014a e Brasil, 2015a). Por ser um país federativo, as instâncias de governo no Brasil possuem responsabilidades, atribuições e graus de autonomia que conferem papéis diferenciados, porém complementares no sistema de saúde. A conformação

das responsabilidades de governos é fruto de pactuações ocorridas em diversas arenas e fóruns decisórios interfederativos (Viana e Lima, 2011).

As ações relativas à tuberculose são ordenadas através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), cujas diretrizes clínicas e gerenciais constam do documento “Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil” (Brasil, 2011a). As ações são realizadas de maneira descentralizada nos níveis estaduais e municipais, com responsabilidades específicas para cada esfera de gestão. Desde 2003 a tuberculose está no rol das doenças prioritárias do governo federal, estando incluída em diversos instrumentos de pactuação interfederativa - o Pacto pela Vida, nas Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) e na Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Atenção Básica (Brasil, 2015a).

O PNCT possui sete componentes organizacionais: planejamento e orçamento; informação estratégica; comunicação e mobilização social; pesquisa; desenvolvimento humano e institucional; e atenção à saúde. A instância federal tem por responsabilidade a coordenação nacional do programa e a formulação as políticas nacionais. Suas atribuições são: estabelecer normas técnicas e operacionais; fornecer subsídios técnicos para os programas das esferas estadual e municipal; promover o abastecimento de medicamentos; estabelecer estratégias para a descentralização das ações para Atenção Básica; apoiar o sistema de laboratórios; promover campanhas publicitárias de promoção à saúde para a sociedade; coordenar o sistema de monitoramento e avaliação, com análise do alcance de metas; fortalecer o controle social; e estabelecer prioridades e financiamento de pesquisas (Brasil, 2015a).

As ações do PNCT que cabem aos estados são assim previstas: gerenciamento da execução das medidas de monitoramento e avaliação; capacitação de recursos humanos; ofertar complementarmente serviços de referência secundária e terciária para o diagnóstico e tratamento; gerenciar o armazenamento, controle e distribuição de medicamentos e outros insumos. Os municípios são diretamente responsáveis pela atenção da população alvo, prioritariamente por meio das ações da Atenção Básica relativas a promoção, prevenção, detecção diagnóstica e tratamento. Devem executar ações como:

busca ativa de sintomáticos respiratórios, investigação e controle dos contatos de pacientes bacilíferos na comunidade; realização de exames diagnósticos; execução do tratamento diretamente observado (TDO), ações de atenção secundária e terciária, de acordo com sua capacidade instalada e operacional; ações de vigilância epidemiológica e articulação política com os segmentos organizados da comunidade (op. cit., 2015b).

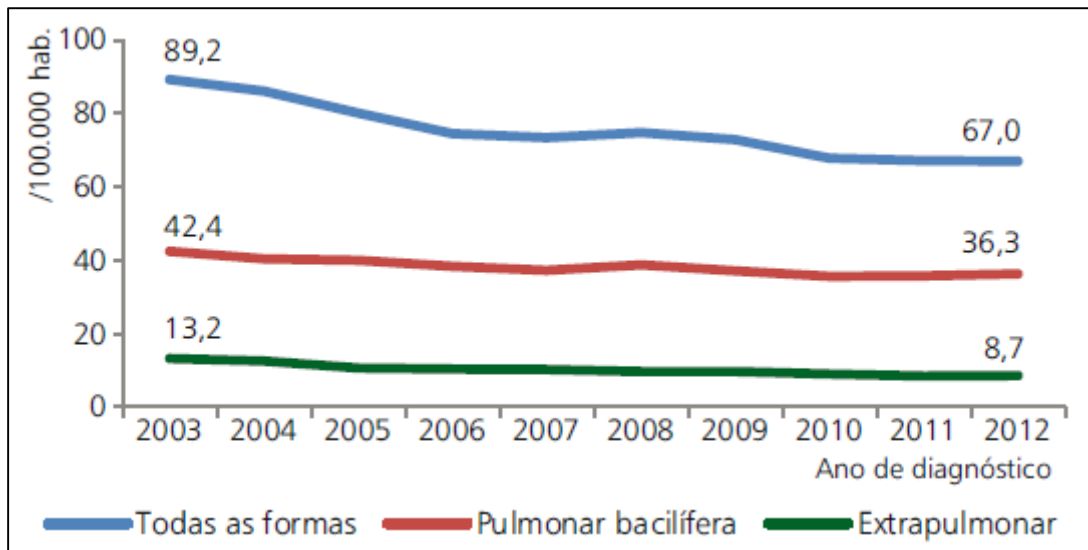
No estado do Rio de Janeiro o Programa de Controle da Tuberculose, está instituído no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, mais especificamente na Coordenação Estadual do Programa, vinculada à Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental, da Subsecretaria de Vigilância em Saúde.

IV.3 - A tuberculose no Rio de Janeiro

A tuberculose no Brasil manifesta-se de forma endêmica, entretanto, a distribuição de casos no país não é homogênea. Alguns estados concentram taxas mais elevadas de incidência, como o Amazonas e o Rio de Janeiro, conforme pode ser visto acima na Figura 9 (Brasil, 2014a). Entretanto, há uma tendência de queda que vem se mantendo no período de 2003 a 2012 (Gráfico 4).

Foram registrados 10.871 casos novos da doença no estado do Rio de Janeiro, com uma taxa de incidência de 67/100 mil habitantes relativa a todas as formas da doença. Os casos da forma pulmonar corresponderam a taxa de 36,3/100 mil habitantes, destes, 72,5% finalizaram tratamento por cura e 11,5% abandonaram. O número de óbitos foi de 806 pessoas, perfazendo uma taxa de mortalidade por causa básica de tuberculose de 5/100 mil habitantes (Brasil, 2014a).

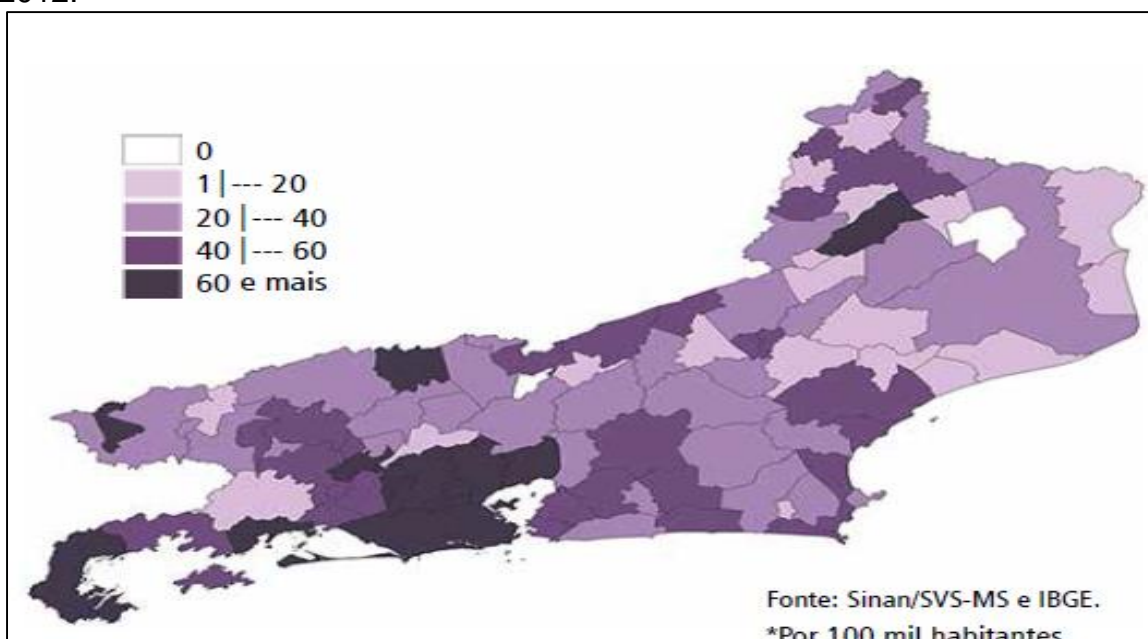
Gráfico 4 - Coeficiente de incidência de tuberculose. Rio de Janeiro, 2003-2012.



Fonte: Panorama da tuberculose no Brasil - Indicadores epidemiológicos e operacionais. Ministério da Saúde. (Brasil, 2014a)

No estado a distribuição da doença é bastante heterogênea (Figura 9), resultando na priorização de 21 municípios por parte do PNCT, em face às elevadas taxas da doença em lugares como a Região Metropolitana do município do Rio de Janeiro (Brasil, 2014a).

Figura 9 - Coeficiente de incidência de tuberculose. Estado do Rio de Janeiro, 2012.



Fonte: Panorama da tuberculose no Brasil - Indicadores epidemiológicos e operacionais. (Brasil, 2014a)

Gestores do programa da tuberculose entrevistados apontam questões vinculadas às desigualdades e também problemas da gestão da saúde que colaboram para esse panorama.

As questões sociais, aliadas a negligência dos gestores de saúde por tanto tempo, são fatores que podem explicar os índices de tuberculose no estado do Rio de Janeiro. Ainda que a tuberculose extrapole os limites da saúde, não se pode prescindir de ações mais eficazes nesse sentido (Entrevistado 4, 2013)

Recente série histórica dos principais indicadores da doença revela a situação endêmica da cidade do Rio de Janeiro, que possui a maior densidade populacional do estado⁸⁷, bem como elevado grau de desigualdades socioeconômicas, retratadas em fenômenos como as maiores concentrações de favelas do país. A taxa de incidência de tuberculose em 2014 no estado foi de 67/100 mil habitantes e no município do Rio de Janeiro 83,85/100 mil habitantes (Tabela 1).

Tabela 1 – Indicadores de tuberculose. Município do Rio de Janeiro, 2010-2014.

| TUBERCULOSE | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| Taxa de incidência de Tuberculose todas as formas (por 100.000 hab.) | 94,6 | 89,47 | 93,67 | 87,99 | 83,85 |
| Taxa de mortalidade por Tuberculose todas as formas (por 100.000 hab.) | 5,88 | 6,83 | 6,07 | 5,66 | 6,48 |
| Taxa de incidência Tuberculose Bacilífera (por 100 mil hab.) | 5,88 | 6,83 | 6,07 | 5,66 | 6,48 |
| Percentual de Casos de Bacilíferos Curados | 62,17 | 66,2 | 68,99 | 68,55 | 69,2 |

Fonte: SINAN/SIM/IBGE

Estudos que analisam a distribuição espacial da tuberculose na cidade do Rio de Janeiro reforçam a já intensamente abordada noção da determinação social da doença (Magalhaes, 2014; Pereira, 2015; Brás, 2014; e Vincentin, 2002). O mérito destes estudos, apara além de reforçar a discussão de determinação social, servem para fornecer os contornos que esta assume, num registro das

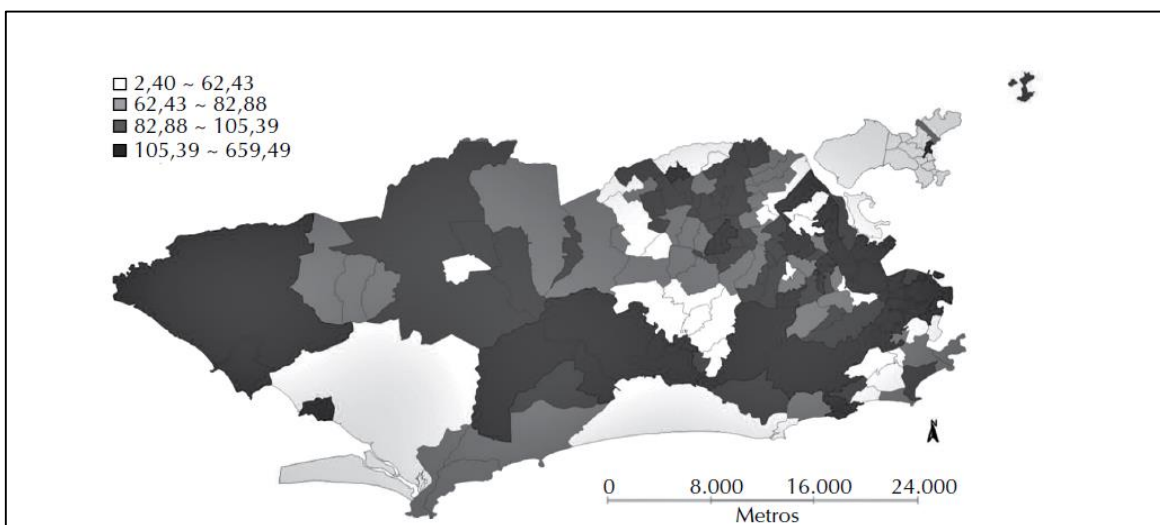
⁸⁷ A proporção da população urbana no Rio de Janeiro é de mais de 96 %, e a densidade demográfica é de 368 habitantes/km², sendo que no geral (Brasil) é de 22,4/km² (SES/RJ, 2014)

desigualdades que dimensiona, nomina e delimita territórios e pessoas. Uma análise do padrão espacial da tuberculose, feita através da identificação de variáveis socioeconômicas através do georreferenciamento dos casos de tuberculose, aponta para a relação da doença com algumas variáveis estudadas, tais como o nível de renda e o analfabetismo (Magalhães, 2014).

Pereira et. al. (2015), observaram um elevado risco de adoecimento em determinadas áreas da cidade, como a zona portuária e zona norte, ambas áreas com grandes concentrações de população de baixa renda, assim como alguns bairros como Bonsucesso (647,7/100 mil hab.), Jacaré (460,0 /100 mil hab.), Rocinha (447,3 casos/100 mil hab.), Santo Cristo (436,7 casos/100 mil hab.) e o bairro da Saúde (869,2 casos/100 mil habitantes).

O estudo identificou essas áreas como sendo de 'sobrerrisco' de incidência da tuberculose, apontando a questão espacial e sua relação com variáveis socioeconômicas. Além da variável renda, os autores apontaram a correlação com as condições de moradia (tendo como variável a alta densidade domiciliar, calculada pelo número de pessoas e o número de cômodos do domicílio). A figura abaixo mostra a alocação geográfica desigual da incidência da tuberculose na cidade do Rio de Janeiro.

Figura 10 - Distribuição espacial da taxa de incidência de tuberculose*. Rio de Janeiro, RJ, 2004 a 2006.



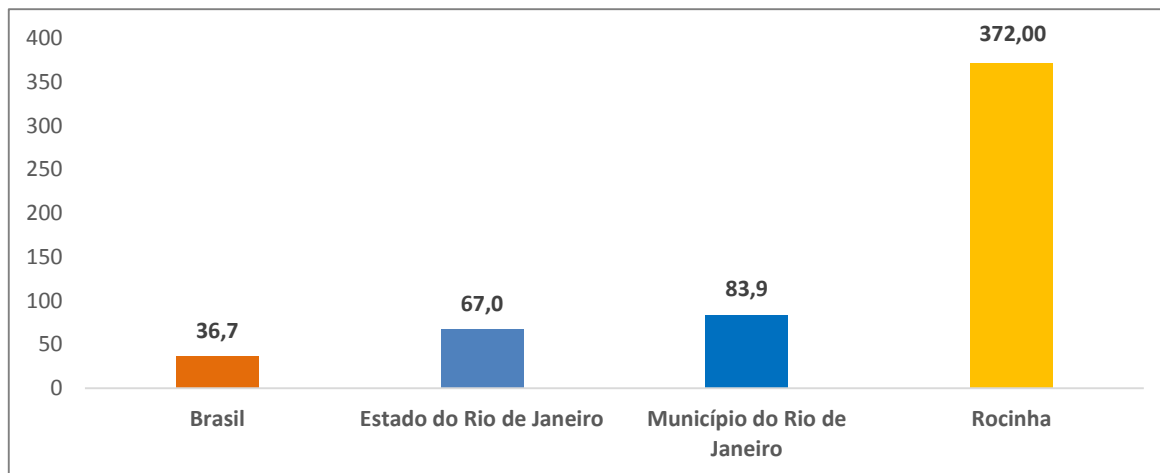
Fonte: Pereira et. al., 2015. (* Por 100 mil habitantes)

O comportamento da tuberculose espelha a cartografia da desigualdade na cidade do Rio de Janeiro. A incidência da doença, quando relacionada a outras variáveis, revela as imensas variações na sua distribuição em termos sociais, econômicos e territoriais. Na imagem acima pode-se ver a elevada taxa de incidência em áreas mais densamente povoadas pela população de baixa renda, sendo muitas delas relativas as favelas da cidade, como a Cidade de Deus, na Zona Oeste (área escura à esquerda), em contraste com áreas de baixa incidência.

Quanto menos geral e mais refinadas são as informações, mais explícitas ficam as diferenças, e no caso do Rio de Janeiro os estudos ecológicos são fundamentais, na medida em que áreas de favelas estão localizadas em praticamente todos os bairros da cidade, como será debatido posteriormente. No gráfico abaixo vemos que a incidência da tuberculose na Rocinha é 10 vezes maior em relação à média nacional; 5,5 vezes maior que a média do estado e 4,5 vezes maior que a do município. A posição da coordenação estadual do programa corrobora com essa análise:

Faltam estratégias específicas para populações mais afetadas, onde a incidência é 38 vezes acima da população geral, ou seja, extremamente alta. A OMS considera que a incidência razoável é de 5/100 mil. Se o desejável é esse, e no Rio de Janeiro que tem o dobro da média nacional e em territórios como a favela da Rocinha, Complexo do Alemão, Cidade de Deus, Mangueiras, tem uma incidência de 300/100 mil, então em termos de tuberculose, tem-se índices da África no Brasil. Nessas regiões há bolsões onde grassam a tuberculose. Nesses territórios e populações, recorrendo a um termo utilizado pela USAIDS, [há] o conceito de epidemia concentrada. Os dados gerais do Brasil mostram um decréscimo continuado, mas tem-se territórios e grupos onde a incidência, a prevalência e os óbitos configuram situações de extrema concentração. São epidemias concentradas de tuberculose. (Entrevistado 13, 2014)

Gráfico 5 - Taxa de Incidência de Tuberculose* - Brasil, Estado e Município do Rio de Janeiro e Rocinha, 2014.



Fonte: Elaboração própria da autora a partir dos dados do MS, SES/RJ e SMS Rio.
*Por 100 mil habitantes

O conceito de pensamento abissal (Santos, 2010) auxilia no entendimento dessa cartografia da tuberculose, em que a cidade é dividida em zonas, comportando e delimitando parte destas como 'zonas de exclusão'. A noção de 'exclusão' se justifica na medida em que correspondem a áreas que não se beneficiam das ações, estruturas e instituições que o Estado e o mercado, sinergicamente, concentram em outras zonas, as 'zonas de inclusão'. Associa-se a essa análise o papel desempenhado pela concepção ampliada de racismo na ordenação biopolítica sobre territórios e populações, a partir da noção proposta por Foucault (2010), que discrimina dispositivos biopolíticos de acordo com algumas demarcações como a de classe e raça. É apenas sob ponto de vista de uma biopolítica que diferencia populações, que é admissível pensar a incidência da tuberculose diferenciada para os pobres. A ideia de inadmissibilidade não está posta tanto em relação a tuberculose, como em relação às condições dos territórios em que vivem - acesso ao saneamento, condições de moradia, alimentação, transporte, etc. Ao contrário, vem sendo historicamente construída e narrada numa dada admissibilidade.

IV.4 – Notas sobre o *DOTS* no Brasil

Dada as especificidades do Brasil e os desafios por estas impostas – grande dimensão territorial; organização político administrativa de caráter federativo, com responsabilidades e autonomias nas três esferas de governo; desigualdades sociais; assimetrias nas capacidades gestoras em saúde dos diversos entes federativos; diferentes análises de prioridades e disponibilidade de recursos; entre muitos outros fatores, impactam em heterogeneidades na implantação de políticas públicas de caráter nacional. A implantação do *DOTS* não é exceção.

A estratégia foi oficialmente proposta em 1998, quando de sua inclusão no Plano Nacional de Controle da Tuberculose, formulado em face da conjuntura marcada pela baixa capacidade detecção dos casos, alta incidência de sintomáticos respiratórios que iam espontaneamente aos serviços de saúde, altas taxas de abandono do tratamento e baixo percentual de casos curados.

Segundo Ruffino-Neto e Scatena Villa (2006) o comportamento negativo dos indicadores de tuberculose no país deveu-se a retirada da tuberculose da agenda de prioridades da saúde ao longo dos anos 90. O panorama foi assim resumido pelos autores:

Devido à falta de compromisso e financiamento pelo governo no controle da TB, ocorreu uma desestruturação do PNCT em âmbito federal [com] enfraquecimento das coordenações estaduais, diminuição das supervisões do Programa; descontinuidade da produção de drogas e compra de drogas no mercado internacional. Durante esse período, as medicações antituberculosas não estavam disponíveis em todo o país e a estrutura das equipes de saúde que trabalhavam na comunidade foram desestruturadas (op. cit.,34).

Essa análise é corroborada pelas análises do médico, pesquisador, ex-dirigente de centro de referência de tuberculose no Rio de Janeiro e atual secretário-executivo do Fio-Tb⁸⁸:

O Collor extinguiu a campanha da tuberculose, bem na época em que estava aumentando os casos de tuberculose por conta da AIDS.

⁸⁸ Programa Integrado de Pesquisa, Ensino e Desenvolvimento Tecnológico em Tuberculose e Outras Micobacterioses, no âmbito da Fiocruz, que tem por objetivo construir uma rede de iniciativas de pesquisa, ensino, assistência, desenvolvimento e inovação, para o combate à doença.

Ele extinguiu a Divisão de Pneumologia Sanitária do Ministério da Saúde.”⁸⁹ (Entrevistado 9, 2014).

Ruffino-Neto (2001) identifica ciclos de implantação do *DOTS* no Brasil, sendo o primeiro deles marcado pela indução federal inscrita nas diretrizes do Plano de Controle da Tuberculose: extensão da cobertura; diagnóstico através de baciloscopia para todos o sintomáticos respiratórios; medicamentos disponíveis para todos os casos diagnosticados; tratamento supervisionado nos moldes propostos pela OMS; e uma inovação na indução da política com vistas a conseguir a adesão dos gestores municipais - a vinculação do repasse de novos recursos para os municípios⁹⁰. Nesse primeiro ciclo do *DOTS* a taxa de abandono diminuiu de 14% para 12 % no período de 1998-2004. Porém, destaca problemas de diversas naturezas nesse primeiro ciclo, nomeadamente o caráter pontual e individual da estratégia, com baixo enfoque na amplitude das dimensões e estratégias que compõem o sistema de saúde, como a descentralização para a APS.

Um segundo ciclo é marcado por inflexões na política de indução. Os convênios pontuais entre gestores foram extintos, passando a entrar em vigor uma lógica de atenção mais sistêmica, com base na descentralização e fortalecimento da rede de serviços de saúde. Entretanto, o foco na descentralização revelou as assimetrias na capacidade de gestão municipal, causando diferenciações regionais e territoriais quanto ao grau de implementação da política, com variações não apenas entre as grandes regiões do país, mas também no interior dos estados e municípios, impactando num desnivelamento de cobertura e de resultados no controle da tuberculose entre populações (Ruffino-Neto, 2001).

Nos anos 2000 tem início um novo ciclo, marcado pela inserção do PNCT na política de atenção primária em saúde. A coordenação do programa passa a ser de

⁸⁹ Fernando Collor de Mello foi Presidente da República no período de 1990 a 1992. Na época as ações de controle de endemias de envergadura nacional e coordenação federal recebiam a denominação de ‘Campanhas’.

⁹⁰ Repasse financeiro realizado através de bônus, assim definidos: para cada caso de tuberculose diagnosticado, tratado e curado era repassado ao município um valor financeiro de cem reais ou de cento e cinquenta reais caso o tratamento tivesse sido feita através da dose diretamente supervisionado (Ruffino-Neto, 2001).

responsabilidade do Departamento de Atenção Básica, área técnica do Ministério da Saúde recém empoderada, em face da priorização da atenção primária em saúde no país. O objetivo foi a vinculação das ações do programa no âmbito da estratégia de Saúde da Família, beneficiando-se assim dos dispositivos desse modelo de atenção, conforme será visto na próxima seção. Na ocasião houve um movimento de repactuação de responsabilidades e metas de gestão da APS entre as três esferas de governo – o Pacto dos Indicadores de Atenção Básica, estando o indicador ‘proporção de abandono do tratamento de tuberculose’ incluído no rol de prioridades. O PNCT estabeleceu parcerias envolvendo ONGs; Universidades; sociedades médicas nacionais; agências internacionais tais como: *STOP TB*; União Internacional Contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias e Americana para o Desenvolvimento Internacional (*USAID*) (Ruffino-Neto e Scatena Villa, 2006).

Os autores identificam que, a despeito dos esforços, permanecem lacunas importantes para a efetivação do controle da tuberculose, dentre estas a baixa efetividade dos serviços de saúde no rol de ações do programa - prevenção, diagnóstico e tratamento. Atores da gestão da política identificam que parte da baixa efetividade do serviço, que resulta em altas taxas de abandono, está localizada na má formação e baixa remuneração dos profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde são mal remunerados, geralmente trabalham em locais que não desejam e não acolhem os pacientes. Tem-se uma taxa de abandono muito alta. Os pacientes têm pouca motivação a ir aos serviços de saúde, indo apenas quando não há mais opções, quando está bem mal. Uma vez que melhora ele não volta. Aí a culpa é dele, que tem tudo de graça, mas não volta. O tratamento supervisionado é adequado, só que tem um viés, que é um melhor acolhimento ao paciente. (Entrevistado 7, 2013)

A mais recente virada na estratégia de controle da tuberculose não apenas mantém como fortalece a estratégia *DOTS*, com alinhamento na política global através do ‘Plano Nacional pelo o Fim da Tuberculose’. O fortalecimento do programa, com políticas de apoio e qualificação das principais diretrizes – controle e busca de sintomáticos respiratórios; diagnóstico e tratamento supervisionado disponíveis para todos, ações diagnósticas e de tratamento específicas voltadas

para a TBMDR e coinfeção com HIV, e sua forte vinculação a atenção primária beneficiando-se da ampliação de cobertura da estratégia saúde da família ocorrida na última década, vêm impactando na queda dos indicadores (Brasil, 2015 e 2016).

Contudo, como já discutido anteriormente, há variações importantes a nível regional, em face da permanência das desigualdades sociais. Algumas políticas recentes têm investido na reversão no quadro da oferta desigual de serviços de saúde, através de estratégias como a provisão, manutenção e qualificação do profissional médico no âmbito da atenção primária em saúde, com vistas a reduzir as disparidades regionais e alocar médicos em áreas de vazio assistencial.⁹¹

O *DOTS* é fundamental para a reversão do quadro epidemiológico da tuberculose no país, mas desde que vinculado e atuando por dentro da estratégia da atenção primária em saúde, subordinado a essa forma do cuidado. Caso contrário significa apenas a medicalização de doenças e não atenção à saúde. (Entrevistado 8, 2014)

IV.5 - Elementos precursores e prioridades do *DOTS* na cidade do Rio de Janeiro

No município do Rio de Janeiro o *DOTS* foi implantado no ano de 1999, justificado pelos elevados índices da doença na cidade. Foi efetivado através de um alinhamento técnico político ocorrido entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério da Saúde. Em estudo dedicado a análise da implantação do *DOTS* no Brasil, Geraldine Santos *et. al.* (2006) apontam que as noções de território e de implantação gradual orientaram a definição das áreas prioritárias para as ações do programa na cidade do Rio de Janeiro. A estratégia tem início na região do centro da cidade, especialmente a zona portuária, dado ao alto índice da doença. Em seguida é implantado na zona oeste, em virtude do vazio assistencial e da alta densidade demográfica em algumas áreas específicas. Numa terceira etapa, em função do compromisso e iniciativa dos profissionais da gestão local da saúde, o

⁹¹ Os dois programas mais recentes são o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e o 'Mais Médicos', ambos visando a alocação de médicos em áreas de baixa oferta, sendo que o segundo programa visou o recrutamento e inclusão de médicos estrangeiros (Santos, Costa & Girardi, 2015)

DOTS é implantado na Cidade de Deus - um bairro populoso, de baixa renda e com significativa taxa da doença.

Os autores ressaltam que, em que pese terem sido alcançados resultados positivos, como o aumento na taxa de cura, a falta de sustentabilidade da estratégia adotada na ocasião foi problemática. O modelo implantado foi da supervisão institucional, que contava com a ida do paciente ao serviço de saúde para receber a medicação. No intuito de apoiar o deslocamento dos pacientes, foram previstos incentivos adicionais, como a distribuição de *vouchers* que davam acesso a alimentação e transporte público, aumentando os custos do programa.

Em seguida foi adotado um segundo modelo: a dose supervisionada no domicílio. É iniciado numa das regiões que melhor exemplificam as contradições próprias da cidade: a Zona Sul – composta por bairros de classes média e alta, e ao mesmo, por inúmeras áreas de favelas, sendo uma delas a mais populosa da cidade e onde foi adotada a nova estratégia: a Rocinha. Essa mudança na estratégia *DOTS*, ocorrida em 2002, inaugura o papel de um novo ator da saúde no cenário do controle da tuberculose: o Agente Comunitário de Saúde (ACS)⁹². Foram alocados 40 ACS, recrutados por meio de processo seletivo na própria região. Esses profissionais realizavam a supervisão do tratamento direto no domicílio dos pacientes. Essa experiência, conhecida como o ‘PACS Rocinha’⁹³, dedicado exclusivamente na estratégia *DOTS* do controle da tuberculose, foi considerada como exitosa, e ao superar a taxa de 85% de cura na área, serviu de parâmetro a ser adotado para o restante da cidade, em especial para as áreas endêmicas, pobres e de alto índice de violência urbana (Gerald Santos *et. al.*, 2006).

[...] é possível vislumbrar fatores facilitadores no processo de implantação da estratégia *DOTS*, tais como: a contratação de ACS em áreas específicas para as ações da TB; a disponibilidade de incentivos e facilitadores; a capacidade de elaboração de projetos que facilitem a obtenção de recursos; a apropriação da situação da TB e do território; e o *feedback* das

⁹² O perfil desse profissional será trabalho posteriormente, quando da discussão dos profissionais das equipes da ESF e do Cnar.

⁹³ Quando da pesquisa de campo na Rocinha, realizada no âmbito do presente estudo, a equipe da Estratégia Saúde da Família que acompanhei contava com uma ACS oriunda dessa experiência, ocorrida no início dos anos 2000. Por diversas ocasiões ela traz sua percepção acerca desse período, registrada no Capítulo V.

informações para a ponta — chave para melhorar a qualidade dos registros e motivar o envolvimento em âmbito local. (Op. cit.,:189)

A recente expansão de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), aliada a experiência do PACS Rocinha, ampliou exponencialmente o *DOTS* no município do Rio de Janeiro na última década. Atualmente todas as equipes de Saúde da família realizam as ações do programa de controle da tuberculose, incluindo o diagnóstico e o tratamento diretamente observado. A associação entre ESF e *DOTS* é identificada com fator relevante para a redução no coeficiente de incidência da tuberculose em todo o país (Brasil, 2016).

Essa noção é corroborada pelas análises do secretário municipal de saúde e do coordenador do programa de controle da tuberculose do município do Rio de Janeiro, que apontam alguns elementos da descentralização do tratamento para todas as equipes da ESF, como o acompanhamento da dose supervisionada, realizado pelo agente comunitário de saúde, a descentralização dos exames e a política de incentivo financeiro recentemente instituída, assim descrita:

Considero como uma importante estratégia o pagamento por performance para o tratamento da tuberculose e da hanseníase. Os profissionais que alcançam a cura do seu paciente, que completam o tratamento, tendo realizado: visitas domiciliares, consultas médicas, exames registrados no prontuário eletrônico, recebem uma bonificação a cada três meses nos seus salários. Isso é um estímulo ao profissional para completar o tratamento. E de outra forma, quando há algum caso de abandono, eles recebem uma notificação, que tem que ser respondida justificando o porquê do abandono e as iniciativas de reversão/resgate do paciente. (Entrevistado 8, 2014)

Por outro lado, há ponderações que deslocam o foco de mecanismos mais gerenciais, como o acima descrito, para outros elementos, como a longitudinalidade do cuidado, apontando ser esta fundamental para o estabelecimento de uma relação mais próxima entre médico e paciente. Uma aproximação que propicie o surgimento de ações para além da saúde, porém, percebidas nas relações estabelecidas no âmbito da APS, como a exemplificada a seguir no município do Rio de Janeiro:

Alguns profissionais de saúde de uma unidade básica perceberam que vários pacientes tinham dificuldades em entender as

prescrições. Inicialmente localizaram o problema na má qualidade da letra dos médicos, para depois chegar à conclusão que havia uma outra face do problema – pacientes que não sabiam ler. Foi proposto um ‘grupo de apoio a leitura’ que na verdade era mesmo de alfabetização de adultos, e que contou com a adesão de muitos pacientes (Entrevistado 13, 2014)

Contudo, os gestores estaduais do programa da tuberculose entrevistados (da Subsecretaria de Vigilância em Saúde, da Superintendência de Vigilância Epidemiológica e da Coordenação do Programa de Tuberculose), apontaram que a descentralização para a atenção primária, ainda que considerem como o mais recomendado, apresenta problemas relativos às desigualdades e às diferentes capacidades das equipes dos municípios em assumir a totalidade das ações previstas. Por outro lado, ainda que sigam operando com as diretrizes nacionais, fazem algumas ponderações no sentido de responder às especificidades dos territórios.

A descentralização do diagnóstico e tratamento é uma das principais diretrizes, mas que não é tão fácil de colocar em prática no estado do Rio de Janeiro, por conta das grandes desigualdades nos municípios. Essa é uma diretriz nacional. Em termos de protocolos, na verdade o estado não constrói protocolos, a gente pode até participar, em menor ou maior grau, dessa construção, mas o protocolo é geralmente nacional. Entretanto, a tuberculose foi colocada como prioridade de governo aqui no estado. O cenário é muito preocupante, que está relacionado à configuração urbana, de ocupação do espaço urbano do estado. Temos grandes bolsões de tuberculose, relacionado as comunidades mais pobres, grande densidade populacional, habitação inadequada, taxa de prevalência de HIV muito elevada, uma das maiores do país. Então recentemente foi feita uma grande repactuação com os municípios, definindo claramente quais as prioridades e atribuições das secretarias estadual e municipais de saúde para a linha de cuidado da tuberculose. As diretrizes nacionais são diretrizes de país continental, ou seja, são muito amplas. O que fizemos foi, a partir da realidade do estado do Rio de Janeiro, e considerando as diretrizes nacionais, o que poderia ser definido de mais específico, principalmente em termos de atribuições dos diferentes gestores. (Entrevistado 4, 2013)

A despeito dos avanços das últimas décadas no manejo e controle da tuberculose, o país permanece no rol dos 22 países com as maiores taxas da

doença no mundo. Esse é um debate frequente em diversas arenas - políticas, acadêmicas, assistenciais, dos movimentos sociais, entre outras, cujo enfoque recai significativa e recorrentemente na questão das desigualdades e da determinação social do processo saúde doença.

A situação do Brasil no contexto global é muito desconfortável, justamente porque o país tem tudo para não ter mais o quadro, mas que ainda tem da tuberculose: tem a expertise; tem o recurso [financeiro]; tem um programa nacional; tem as estratégias; tem um sistema nacional, universal e descentralizado [de saúde]; tem o movimento social; tem a academia envolvida, com pesquisadores e doutores reconhecidos internacionalmente, de altíssimo nível em termos de produção científica. Não somos como vários países da África, mas temos vários deles aqui, em termos de indicadores. O nosso problema é a determinação social da tuberculose. (Entrevistado 14, 2014)

O caso da cidade do Rio de Janeiro é exemplar no que tange a questão das desigualdades. A convivência de taxas díspares dos indicadores da doença, socialmente cartografadas, põem em questão a maneira 'naturalizante' das narrativas sobre as desigualdades, desafiando a conformação das políticas públicas, discutidas a seguir.

IV.6 - Dispositivos de organização da atenção em performances de tuberculosos - o enfoque na Atenção Primária em Saúde

Significativo rol de ações de saúde que constam do Programa Nacional de Controle da Tuberculose no Brasil, em especial a estratégia *DOTS*, são coordenadas e executadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), através de seu principal dispositivo assistencial: a Estratégia Saúde da Família (ESF) e, quando direcionada para a população em situação de rua, pelo dispositivo Consultório na Rua (Cnar). Suas ações ocorrem de maneira descentralizada nos serviços de saúde dos milhares de municípios brasileiros.

A organização de serviços locais de saúde em muitos países tem sido relacionada a fenômenos como a concentração de pessoas nas cidades e a pobreza. Ações médicas organizadas em bases populacionais, e em alguma medida com desenhos territoriais, nos moldes da medicina social em suas vertentes alemã, francesa e inglesa, constituem exemplos significativos, assim como a criação dos centros urbanos de saúde estadunidenses voltados aos mais pobres e de base comunitária. Trazem como elementos precursores as noções de controle e responsabilidade sanitária sobre delimitados espaços urbanos e populações (Foucault, 2011; e Rosen, 1979).

As décadas recentes têm sido palco de discussões conceituais e políticas em torno do tema, com a presença de contradições, disjunções, consensos, avanços e retrocessos em torno da disputa de modelos da atenção primária à saúde no país. Ainda que não constitua o foco central do presente estudo, considera-se relevante salientar alguns elementos histórico contextuais que informam períodos e desenhos assumidos pela política de APS no Brasil, no sentido de contribuir ao entendimento das práticas de saúde de base local. Após essa breve discussão, serão abordadas as recentes conformações assumidas pela atenção primária à saúde dos anos 1990 até o período atual, enfocando sua principal diretriz: a Política Nacional de Atenção Básica - suas versões e inflexões. Por fim dedica-se ao diálogo entre as diretrizes da política e as ações voltadas para a tuberculose no âmbito municipal, em especial no recorte territorial de base local, a saber: as áreas de saúde delimitadas e cobertas pelas equipes de saúde da família.

IV.6.1 - A atenção primária no cenário internacional

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada na cidade de Alma Ata no Cazaquistão, antiga república socialista soviética em 1978⁹⁴, liderada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), é consensualmente considerada como um dos

⁹⁴ A Conferência contou com a participação de 134 países, porém sem a representação brasileira, posteriormente, entretanto, tornou-se signatário da Declaração.

marcos na saúde pública a nível mundial, cuja compreensão ampliada de saúde recoloca o lugar dos problemas locais numa perspectiva global, vindo a influenciar a inclusão da atenção primária na agenda de países⁹⁵. Na ocasião aprofundaram-se as críticas sobre a forma de atuação da OMS e das agências internacionais, em face de abordagens verticalizadas dos problemas de saúde, em especial as que ordenavam programas de combate as doenças transmissíveis. As críticas residiam na seletividade, em termos populacionais; no rol de ações e serviços, estritamente biomédico, não levando em consideração a determinação social do processo saúde doença; a descontextualização da realidade histórica, social, territorial e econômica dos países, especialmente da África e das Américas. Estava em crítica o modelo altamente especializado e elitizado da medicina estadunidense, contrapondo-o com propostas de inclusão de conhecimentos e práticas locais e da democratização e deselitização da prática médica (Giovanella e Mendonça, 2008).

A agenda proposta na Declaração de Alma Ata (OMS, 1978) incluiu pautas que se mantêm atuais. Em termos esquemáticos, ordena-se essas pautas em sete dimensões: (i) da determinação social - ao levar em conta as condições econômicas, socioculturais e políticas dos países; (ii) da revisão das bases epistemológicas na produção de saberes e práticas de saúde – ao privilegiar a inclusão de “resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e da experiência em saúde pública”; (iii) do planejamento estratégico em saúde – ao priorizar os principais problemas de saúde de base local e privilegiar agravo prevalentes e ciclos de vida, tais como a atenção materno-infantil, imunização contra doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças endêmicas; (iv) da atenção integral – por meio da oferta de ações e serviços de

⁹⁵ Enfocar criteriosa e seriamente o tema da Atenção Primária em Saúde pressupõe abordagem de fôlego, a partir de referências e análises históricas, políticas e contextuais que ultrapassariam os limites e objetivos do presente estudo. Ainda que a maior parte desses elementos não estejam aqui contemplados, considero relevante citar apenas algumas referências necessárias ao aprofundamento da questão, dentre estas: a discussão internacional do campo da promoção em saúde, que tem por marco o documento *"A new perspective on the health of the Canadians"* de Marc Lalonde em 1974; da publicação de Ivan Illich, *"Nêmesis da Medicina: expropriação da saúde"*, de 1975; a experiência dos médicos de pés descalços na China; a *"Estratégia Saúde para Todos no Ano 2000"*, da OMS; e em 1986 a Primeira Conferência Internacional em Promoção de Saúde em Ottawa, enquanto desdobramento político com vistas ao alcance da meta da Saúde para Todos no ano 2000. Ressalta-se que o *"Programa Saúde Para Todos no Ano 2000"* sustentava a universalização da APS, a vinculação das políticas públicas de saúde com as políticas econômicas e sociais e a necessidade de determinação política dos estados nacionais na redução das desigualdades sociais. " (Castiel, 2012:67)

promoção, prevenção, cura e reabilitação; (v) da intersectorialidade – ao propor o envolvimento de outros setores estratégicos ao desenvolvimento local, tais como a agricultura, pecuária, alimentação, indústria, educação, habitação, geração de emprego, saneamento básico, entre outros; (vi) da participação social – quando promove a criação de fóruns de participação comunitária e individual no planejamento, organização, execução e controle da APS; (vii) da atuação profissional integrada e multiprofissional – ao ampliar o leque de trabalhadores em saúde, que para além de médicos e enfermeiros inclui parteiras, auxiliares, agentes comunitários e agentes tradicionais de saúde (OMS, 1978).

Ainda que no final dos anos 70 a OMS tenha liderado movimentos em torno de um consenso, a atenção primária em saúde segue sendo um conceito em disputa. A agenda proposta no cenário internacional da época informou reformas de sistemas e serviços de saúde em diversos países, fundado em pilares como a integração dos serviços locais num sistema nacional, a participação, a necessidade de ações intersectoriais e a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social (Conil, 2008). A partir de análises de diversas experiências a autora propõe o enquadramento do conteúdo e do movimento em torno da APS em dois polos: o tecnocrático e o participativo. O primeiro voltado para práticas racionalizadoras das ações de saúde – hierarquização, coordenação e integração do cuidado, e o segundo voltado para a dimensão participativa e democrática das práticas – ampliação do leque de profissões com compartilhamento de saberes, incluindo os agentes da comunidade, ampliação do acesso e estímulo a participação social⁹⁶.

Segundo Conil (2008), há a predominância de duas concepções de Atenção Primária à Saúde – uma cujo enfoque concentra-se em cuidados ambulatoriais como ‘porta de entrada’, e outra como política de reorganização do modelo assistencial, podendo assumir formas mais seletivas ou ampliadas, sob o ponto de vista da cobertura populacional e da oferta de ações.

Para Giovanella e Mendonça, ainda que não haja consenso em torno do uso do termo APS, propõem referi-la como “serviços de primeiro contato do paciente

⁹⁶ Ressalta-se importantes tencionamentos no período, no qual “surgiram propostas mostrando a necessidade de mudanças paradigmáticas com projetos estruturantes no campo da saúde e no campo dos serviços, alertando-se para a importância da subjetividade dos usuários e dos coletivos de trabalho, com uma crítica contundente à racionalidade tecnoburocrática.” (Conill, 2008:S11)

com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população”. (2008:576). As autoras identificam três linhas de APS: i) como programa focalizado e seletivo; ii) como um nível de atenção médico ambulatorial não especializado, podendo contemplar ações de saúde pública; e iii) como modelo assistencial e de organização do sistema de saúde.

O contexto marcado pela crise econômica mundial, a forte presença de governos liberais em diversos países e o movimento neoliberal do capitalismo globalizado, aliado às imensas desigualdades sociais e econômicas dos países tido como periféricos, puseram em questão algumas das teses de Alma-Ata. Os anos 90 viram vicejar políticas de APS seletivas, com protagonismo no cenário internacional de agências como Fundação Rockefeller, Unicef, a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento e o Banco Mundial. Este último, em seu documento “Relatório para o desenvolvimento mundial: Investindo em saúde” em 1993, propôs a oferta de saúde em ‘pacotes mínimos’ de ações, formuladas a partir de parâmetros de custo/benefício.

No contexto internacional de hegemonia neoliberal a estratégia de uma atenção primária integral passa a ser criticada, tida como irrealista⁹⁷. Passam a ganhar força e a disseminarem-se teses que defendiam uma medicina simplificada e focalizada para os pobres dos países considerados periféricos. É dessa matriz política que surge o principal ‘pacote mínimo: o *Gobi*, que em inglês resume os seguintes serviços: *growth monitoring* – monitoramento do crescimento infantil; *oral rehydration* - reidratação oral; *breast-feeding* – aleitamento materno; e *immunization* – imunização.

Ainda que essas orientações passassem a compor a agenda da saúde pública de inúmeros países com fortes desigualdades sociais, movimentos contra hegemônicos mantiveram aceso um debate internacional que enfatizava a concepção ampliada de saúde, na perspectiva da determinação social e do direito

⁹⁷ Castiel (2012), faz uma análise de Alma Ata problematizando que a permanência de profundas questões não resolvidas, e até mesmo agravadas com o aumento da pobreza e das iniquidades em face da globalização capitalista, e o deslizamento para o indivíduo das ações de promoção no viés do autocuidado em saúde, apontam para uma perspectiva utópica das propostas constantes do movimento iniciado à época.

e cidadania (Cueto, 2004; Pires-Alves et al., 2010; Castiel, 2012; Giovanella e Mendonça, 2008).

Importante inflexão no cenário internacional em relação ao papel da atenção primária nos sistemas de saúde está retratado no Relatório Mundial 2008 da Organização Mundial de Saúde – “Atenção Primária em Saúde - Agora Mais do Que Nunca”. A atenção primária passa a assumir a centralidade da agenda da organização, concebida por sua diretora geral, Dra. Margareth Chan, como uma “revisita a visão ambiciosa atenção primária em saúde como um conjunto de valores e princípios para orientar o desenvolvimento dos sistemas de saúde”. (OMS, 2008:viii). O documento propõe a realização de quatro reformas com vistas ao cumprimento dos valores e diretrizes de uma atenção primária abrangente: acesso universal da proteção social da saúde; prestação de serviços baseados em necessidades; políticas públicas voltadas para comunidades saudáveis; e reforma de liderança que requalifique o papel dos Estados num sentido mais participativo e adequado às complexidades dos sistemas de saúde. Essa inflexão ancora-se na experiência e esforços de países desiguais como o Brasil, citado no documento como um exemplo positivo, e repercute na retomada da concepção de atenção primária abrangente a nível internacional.

Discussões recentes apontam esforços em torno da constituição e entendimento da APS enquanto direito social e de enfrentamento da determinação social, constituindo-se numa estratégia de orientação e organização do sistema de saúde, com vistas a responder as necessidades da população. Essa concepção ampliada de APS é fruto de conquistas e caminhos percorridos ao longo das últimas décadas que, entretanto, mantem-se como um desafio (Giovanella et al., 2009).

IV.6.2 - Apontamentos sobre a atenção primária à saúde no Brasil

Ainda que o Brasil não tenha participado da Conferência de Alma Ata, e apenas posteriormente assinou a famosa Declaração, consideráveis partes de suas premissas, como a noção de promoção e de atenção primária em saúde, influenciaram as bases do Sistema Único de Saúde, inscrito na Constituição Federal de 1988. O cenário internacional segue marcado pelo embate em torno da polarização entre atenção integral e atenção seletiva em saúde, com considerável

relevância dessa última, liderada pelas agências internacionais, conforme discutido anteriormente. No Brasil optou-se por adotar o termo 'atenção básica', como maneira de diferenciar-se da noção hegemônica daquela conjuntura. Posteriormente, um movimento crítico direcionado as formulações de caráter focalizadas e seletivas de saúde, nomeadamente propostas pelo Banco Mundial, resultou numa reconceituação do termo 'atenção primária de saúde', assumindo-a afirmativamente numa concepção de atenção integral de saúde (Pires-Alves et al., 2010)

A despeito do debate sobre atenção primária à saúde ter sido mais amplamente difundido no Brasil a partir da década de 1970, já na década de 1920 houve a implantação de serviços de saúde que podem ser considerados como precursores de atenção primária (Giovannella e Mendonça, 2008). Num recorte temporal, os anos 70 e 80 foram palco de experiências locais e regionais de estruturação e ampliação de práticas de saúde de base local, com a ampliação das ações dos centros de saúde, cuja considerável parte das ações estavam dirigidas às populações de baixa renda. Iniciativas dessa natureza foram vistas em inúmeras cidades em diferentes regiões do país.

Destacam-se alguns marcos: na década de 1970 - a criação na região nordeste do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, promovendo expansão da rede ambulatorial⁹⁸; em 1980 - o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – Prevsáude, que previa a expansão focalizada de cobertura de serviços de caráter previdenciário; em 1982 – o Plano do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária – Conasp, que ainda que tenha incorporado demandas de setores sociais emergentes, seguiu o modelo assistencialista da medicina previdenciária; em 1985 - o Programa de Ações Integradas de Saúde – AIS, cuja proposta era de organização de serviços básicos nos municípios e pressupunha a integração de ações de instituições de saúde como o Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Previdência Social

⁹⁸ “O Piass, financiado com recursos do Fundo de Apoio Social administrados pela Caixa Econômica Federal, destinava recursos tanto à construção de unidades básicas de saúde quanto a convênios entre o Ministério da Saúde e o da Previdência Social, no âmbito federal, e as secretarias municipais de Saúde, visando a implantar serviços de primeiro nível em cidades de pequeno porte. Tais serviços foram organizados em lógica similar à estratégia da APS nas regiões Nordeste e Sudeste com vistas à expansão da cobertura” (Giovannella e Mendonça, 2008:597)

(Inamps) e secretarias estaduais e municipais de saúde. (Giovanela e Mendonça, 2008). É também desse período a criação da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária – SBMGC, que atua no apoio a essas iniciativas (Conil, 2008).

A mais recente reforma sanitária brasileira, que culminou com a criação do SUS no final da década de 80, é fruto de um movimento sanitário de múltiplos atores sociais e de debates de políticas de bem-estar social que cresceu num contexto de crítica à ditadura das décadas anteriores. É considerada como uma reforma tardia quando em comparação com as reformas de sistemas de saúde de caráter universal, ocorridas principalmente em países europeus.

É uma reforma que, entretanto, coincide com o contexto internacional do neoliberalismo, com retração da atuação dos Estados nas políticas sociais. Nesse sentido é uma proposta de reforma contra hegemônica, em face da conjuntura internacional, e conseqüentemente com repercussões importantes quando de sua implementação em diversas perspectivas – financeira, organizacional, amplitude do acesso e rol de serviços, entre outras. Almeida (2002) discute que dada a conjuntura de crise e da agenda neoliberal, há a conformação de prescrições de políticas de caráter restritivo para países como o Brasil, vinculados a empréstimos que caracterizaram as reformas sociais no continente latino americano.

A crise econômica e a mudança na perspectiva de desenvolvimento econômico alavancado pelo Estado, *pari passu* à hegemonia neoliberal das últimas décadas e às exigências dos ajustes macroeconômicos, com pesados condicionantes estabelecidos pelos credores internacionais, aumentaram de forma importante as desigualdades históricas nos países da região latino-americana. Essa dinâmica é concomitante a complicados processos de transição democrática (Almeida, 2002:24).

A constituição do SUS dá-se no esforço de superação de adversidades e obstáculos de múltiplas dimensões – “obstáculos econômicos, políticos e ideológicos para estabelecer a saúde como um direito social vinculado à cidadania” (Paim, 2009:28). Esse autor propõe analisar a realidade da saúde naquele contexto em três dimensões: como área do saber; estado da vida; e enquanto setor produtivo. Como área do saber elenca os conhecimentos médicos, voltados para o trato de doenças, e o caráter da saúde pública, com ações de prevenção de doenças e de saneamento. Sobre ‘estado de vida’ o autor refere-se às ações de controle dos indicadores de base populacional, restritos aos dados de mortalidade

e de notificação de doenças infecciosas e acidentes de trabalho. A terceira, enquanto setor produtivo, é de especial interesse pois é nessa dimensão que Paim discorre acerca dos componentes da produção em saúde, demonstrando a multiplicidade e complexidade do quadro de oferta em saúde. Oferta essa a ser manejada no sentido de constituir-se num sistema unificado e universal de saúde, no qual a atenção primária é importante componente.

Parte da complexidade dos primeiros momentos da reforma sanitária é marcada por algumas tentativas de integração e fusão de instituições e da implementação e difusão de novos princípios políticos, técnicos, organizacionais e éticos do novo sistema. Além do referido contexto de crise e um governo nacional de matiz neoliberal, ocorre também uma crise política que culmina com o *impeachment* do presidente da república. O cenário repleto de tensionamentos e contradições constituía parte do caldo de cultura, no qual estavam imersas as tentativas de emplacar o recém nato sistema de saúde de caráter universal, equânime, integral, descentralizado, resolutivo e participativo.

O novo cenário pressupunha a participação ativa de atores políticos recém empoderados na arena federativa - os municípios. Diversos arranjos e instrumentos foram acionados para a construção do sistema, residindo no princípio da descentralização relevante papel no desenho das políticas de saúde. As décadas de 1990 e 2000 foram marcadas pelo adensamento das políticas descentralizadas de saúde, com a atenção primária assumindo papel relevante no processo de consolidação dos novos arranjos, culminando nos anos 2000 com a implantação da Política Nacional de Atenção Básica em 2006 (Giovanella, et al., 2009).

IV.6.3 - Dispositivos precursores da Política Nacional de Atenção Básica – o PACS e o PSF

Políticas nacionais, regionais e locais de saúde e seus dispositivos assumiram posição de destaque no percurso da atenção primária em saúde nas décadas recentes. Dentre as iniciativas destaca-se: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Programa inicialmente criado em caráter emergencial, implantado em áreas rurais periurbanas das regiões Norte e Nordeste, com foco no controle de doenças diarreicas em face da epidemia da cólera e

também no incremento da cobertura vacinal em crianças. As ações de saúde, desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com supervisão de enfermeiros vinculados unidades básicas de saúde da Fundação Nacional de Saúde (FNS), foram de grande impacto nas regiões. Dado ao vazio assistencial destas, paulatinamente o programa passa a assumir novas atribuições nos territórios, tais como “cadastramento da população, diagnóstico comunitário, identificação de áreas de risco e promoção das ações de proteção à saúde da criança e da mulher – com prioridade, em face da vulnerabilidade desses grupos” (Giovannella e Mendonça, 2008:600). As autoras ressaltam que a despeito dos resultados obtidos, o PACS corresponde a um programa de atenção primária seletiva.

Políticas e ações de expansão da saúde permanecem como prioritárias na década de 1990, sendo o Programa de Saúde da Família (PSF) outra iniciativa precursora, não apenas no âmbito da atenção primária, mas também na conformação de um novo modelo de atenção à saúde. O programa é fruto do acúmulo de experiências dessa década em programas e ações no âmbito das ações e serviços básicos e de promoção da saúde em âmbito municipal. No primeiro desenho e estratégia de implementação, o PSF segue herdeiro do caráter seletivo de atenção primária, com foco em pequenos municípios e de baixa resolutividade, contudo, sofre considerável expansão ao longo dos anos⁹⁹.

É instituído por meio da portaria ministerial a NOB SUS 01/96 na qual é explicitada as ações de atenção básica enquanto parte constitutiva de um embrionário modelo de atenção à saúde, definido como conjunto de ações situadas no primeiro nível de atenção, direcionadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e de reabilitação. Essa portaria assume tanto um caráter mais participativo de elaboração de política, quanto indutor de modelo de atenção na medida em que “[...] apoiada em deliberação do Conselho Nacional de Saúde,

⁹⁹ Diversos autores estão de acordo com a importância assumida por esses programas, podendo ser assim resumida (...) “há uma confluência de um conjunto de fatores parece explicar a emergência do Programa Saúde da Família (PSF) nesse momento: a experiência bem sucedida das ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Nordeste, o vazio programático para a questão assistencial no SUS e os atrativos políticos que um programa desta ordem poderia representar mesmo para um governo de cunho neoliberal.” (Conill, 2008:S11)

que indicava a retomada da discussão em torno do modelo de atenção a ser construído”. (op. cit. p.602). Conforme abordado anteriormente, a NOB 96 além de assumir uma perspectiva descentralizada da saúde, o faz a partir da indução de um modelo de atenção à saúde, com centralidade no papel da atenção básica. A importância dessa estratégia é assim ressaltada por Viana e Dal Poz:

No caso brasileiro, considera-se que as mudanças no modelo assistencial operadas dentro do SUS, por conta de dois novos programas –Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) –, estão provocando alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços (2005:229).

Diferente do PACS, a equipe do PSF contava com a presença do médico(a), além do enfermeiro(a) e auxiliar de enfermagem (Brasil, 2001b), porém, autores como Giovanella e Mendonça (2008) apontam que a estruturação do PSF foi facilitada pela presença do PACS nos territórios, sendo estratégica a implantação sinérgica dos programas, num esforço de complementariedade de papéis – atenção individual; ações de saúde pública e intersetoriais; planejamento e programação local de saúde de base territorial, entre outros elementos.

A expansão de ações de atenção primária em saúde protagonizada pelo PSF adentra os anos 2000. Em 2004 o PSF nas Regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sul tinham aproximadamente uma cobertura populacional nas seguintes proporções, respectivamente: 55%, 41% e 38%, e as Regiões Norte e Sudeste, com 34% e 30%. Uma das principais expansões foi percebida nos municípios com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Porém, o impacto do PSF nos indicadores de saúde foi um tema controverso, já que não houve mudanças significativas em determinadas situações, como aponta Conill:

Estudo feito em municípios nordestinos de grande porte não identificou diferenças significativas nos indicadores de saúde da criança entre áreas cobertas e não cobertas pelo PSF. Nesse caso, havia uma clara relação desses indicadores com a situação sócio-econômica, confirmando-se assim, a já conhecida importância da determinação social desses agravos (Conill, 2008:41).

Em relação aos grandes centros urbanos, a autora destaca obstáculos importantes relativos a expansão e ao impacto nas condições de saúde, em face alta densidade populacional, empobrecimento e do processo de favelização, que exigia uma atuação mais complexa da saúde de base intersetorial.

IV.6.4 - A expansão e reorientação da atenção primária – a Estratégia Saúde da Família

A crescente ampliação e adensamento técnico e político do PACS e PSF, enquanto política pública nacional, não ficou restrita aos aspectos populacionais e geográficos, mas também de concepção. Ainda que inicialmente implementados na lógica de uma APS seletiva, a experiência desses programas foi propiciando caminhos de mudanças para uma concepção mais abrangente de reorientação do modelo médico-assistencial e da conformação da política de atenção de base territorial.

Em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reforçando a centralidade do papel da estratégia saúde da família, não apenas como modelo de atenção básica, como também de ordenador das redes de atenção à saúde (Brasil, 2006b). O texto da política reforça o caráter abrangente da atenção à saúde, explicitando conceitos e atributos, assim descritos:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (Brasil, 2006b:10)

O desenho da política previu a fusão dos antigos programas PACS e PSF, com ampliação de atribuições e a implantação de equipes da agora denominada Estratégia Saúde da Família – ESF. Política de base local cuja eleição de territórios é de responsabilidade dos gestores municipais. A alocação deve estar fundamentada em prioridades de saúde e populacionais, obtidas a partir da análise de variáveis epidemiológicas, demográficas, sociais e de capacidade instalada em saúde, tais como: carga de doenças; distribuição e concentração populacional; pobreza, distribuição de equipamentos de saúde, dentre outras.

As equipes da ESF são multiprofissionais compostas médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Quantitativamente é suposto que o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente, e de até 12 ACS por equipe de Saúde da Família. Cada equipe de Saúde da Família deve estar responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área (Brasil, 2006b)

A implantação da PNAB fortalece a estratégia saúde da família enquanto dispositivo de atenção prioritário, abrangente, de caráter permanente e disseminado por todos os municípios brasileiros. A ESF insere-se no desenho dos sistemas locais de saúde ordenados pela atenção primária. O texto da política faz parte de uma coletânea do Ministério da Saúde denominada de 'Série Pactos pela Saúde', através das quais são publicadas diversas políticas, como a 'Regionalização Solidária e Cooperativa'; a 'Política Nacional de Promoção da Saúde'; a 'Política Nacional de Educação Permanente em Saúde'; dentre outras¹⁰⁰.

A eleição da atenção primária como essencial ao modelo organizativo do sistema de saúde, fez com que inúmeras ações de saúde fossem deslocadas para esse âmbito assistencial, a partir de alguns processos de gestão, como a descentralização de ações e serviços. A conformação do modelo de atenção pressupôs a reordenação da assistência nas perspectivas do cuidado, da clínica, do território, da organização programática e da gestão. O texto da política, expresso em documento específico (Brasil, 2006b), aborda a diretrizes gerais da PNAB, carecendo então do aprofundamento necessário que dê conta dessas outras

¹⁰⁰ A 'Série Pactos' é fruto de uma reorientação estratégica proposta pelo governo de Luís Inácio Lula da Silva em 2003, no âmbito decisório liderado pelo Ministério da Saúde, em que as políticas públicas são desdobramentos de formulações realizadas de maneira mais ampliada e participativa. Em que pesem controvérsias sobre a potência e intensidade das transformações decorridas naquele período, essas considerações servem apenas para ressaltar a reorientação no modo de formulação de política setorial, retratada no termo que dá nome a coletânea - 'Pacto', enquanto esforço de múltiplos atores e arenas, atuando politicamente num contexto federativo de gestão tripartite, com representações da sociedade civil, num complexo arranjo de governança pública.

dimensões da política - seus programas, ações, serviços e modos de estruturação e condução.

É nesse sentido que se inserem os 'Cadernos da Atenção Básica' (CAB). Trata-se de publicações que se reportam a áreas e temas específicos da política, estando atualmente em torno de quarenta volumes. Cada um dos cadernos traz diretrizes, parâmetros e orientações dirigidas às práticas de saúde a serem realizadas nesse âmbito da atenção à saúde, podendo abordar desde o controle e cuidado de doenças (CAB Nº 37 - Hipertensão Arterial Sistêmica); ciclos de vida (CAB Nº 33 – Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento); e organização do modelo de atenção (CAB Nº 28 – Acolhimento e Demanda Espontânea).

O CAB Nº 21 – Vigilância em Saúde, tem por tema o controle de doenças transmissíveis na atenção básica, dentre elas a tuberculose. Essa publicação explicita o objetivo de integrar a vigilância em saúde¹⁰¹ à atenção básica, propondo a ordenação do processo de trabalho da atenção integrado ao da vigilância a nível local. O documento propõe a composição de uma perspectiva de trabalho denominada de 'vigilância em saúde na atenção básica', assim concebida:

Para qualificar a atenção à saúde a partir do princípio da integralidade é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vistas ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença das comunidades e com ações de promoção e vigilância em saúde efetivamente incorporadas no cotidiano das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família de todo este imenso Brasil. (Brasil, 2007:9)

As orientações que constam no documento são uma versão reduzida do Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil (Brasil, 2011a), porém com maior enfoque nas atribuições do âmbito da atenção básica. Dão conta de ações do programa de controle da tuberculose em algumas dimensões, como o diagnóstico, tratamento, busca de contatos e de sintomáticos respiratórios. Definem as atribuições e os níveis de responsabilidade da equipe de saúde da família, principalmente em relação ao tratamento. Uma das principais

¹⁰¹ Definida no documento “[...] como uma forma de pensar e agir, tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de práticas de saúde adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. [...] devendo constituir-se em um espaço de articulação de conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais, é, pois, referencial para mudanças do modelo de atenção [...] O conceito de Vigilância em Saúde inclui: a vigilância e controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária.” (Brasil, 2007:10)

diretrizes é ordenar que todos os casos de tuberculose diagnosticados pela equipe da saúde da família devem seguir em tratamento sob sua responsabilidade, excetuando-se situações como a coinfeção com HIV¹⁰² e a TBMDR. Tem na estratégia *DOTS* uma de suas principais recomendações.

A supervisão serve de argumento em torno da garantia de adesão ao tratamento e da redução do risco de transmissão. Ou seja, para que o paciente adira (ou seja considerado como aderido) ao tratamento, é necessário que o profissional de saúde presencie a ingestão do medicamento. As opções dadas ao paciente, em termos da dose supervisionada, restringem-se ao lugar da administração do medicamento, podendo ser “na unidade de saúde, na residência ou no local de trabalho, assegurando-se que o doente os tome de acordo com os esquemas [de tratamento].” (Brasil, 2007:144).

Como será discutido nos Capítulos V e VI, dispositivos de controle de doenças como a tuberculose vinculam-se a estratégias de ordenação dos sujeitos do cuidado. Acionamentos de dispositivos e suas práticas em saúde vem conformando biopolíticas locais, endereçadas a grupos populacionais específicos, no diálogo com diretrizes consensuadas nos âmbitos nacional e global. São fluxos que se deslocam epistêmica e territorialmente, fornecendo contornos, tessituras e sentidos a partir das práticas.

IV.6.5 – O desenho da Atenção Básica a partir de atributos

A literatura e experiências internacionais também compõem referências ao desenho e bases de implantação da APS no Brasil, com especial destaque para produções internacionalmente difundidas com as da médica estadunidense Barbara Starfield. Destaque para a publicação “*Primary care: balancing health needs, services, and thecnology*” de 1998, cuja edição brasileira em 2002 obteve ampla circulação nos meios acadêmicos, assim como entre gestores e profissionais

¹⁰² O protocolo de atenção a tuberculose prevê: “A todo doente com diagnóstico de tuberculose confirmado, deve ser oferecido o teste sorológico anti-HIV. O profissional de saúde deve conversar com o doente sobre a possibilidade de associação das duas infecções e dos benefícios do diagnóstico precoce e tratamento da infecção pelo HIV. Caso o exame seja positivo, o doente deve ser encaminhado à unidade de saúde de média complexidade (ou de referência para AIDS) mais próxima de sua residência e que esteja capacitada a tratar as duas infecções.” (Brasil, 2007:144)

de saúde. Suas proposições enfocam a noção de atenção primária abrangente para os denominados países ocidentais industrializados. Define um conjunto de atributos considerados como essenciais aos serviços e ações dessa modalidade de atenção, em cujo rol propõe: (i) atenção de primeiro contato – porta de entrada do sistema que deve ser buscado sempre que necessário; (ii) longitudinalidade – continuidade da atenção ao longo do tempo sob sua responsabilidade; (iii) integralidade – oferta de todas as ações necessárias, ainda que estejam fora de rol de serviços, devendo ser buscada por meio de referências; (iv) coordenação ou integração – coordenação da atenção que requer a continuidade do cuidado realizada pelo médico e dispositivos como o prontuário. Esses atributos guardam relação com os princípios e diretrizes do próprio sistema de saúde brasileiro servindo, nesse caso, de reforço, sistematização e direcionamento ao modelo de APS.

Aos atributos essenciais a autora acrescenta outros, denominados de derivativos, assim propostos: centralização na família; orientação para a comunidade e competência cultural. Esses atributos derivativos são de especial interesse analítico ao propor a organização das práticas de saúde de maneira contextualizada e situadas nos sujeitos, família e comunidade. O aspecto de ‘centralização na família’ ressalta o conhecimento sobre suas condições, dinâmicas e recursos. A ‘orientação para a comunidade’ fundamenta-se no reconhecimento das necessidades de saúde em face do contexto social. A autora reforça que os profissionais de saúde devem estar atentos para as características da comunidade e dos recursos nela disponíveis, no sentido de melhor avaliar as necessidades de saúde. Enuncia, contudo, que há limitações nas abordagens centradas nas interações com os pacientes e suas famílias, argumentando que:

[...] pacientes podem não perceber que necessitam de serviços de saúde porque lhes falta conhecimento a respeito da importância de uma estratégia preventiva ou porque não percebem que um problema tem uma base médica ou pode ser passível de intervenções médicas (Starfield, 2002:488).

Já chamada ‘competência cultural’ diz respeito a habilidade do profissional de saúde em reconhecer “necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais”, atentando para o quanto essas “populações

especiais percebem suas necessidades especiais como sendo atendidas” (op. cit., p.487).

Em contraponto a essas noções se localiza o debate proposto por Fassin (2012a), ao questionar o uso de categorias como ‘cultura’ e ‘subpopulações’ em acionamentos fundamentados com base na cisão de grupos, entendidos como étnicos. São entendimentos que *a priori* diferenciam, definem e delimitam análises postas em esquemas do tipo ‘nós versus os outros exóticos’. E cujas bases explicativas de fenômenos se fundamentam em construções preconcebidas em termos do ‘exotismo das culturas’. Partem do pressuposto que o outro ‘exótico’ possui uma ‘cultura’ e o ‘nós’ (ocidental) possui a ciência. Essa é a base de algumas análises discriminatórias estudadas pelo autor em relação as políticas voltadas para os imigrantes na França, cuja base explicativa para seu adoecimento residia no exotismo de seus costumes. Esse tema será retomado mais à frente.

Acrescenta-se também que enfoques como esse tomam por base o reconhecimento de uma dada prática de produção de saberes como referência universal. Parametrizações desse tipo justificam afirmações como as que a autora faz sobre o desconhecimento do outro sobre seu próprio contexto, e a legitimidade da atuação do representante do conhecimento formal, o profissional de saúde, no mapeamento, elucidação e tradução na efetivação dos dispositivos e ações de saúde¹⁰³.

Aliada a essa questão, somam-se os desafios impostos pela realidade brasileira em diferentes dimensões, nomeadamente as relativas as desigualdades sociais e econômicas, que implicam numa profunda inequidade no acesso aos recursos de saúde. O diagnóstico das desigualdades tem justificado a priorização da atenção primária nos territórios de vulnerabilidade, onde concentram-se grupos populacionais compostos majoritariamente por pobres e negros¹⁰⁴.

¹⁰³ Contudo, é importante ressaltar o alerta que a própria autora faz no seu estudo: “apenas nações industrializadas estão incluídas na comparação, para minimizar os possíveis efeitos que causam confusões de características históricas, culturais e filosóficas amplamente discrepantes de países orientais e ocidentais e o impacto da riqueza nacional sobre as características e funções do sistema de saúde” (Starfield, 2002:567).

¹⁰⁴ A cor da pobreza do Brasil é negra. Inúmeros estudos sobre pobreza no Brasil estão de acordo com a vinculação entre a questão racial, não somente os desenvolvidos nas instituições acadêmicas, mas também pelas agências oficiais do governo, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). A vinculação pobreza e desigualdades raciais estão demarcadas e retratadas em vários recortes – habitação,

Como não se trata da implantação e avaliação da atenção primária em sociedades mais homogêneas, como a proposta pelo estudo de Starfield, (industrializadas, nos termos da autora) esse contingente populacional deve ser então considerado como ‘subpopulação’? Qual a chave analítica que define ‘subpopulação’, o quantitativo populacional ou o binômio exclusão/inclusão sócio econômico? Arcabouços organizativos da atenção primária como os propostos por Starfield, em que pese seu valor metodológico, merecem ser revisitados crítica e dialogicamente à luz de realidades diferenciadas, principalmente quando da formulação de políticas sociais. Pessoas, territórios, saberes e práticas não existem em generalidade, portanto, o entendimento sobre os processos de saúde e doença e as práticas de saúde merecem ser pensadas para além dos termos ‘subpopulação’ e ‘cultura’.

IV.6.6 - A Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro – a expansão nos anos 2010

Nos anos recentes houve um relevante aumento na implantação da estratégia saúde da família (ESF) na cidade do Rio de Janeiro¹⁰⁵. Até meados da década passada o modelo de atenção primária não correspondia majoritariamente a esse modelo, que passou a ser alvo da política local de saúde apenas no final da mesma década, em 2009. Entretanto, isso não significa dizer que a cidade não contava com atenção primária, e sim que o modelo implantado até então era baseado em centros de saúde e policlínicas. A implantação do modelo ESF e sua

educação, saúde, emprego, renda, entre outros. “De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), de 53 milhões de brasileiros que vivem na pobreza, 63% são negros. Dos 22 milhões de brasileiros que vivem abaixo da linha de pobreza, 70% são negros”. Num recorte da ocupação territorial há análises que ratificam essa matriz: “A distribuição populacional no espaço geográfico da cidade de São Paulo é segregada racialmente. Baseado nos dados do IBGE em Moema, um dos bairros conceituados de São Paulo, 7,9% dos moradores são negros; já o Jardim Ângela, [área de concentração populacional de pessoas pobres] conhecido pela violência, tem 53,3% de residentes negros” (Domingues, 2005:165)

¹⁰⁵ A grande ampliação da atenção primária no Rio de Janeiro assumiu o modelo de terceirização da contratação dos profissionais de saúde e parceria na gestão das equipes de saúde da família, realizada através de contratos com Organizações Sociais de direito privado. Esse modelo é alvo de debates e críticas por parte de diversos atores – profissionais de saúde, membros da academia e da sociedade civil, principalmente em relação a precariedade dos vínculos de trabalho, sustentabilidade do modelo, elevada transferência de recursos públicos para a entidades privadas, com questionamentos em relação a transparência da gestão destes, entre outros. Sobre esse debate ver Silva, Lemos e Teixeira (2015).

considerável ampliação dá-se recentemente, a partir de 2009, cujo percentual de população coberta até aquele momento era de 7%. Em 2015 a cobertura da ESF chegou a 50%¹⁰⁶, cuja população total estimada é de 6.476.631 habitantes (IBGE, 2015)¹⁰⁷.

A estratégia saúde da família nesse município tem por referência as 'Clínicas da Família', correspondendo atualmente um total de 87 unidades distribuídas em diversas áreas da cidade. Foram implantadas prioritariamente nos vazios assistenciais e regiões mais densamente povoadas por populações de baixa renda, muitas destas em áreas de alta vulnerabilidade ambiental como as inúmeras favelas. As clínicas da família oferecem serviços como: consultas individuais e coletivas; visita domiciliar; saúde bucal; vacinação; ações de controle da dengue e outros riscos ambientais em saúde; ações de pré-natal e puerpério; rastreamento de câncer de colo uterino (preventivo) e câncer de mama; exames diagnósticos por imagem; exames laboratoriais; curativos; teste rápido de sífilis e HIV; e identificação, tratamento e acompanhamento da hanseníase e tuberculose; entre outros serviços¹⁰⁸.

Em estudo sobre a ampliação da APS realizado no município do Rio de Janeiro desenvolvido por Harzheim e col. (2013), ponderam que ainda que o tempo decorrido da implantação não possa fornecer meios para uma avaliação de impacto nos indicadores de saúde da população, sendo que a principal constatação de melhoria é a ampliação ao acesso aos serviços, já foi possível perceber mudanças significativas, tais como o aumento da detecção de casos de sífilis em gestantes em relação ao número de casos de sífilis congênita.

O estudo aponta que a percepção dos usuários sobre a ampliação da estratégia saúde da família é positiva, retratando-se em crescentes demandas feitas nos fóruns de discussão do orçamento participativo do município. Entretanto, em relação ao modelo de atenção implementado, os usuários ressentem-se de escassez na oferta de consultas de especialidades e uma baixa aceitação dos

¹⁰⁶ Boletim de Saúde da SMS Rio. Disponível em:

<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=5869250>

¹⁰⁷ IBGE, 2015. Estimativa populacional para o município do Rio de Janeiro. Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=330455>

¹⁰⁸ A lista atualizada de ações e serviços oferecidos nas Clínicas da Família está disponível em:

<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/clinicas-da-familia>

atendimentos realizados pela enfermagem. Os autores propõem investir na qualificação do trabalho desses profissionais, “orientado por protocolos clínicos”, como forma de aumentar a aceitação por parte dos pacientes.

O secretário de saúde do município do Rio de Janeiro ressalta a priorização dada a APS no período recente, argumentando a favor de seu potencial em relação a melhoria de indicadores de saúde, destacando a importância que esse modelo vem recebendo em inúmeras outras gestões municipais de saúde.

A baixa priorização da atenção básica pode ser vista na destinação orçamentária que em 2008 destinava 83% para a atenção hospitalar. Essa distorção é bastante expressiva em relação a outras cidades que tem bons indicadores, como Florianópolis, que destina 80% do orçamento para a atenção básica. Há diversas explicações, para alguns autores era um problema de planejamento, para outros tinha uma intencionalidade política, e outros veem como decorrência da pressão da indústria de procedimentos de saúde e da indústria farmacêutica. A ampliação da atenção básica foi justamente para tratar dos principais problemas da população, do que é mais prevalente. Como a tuberculose é um problema prevalente, a estratégia para o cuidado dessa doença é descentralizar para as equipes da atenção básica. (Entrevistado 8, 2014)

Importante questão das grandes cidades brasileiras como o Rio de Janeiro, reside no complexo perfil de morbimortalidade da população, informado pela convivência de uma tripla carga de doenças - afecções agudas, especialmente as doenças transmissíveis como dengue e condições materno-infantis (mortalidade infantil e materna); doenças crônicas (cardiovasculares, neoplasias, doenças mentais, HIV/AIDS); e causas externas (violência e acidentes). A presença desses três agrupamentos de doenças ancora-se nos pressupostos da determinação social do processo saúde doença, apresentando “sem exceção, com um viés de iniquidade, sendo mais presentes, quanto mais vulnerável socioeconomicamente é a população.” (Harzheim e col., 2013:11). A convivência dessa tripla carga de doenças impõe desafios adicionais ao sistema de saúde, em especial para a atenção primária, principalmente em relação às perspectivas de sua atuação nos territórios, tendo em vista a amplitude dos elementos que corroboram para a determinação social da saúde.

IV.7 - Políticas Públicas para a pobreza e população em situação de rua – o recorte da assistência social e da saúde

Pessoas vivendo nas ruas não é uma novidade na história humana. Entretanto, o contexto das grandes cidades, especialmente aquelas dos chamados países de capitalismo periférico, vem ao longo das últimas décadas recolocando a questão em outros patamares. Desde o século XVIII há referências de migrações de populações miseráveis que se dirigiam para as grandes cidades em busca de oportunidades para a sobrevivência. As respostas de governos, como no caso inglês, era a de instituir políticas públicas capazes de conter esse êxodo, fixando a população pobre nos seus locais de origem (Bursztyn, 2003).

Em um outro registro, aparentemente contraditório, as ruas eram espaços produtivos, com estímulo à ocupação, ainda que temporária, feito pelos proprietários dos meios de produção pré-capitalista junto aos detentores de mão de obra – os pobres, desfilando no espaço aberto e público as tramas das desigualdades.

As ruas eram locais de sobrevivência. Muitos ofícios eram desempenhados em áreas públicas. E era ali que se expressavam as condições de privação. Findo o sistema servil, já não interessava a preservação, por parte dos velhos senhores, das classes despossuídas. Cada um teria de buscar seu sustento no novo mundo do mercado. E não havia trabalho para todos, nem habitação, nem comida. Muitos trabalhavam e viviam no meio da rua. (op. cit., p:19)

As contradições do mundo capitalista moderno oscilam historicamente em movimentos de diferentes perspectivas sociais e políticas, que vão desde iniciativas revolucionárias, críticas ao sistema de produção; movimentos populares de caráter emancipatórios e inclusivos, ou ainda arranjos institucionais formais de proteção social, operados pelos Estados nacionais por dentro da matriz capitalista (Bursztyn, 2003:20).

As décadas recentes vêm testemunhando um aumento nas disparidades sócio econômicas, com o recrudescimento da pobreza extrema, principalmente, mas não apenas, nos países periféricos. A discussão aprofundada sobre pobreza e desigualdade no capitalismo contemporâneo, que problematize o fenômeno a

partir de leituras como o movimento de globalização das décadas mais recentes, extrapola os limites propostos deste estudo. Entretanto, considera-se importante ressaltar essa perspectiva no sentido de contrapor narrativas que naturalizam o problema. O movimento neoliberal tem recolocado a pobreza em outros patamares na geopolítica do sistema mundo (Santos, 2002). As populações excluídas do processo de geração de riquezas, e da consequente distribuição dos seus produtos, passaram a valer-se de acessos precários a mecanismos públicos de inclusão, sendo muitos destes operados em matizes de caridade, de dominação e subalternização. O trabalho precário assume lugar de destaque nessa trama de exclusão, no qual as ruas surgem como opção e cenário recorrente para todo o desenrolar de vidas humanas, “transformam o espaço público – as ruas – em seu universo de vida e de sobrevivência privado” (Bursztyn, 2003:20).

Resende (2008), discute uma dimensão aparentemente marginal nos estudos e debates sobre a condição de pessoas submetidas à vida nas ruas, acerca da denominação desses grupos e suas implicações - como denominá-los? Uma pluralidade semântica expõe contradições no enquadramento social desse grupo de pessoas – ‘mendigos’, ‘sem teto’, ‘andarilhos’, ‘moradores de rua’. Todas estas denominações guardam relação com concepções e influenciam formas de agir sobre eles¹⁰⁹. Essa última denominação – moradores de rua, é particularmente significativa no sentido de naturalizar a situação de pessoas a partir de uma condição permanente, pois definem pessoas que não ‘estão’ temporariamente sem moradia, e sim que ‘são’ sem moradia. A autora pondera haver uma evidente contradição no uso do termo: “o que determina o fato de alguém ser um/a ‘morador/a’ é possuir um endereço, um local onde ‘mora’. Pois isso é justamente o que [...] um/a ‘morador/a de rua’ não tem. ” (op. cit., p. 426). Suas ponderações caminham no sentido de ilustrar processos simbólicos que naturalizam e legitimam condições sociais, não sendo mais necessariamente concebidas como condições injustas, sobre as quais o coletivo deva sentir-se incomodado.

¹⁰⁹ “Considerando que diferentes discursos ‘lexicalizam’ o mundo de maneiras particulares, e que a classificação produz (bem como reproduz ou subverte) divisões e diferenças, a questão da denominação, entendida como classificação ou categorização, não é sem importância” (Resende, 2008:426).

Nos anos recentes têm surgido a preocupação de governos com políticas públicas de inclusão, sob perspectivas diferenciadas, mas que trazem por base a discussão de vulnerabilidade de grupos populacionais. No Brasil as políticas de assistência social e de saúde trouxeram recortes envolvendo, além das questões sociais, as demarcações como as étnicas e de gênero/sexuais. Tratam-se de políticas que foram mais intensamente incluídas nas agendas dos dois últimos governos federais, como as voltadas para a atenção à saúde as populações indígenas, afrodescendentes e grupos LGBTT (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e transgêneros).

O Ministério da Saúde criou grupos de trabalho pluri representativos e participativos no sentido de formular políticas mais compatíveis com as necessidades das chamadas populações alvo, dentre estas a 'população em situação de rua'. O uso atual dessa denominação denota uma percepção da questão enquanto derivada de um processo mais amplo, de dimensões sócio, política e econômicas, assumindo no interior do discurso um enfoque do problema como algo transitório, em contraposição a um estado de coisas em definitivo. Entretanto, há de se questionar a potência destas políticas, seus arcabouços e concepções, para além do uso retórico de terminologias, como as que concebem pessoas que 'estão/vivem nas ruas' como um problema de complexa tessitura, mas que precisa ser efetivamente revertido. Indagações como essa estão presente nas preocupações do presente estudo.

Políticas públicas que atuam numa vertente inclusiva surgem em resposta ao empobrecimento e aumento exponencial de vidas precárias no Brasil no final do século XX. O expressivo contingente de pessoas em situação de rua vincula-se ao modelo de desenvolvimento concentrador de riquezas. A população em situação de rua nas grandes cidades é composta por considerável contingente de migrantes pobres, em especial do interior dos estados do Nordeste brasileiro. O movimento migratório da população empobrecida ocorreu num triplo movimento: do campo em direção as cidades e, uma vez nestas, impelidas para as periferias. Numa outra viragem, da pobreza para a miséria extrema, deslocam-se das periferias para as regiões mais centrais das cidades, passando a ocupar ruas e demais logradouros públicos, por onde circulam mais pessoas, dinheiro e comida. (Bursztyn, 2003).

Resende (2008), acrescenta elementos da ordem da percepção das classes economicamente privilegiadas sobre as pessoas em situação de miséria que ocupam as ruas, ressaltando o paradoxo atual em que a globalização, ao mesmo tempo em que aproxima espaços geográficos afastadas, por outro lado separa, distancia e fratura mundos sociais¹¹⁰.

IV.7.1 – Atuação da assistência social para a população em situação de rua no período recente

A seguir faz-se um breve resgate sobre políticas públicas no Brasil direcionadas às pessoas em situação de rua, enfocando as principais direcionalidades assim como as possíveis inflexões no cenário atual - suas perspectivas e tendências. Políticas voltadas especificamente para população em situação de rua forjam-se na ausência das demais políticas públicas. Considerável parte das pessoas nesta condição não está incluída nas políticas de proteção social. Historicamente margeiam políticas, inclusive aquelas de caráter mais inclusivo, como as de base universal e não meritocrática, dentre elas a da saúde. O vazio de proteção social implica num desafio de construção de políticas em diferentes perspectivas.

A política de assistência social no Brasil tem como importante marco a Constituição Federal de 1988. Entretanto, antes da inserção em âmbito constitucional, sua trajetória aponta caminhos conformados por concepções e modos de atuação em diferentes perspectivas - caridade, beneficência, direito, cidadania. A matriz de caridade e da beneficência da assistência social está vinculada a atuação das instituições religiosas e filantrópicas, com relevante atuação nas décadas anteriores em parceria com governos.

A criação do Conselho Nacional de Serviço Social em 1938 representa relevante referência da presença da assistência social na burocracia do Estado brasileiro. Fundamenta-se no conceito de amparo social, vinculado a ideia de benemerência, no qual o Estado atua subsidiando financeiramente organizações que prestam serviços sociais. Sua conformação comportou a participação de atores

¹¹⁰ A discussão acerca de população em situação de rua, especialmente sobre as que se encontram em alguns territórios do subúrbio do Rio de Janeiro, será retomada no Capítulo VI.

da elite social e econômica na execução de processos, como a avaliação do mérito e definição do financiamento de projetos de organizações da sociedade civil (Mestriner, 2001).

Outro marco do período foi a criação da LBA – Legião Brasileira de Assistência, em 1942. É vinculada às ações de governos, desde sua origem, cuja gestão ficava a cargo das esposas dos Presidentes da República, sendo a primeira delas a de Getúlio Vargas. Tinha por objetivo fornecer ações de assistência aos soldados que combateram na Segunda Guerra Mundial, bem como de suas famílias. Há a colagem das concepções de ‘servir a pátria’ e o ‘cuidado por mulheres’ que são fundantes desde a criação desse órgão. Em 1969 passa a fazer parte da estrutura do Estado, vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social. Após longo percurso, é extinta em 1995 após uma trajetória de clientelismos e denúncias de fraudes e corrupções (Mestriner, 2001).

Com a Constituição Federal de 1988 dá-se a previsão de direitos sociais, tais como: acesso à educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social e assistência aos desamparados. É também dever do estado a erradicação da pobreza, da marginalização social, da redução das desigualdades sociais e a promoção do bem de todos, sem distinção de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação social (Brasil, 1988)¹¹¹. A constituição federal vigente foi promulgada após longo período ditatorial, sendo conhecida como constituição cidadã. O conceito de cidadania aparece em contraposição a noção de caridade voltada aos mais necessitados, sendo tarefa do estado o exercício de correção dos efeitos de uma estrutura social desigual. Apresenta também uma forte vinculação com a ideia de participação social de âmbito local, com protagonismo no papel dos municípios. Como estes passam a ser considerados como entes

¹¹¹ A Política de Assistência Social está prevista nos Artigos Nº. 203 e 204 da Constituição de 1988. O texto do Artigo Nº. 203 assim explicita a ideia de direitos: “A Assistência Social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I- a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II- o amparo às crianças e adolescentes carentes; III- a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV- a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V- a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.” (Brasil, 1988)

federativos, há a necessidade de formulação de políticas que levem em consideração novos arranjos federativos¹¹².

Em dezembro de 1993 é publicada a Lei 8.742 da Assistência Social (LOAS), na qual a política de seguridade social é assumida como dever do Estado e direito do cidadão/cidadã. É delegado aos municípios a competência de execução de ações como: enfrentamento da pobreza; ações assistenciais de caráter de emergência e de prestar serviços assistenciais continuados. De maneira análoga ao que ocorre na Lei Orgânica da Saúde Nº.8080, a LOAS prevê a introdução de novos atores, instituições, princípios e estratégias - responsabilidade estatal; cofinanciamento das três esferas de governo; descentralização político-administrativa; e a criação e fortalecimento de espaços democráticos (Brasil, 1993).

Apenas em 2004 foi implantado o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, a partir da aprovação de uma nova Política Nacional de Assistência Social, proporcionando uma maior institucionalidade do setor; a previsão de direção única em todo o território nacional com uma dada racionalidade sistêmica do campo, assim como a definição de um modelo de assistência social, suas ações e diretrizes programáticas.

Em setembro de 2004 foi aprovado o teor da Política Nacional de Assistência Social - PNAS, e instituída em outubro do mesmo ano através da Resolução Nº 145. A PNAS representa importante marco da assistência social ao definir prioridades, responsabilidades, atribuições e modos de atuação dos entes federativos. Define como população prioritária cidadãos e grupos populacionais em situações de vulnerabilidade e riscos, assim descritos:

Famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social”. (Brasil, 2004b:33)

¹¹² No Artigo 204 da referida Lei está definido o papel dos entes federativos, bem como a participação de órgãos da sociedade civil – “I–descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social.” (Brasil, 1988)

Dada a amplitude e diversidade dos problemas que conformam situações de vulnerabilidade, as repostas de políticas não podem encerrar-se em si mesmas, de maneira isoladamente setorial, pois devem pressupor a articulação com demais campos da esfera pública. Decorre desse pressuposto a feição intersetorial das ações previstas na PNAS que envolvem, em termos propositivos, demais políticas sociais, dentre estas as de saúde, emprego, educação, habitação cultura, transporte e esporte.

Assim como outras políticas sociais brasileiras, entre a letra da normativa e as práticas efetivas vai uma significativa distância, principalmente aquelas que tem por objeto, valores e princípios a cidadania plena, a solidariedade social e a emancipação do indivíduo. As concepções e noções de mundo que subjazem nas letras do texto da política não necessariamente guardam relação com as práticas que decorrem nas diversas instituições da assistência social de estados e municípios brasileiros. Inúmeros são os exemplos que dão a dimensão desse distanciamento, como as ações de recolhimento obrigatório impostas em cidades como o Rio de Janeiro, como será visto mais à frente.

O refinamento da concepção de proteção social, expresso no texto da política, pode ser visto em relação a definição de 'proteção social especial' e voltada aos atendimentos propostos para famílias e indivíduos em situação de risco, assim definidos: "abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de drogas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras" (Brasil, 2004b:37). A política prevê uma maior acuidade nas ações de proteção tanto do indivíduo, quanto da família ou mesmo de grupos, com vistas a adequação às especificidades de cada necessidade e ações de qualidade no sentido de resolução mais efetiva dos problemas.

Às pesquisas empíricas como de Serafino e Luz (2015), que evidenciam esse apartamento, somam-se análises de fôlego histórico que corroboram com a noção de que iniciativas voltadas para pessoas em situação de rua tendem a reproduzir a concepção destes sujeitos enquanto descarte social, produto do excedente do sistema capitalista, que poluem a paisagem urbana e que, portanto, precisam ser removidos e higienizados (Bauman, 2005). Esse debate será

retomado mais à frente ao abordar-se os cenários e sujeitos em situação de rua no subúrbio do Rio de Janeiro (Capítulo VI).

Como as décadas passadas testemunharam uma agudização no quadro econômico e social, a ocupação dos espaços urbanos das grandes cidades brasileiras passou a ser alternativa, repercutindo em sinais importantes de violações dos direitos de cidadania. Ao aumento do contingente de pessoas em situação de rua somam-se quadros de conflito e o surgimento de novos atores, que passam a ocupar a arena pública e a vocalizar pautas reivindicatórias próprias. A população em situação de rua reconfigura-se enquanto questão social, no sentido de que é nas condicionalidades próprias das grandes urbes que uma multiplicidade de agenciamentos tece conexões e fluxos discursivos - institucionais, políticos, midiáticos, reivindicatórios, coercitivos, entre outros.

É na perspectiva da mobilização política, de cunho reivindicatório, que se expressa a criação do Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua, cuja atuação foi fundamental para a realização, em 2006, do I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, que contou com adesão e apoio político institucional do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Desde esse marco surgiram inúmeras iniciativas como a criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para a formulação da Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua. Para melhor subsidiar a sua formulação foi realizada a primeira Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua¹¹³.

Os resultados da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua¹¹⁴ trouxeram elementos que subsidiam a construção da política nacional.

¹¹³ Dantas (2007) aborda outros movimentos precursores da Política Nacional, resgatando sua importância naquele contexto, tais como: o 1º Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis; a 1ª Marcha Nacional da População de Rua - um dos principais elementos disparadores da marcha foi um perverso episódio em que um indígena, de nome Galdino, que estava participando na capital do país, Brasília, de um fórum de defesa dos direitos da população indígena, foi incendiado vivo enquanto dormia num ponto de ônibus. A defesa dos acusados argumentou tratar-se de um engano, pois os responsáveis haviam confundindo-o com um mendigo. Está implícito no argumento de que queimar indígenas é crime, porém quando se trata de mendigos, há alguma legitimidade. Outra iniciativa foi o Festival Lixo e Cidadania, este último realizado em várias versões anuais em Belo Horizonte, que propõe discussões a cidadania e os novos sujeitos sociais e a 'cultura das ruas e lixões' e o desafio para as políticas públicas.

¹¹⁴ Sua formulação esteve a cargo do MDS com a participação dos gestores da assistência social de estados e municípios, através do Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (Congemas), do Fórum Nacional de Secretários de Estados de Assistência Social (Fonseas),

Trata-se de um estudo de abrangência nacional que levantou um total de 31.922 adultos em situação de rua nos 71 municípios com mais de 300 mil habitantes¹¹⁵. Os dados foram obtidos através do censo das pessoas em situação de rua, e uma pesquisa amostral com cerca de 10% das pessoas entrevistadas na fase censitária, que abordou uma amplitude maior de questões (Brasil, 2008a).

O perfil geral da população em situação de rua é predominantemente do sexo masculino (82%); adultos entre 25 e 44 anos (53%); que se declaram pardas (39,1%), pretos (27,9%) e brancos (29,5%). Esse percentual de brancos e pretos se altera quando em comparação com a população geral: 53,7% e 6,2% respectivamente. O relatório da pesquisa destaca que a proporção de negros e pardos é maior na população em situação de rua em relação a população geral: 67,0% e 44,6%, respectivamente (Brasil, 2008a).

Além do perfil geral, a pesquisa trouxe outros aspectos da vida e da condição de estar na rua, temporária ou permanente, tais como: (i) renda – a maioria (52,6%) recebe entre R\$ 20,00 e R\$80,00 semanais¹¹⁶; (ii) formação escolar - 74% sabem ler e escrever e 17,1% são analfabetos; (iii) razões da ida para a rua - problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); (iv) desemprego, (29,8%) e problemas familiares (29,1%), sendo que 71,3% citaram pelo menos um desses três motivos correlacionados entre si; (v) pernoite na rua ou albergue - 69,6% costuma dormir na rua e 22,1% em albergues ou outras instituições. Em torno de 8,3% alternam entre os dois; (vi) vínculos familiares - 51,9% possuem algum parente residente na cidade onde se encontram, entretanto, 38,9% destes não mantêm contato com esses parentes e 14,5% mantêm contatos esporádicos. Contatos mais frequentes ocorrem em 34,3% dos entrevistados; (vii) trabalho e renda - 70,9% são trabalhadores, pois exercem atividades remuneradas, tais como: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha¹¹⁷ (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Somente 15,7% pedem dinheiro. “Esses

e bem como da sociedade civil e dos movimentos sociais como o Movimento Nacional da População de Rua e da Pastoral do Povo da Rua.

¹¹⁵ A pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro é alvo de discussões específicas nos capítulos posteriores, quando da abordagem do estudo de campo.

¹¹⁶ Equivalente a 5 e 20 euros, respectivamente. (Valores calculados com base no câmbio oficial do Banco Central do Brasil, na relação de 4 reais para 1 euro, vigente em 21 de agosto de 2015. Disponível: <http://www4.bcb.gov.br/pec/conversao/conversao.asp>).

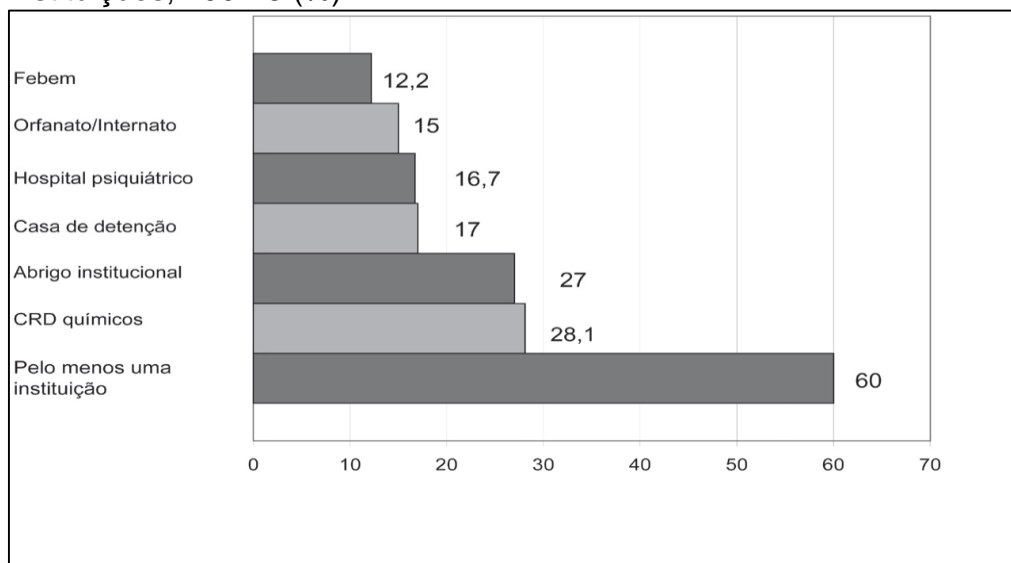
¹¹⁷ Pessoas que tomam conta de carros estacionados nas ruas.

dados são importantes para desmistificar o fato de que a população em situação de rua é composta por ‘mendigos’ e ‘pedintes’. Aqueles que pedem dinheiro para sobreviver constituem minoria”. (Brasil, 2008a:10).

É relevante notar que a maioria das pessoas abordadas pela pesquisa, ainda que tenham ido para as ruas em face de questões como o desemprego, buscam ou realizam atividades remuneradas inscritas no rol das profissões incluídas de maneira formal no mundo do trabalho. Contudo, os relatos de discriminações sofridas são frequentes, principalmente em determinados lugares, como lojas, *shopping centers*, transportes coletivos, bancos, órgãos públicos e rede de saúde.

Outro relevante destaque é o perfil da população em situação de rua com histórico de internações, de diversas naturezas e motivações: psiquiátricas, policiais, uso abusivo de álcool e outras drogas, etc., conforme pode ser visto no gráfico abaixo (Brasil, 2008a)

Gráfico 6 - População em situação de rua segundo histórico de internação em Instituições, 2007-8 (%)



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (Dados da Amostra), Meta/MDS, 2008. Nota: Os percentuais não totalizam 100% pois a informação é coletada em quesito de marcação múltipla.

O perfil de saúde dessa população é um aspecto que merece um cuidado maior, já que as metodologias usadas não necessariamente geraram informações passíveis de análises, especialmente no que se refere a tuberculose. Os problemas de saúde mais frequentes reportados pelos entrevistados da pesquisa foram

hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico/mental (6,1%), HIV/Aids (5,1%) e problemas de visão/cegueira (4,6%).

Outra recente pesquisa desenvolvida na cidade do Rio de Janeiro encontrou uma incidência de tuberculose de 6,47% na população em situação de rua (SMAS, 2014). Já a pesquisa nacional traz dados agrupados para morbidades respiratórias (10%), em cujo rol estão: asma, bronquite, pneumonia e tuberculose (Brasil, 2009). Por outro lado, o estudo de Bastos e Bertoni (2014) encontrou uma prevalência de tuberculose entre usuários de crack e/ou similares em situação de rua de 1,67%. Porém, no mesmo estudo 6,26% dos entrevistados informou ter tido tuberculose alguma vez na vida. Esses autores alertam para a inadequação dos protocolos diagnósticos utilizados nas pesquisas com essa população, sugerindo a realização de refinamentos metodológicos.

Para além da relevância das informações obtidas, pondero que um dos principais valores da pesquisa, naquilo que ela se aproxima, é a sua própria realização. Ou seja, é o reconhecimento e a conseqüente entrada na agenda de governos de uma questão social dessa magnitude, até então subsumida em narrativas do tipo culpabilizadoras, individualizantes e benevolentes. Seu reconhecimento enquanto questão social e assunto prioritário na agenda de Estado revela, ainda que apenas no registro da intencionalidade, uma iniciativa de inclusão desse contingente populacional nas políticas sociais. Os elementos trazidos nas pesquisas apontam dispositivos e agenciamentos nas engrenagens política, social, econômica, familiar e subjetiva que deslocam os sujeitos às condições de rua.

A Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua, de 2008, surge na sequência destes estudos. Sua formulação contou com representações ampliadas: Ministérios: do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, das Cidades, da Educação, da Cultura, da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, da Justiça, da Secretaria Especial de Direitos Humanos e da Defensoria Pública da União. Além dos representantes do governo, participaram também os representantes do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS). Enquanto diretriz nacional, essa política delinea e orienta a formulação, implementação e execução de políticas públicas de âmbito

subnacional – dos estados e municípios, direcionadas a população em situação de rua, entendido no texto da política enquanto pessoas “historicamente à margem das prioridades dos poderes públicos” (Brasil, 2008b).

A população em situação de rua é concebida na Política Nacional como “a parcela da população que faz das ruas seu espaço principal de sobrevivência e de ordenação de suas identidades”. Essa condição é entendida como fruto do fenômeno de exclusão social relacionando-a às situações de rupturas em diversas perspectivas – das relações familiares e afetivas, do mercado de trabalho e da participação social. O documento entende pessoas em situação de rua como “vítimas de processos sociais, políticos e econômicos excludentes”. (Brasil, 2008b:3).

Note-se que essa definição revela uma noção de ‘rua’ como referência à um conjunto de sujeitos sociais, engendrados num processo de construção identitária, de sociabilidade e subjetivação. Portanto, reconhecer o valor de políticas como essa não pode significar uma simplificação da questão em termos de ‘inclusão’ social e efetivação de direitos, está para além do binômio inclusão/exclusão. Essa discussão será retomada quando da problematização de questões que emergiram do estudo de campo, decorrido junto às pessoas em situação de rua inseridas em tratamentos para a tuberculose.

A execução da política para a população em situação de rua é atribuição dos governos municipais, e excepcionalmente, dos estaduais. Estudos apontam que as políticas de assistência social para esse segmento na cidade do Rio de Janeiro têm tido problemas de concepção, implementação e priorização, com considerável parte das ações sendo insuficientes, descontínuas e desintegradas em relação às demais políticas sociais. Persistem tendências de práticas de caráter paliativo e higienistas, e algumas delas ancoradas na noção de segurança pública, assumindo feições punitivas e segregacionistas. A despeito da política nacional, os programas implementados nos anos recentes na cidade do Rio de Janeiro são contraditórios. (Bursztyn, 2003; Escorel, 1999; Serafino et al., 2015; e Dantas, 2007).

Algumas iniciativas são representativas dessa forma de atuação. Uma das áreas que concentra grande número de habitantes de médio e alto poder aquisitivo da cidade é a já citada Zona Sul. Está situada numa região considerada como uma

das mais bonitas da cidade, sendo historicamente alvo de consideráveis investimentos urbanos. Possui grande concentração de hotéis, lojas, restaurantes, bares, *shopping centers*, cinemas, e outros comércios, com grande circulação de pessoas e recursos financeiros. Propriamente nessa região é que foi implantado em 2003 o projeto 'Zona Sul Legal', uma iniciativa da Secretaria de Segurança Pública do Estado em parceria com a Prefeitura do Rio, que teve por objetivo recolher a população em situação de rua, especialmente nas áreas de maior concentração de condomínios de classe alta e de circulação de turistas (Dantas, 2007).

Outra iniciativa, e que gerou polêmicas, foi a "Operação de Controle Urbano", conhecido como o "Catatralhas" (Serafino e Luz, 2015), programa alvo de múltipla parceria entre a Prefeitura, Guarda Municipal, Polícia Militar e Comlurb (empresa de limpeza urbana), que agia pela cidade recolhendo roupas, lençóis, documentos da população em situação de rua, sob o argumento da limpeza urbana. Recolhiam também os medicamentos que estivessem fazendo uso, com isso alguns pacientes em tratamento da tuberculose ficaram temporariamente sem medicação. Essa ação foi alvo de críticas dos movimentos sociais e de estudos realizados na época. Na mesma direção estão outros programas mais recentes, como o "Choque de Ordem", que também opera com a lógica do recolhimento de pessoas e seus pertences, sob a égide da 'limpeza urbana e social'¹¹⁸.

As ações desenvolvidas junto a esse segmento populacional, em geral, caracterizavam-se pelo caráter paliativo, fragmentado, setorizado e, em especial, de higienização. [...] em 2010 algumas medidas utilizadas para controlar a situação dessa população ainda tinham traço majoritariamente repressivo, com medidas de caráter da ordem pública e com a atuação frequente de ações comumente chamadas de Choque de Ordem. São ações de recolhimento de pessoas da rua de forma arbitrária, efetuadas no âmbito do Projeto Rio Acolhedor, que é coordenado pela Secretaria de Ordem Pública. (Serafino e Luz, 2015:78)

¹¹⁸ "Na mesma linha da segregação e de políticas de 'limpeza social', a operação choque de ordem efetivado pela prefeitura do Rio em parceria com o governo do estado, em vigor desde o dia 5 de janeiro de 2009, tem por objetivo realizar ações contra vendedores ambulantes, flanelinhas, pessoas em situação de rua e ocupações urbanas. Apesar do 'Choque de Ordem' visar uma abrangência de ação em todo o município do Rio, seu foco, majoritariamente, tem sido territórios nobres do Rio de Janeiro, como Zona Sul, Barra da Tijuca / Recreio e Centro, áreas de maiores concentrações de riqueza da cidade. O Choque de Ordem é executado violando direitos humanos, sociais, econômicos e culturais." (Justiça Global Brasil. <http://global.org.br/programas/carta-aberta-da-sociedade-civil-a-cidh/>)

O programa Rio Acolhedor também está voltado para a população em situação de rua e atua em um outro registro, expondo uma certa contradição, ao menos a nível discursivo, das políticas municipais. Consiste na oferta de um conjunto de equipamentos urbanos de assistência e acolhimento daquela população, denominado de Rede Acolhedora, na qual cada modalidade de oferta está direcionada para um perfil específico das pessoas em situação de rua (famílias, adultos, idosos, crianças e/ou adolescentes), podendo ser: centros de acolhimento, casas de acolhida, casas lares, centrais de recepção, repúblicas de jovens e 'hotéis acolhedores'.

Destaca-as também a atuação dos movimentos sociais, que realiza pressão junto aos governos municipal e estadual, assim como propõe agendas que deslocam e positivam o lugar da pessoa em situação de rua, com destaque para o Fórum Permanente sobre População Adulta em Situação de Rua do Rio de Janeiro¹¹⁹ – Fórum Pop Rua. Essa forma de atuação, aparentemente paradoxal da Prefeitura do Rio de Janeiro, ao mesmo tempo acolhedora e punitiva, encerra a contradição própria da atuação de governos na manutenção de um dado estado de coisas – forjam dispositivos paliativos, ao mesmo tempo em que reproduzem as desigualdades, 'higienizando' espaços públicos e suprimindo direitos.

IV.7.2 - Atenção à saúde às pessoas em situação de rua – o Consultório na Rua

O fortalecimento do modelo de atenção primária no Brasil assume, dentre outros pressupostos, a noção de 'saúde para todos' inscrita na agenda internacional. Entretanto, no registro das políticas e diretrizes da saúde a noção de 'para todos' pressupunha um recorte nem tão abrangente assim, direcionado à população incluída numa tripla noção: território, família e domicílio, retratada nos atributos da atenção primária. A população em situação de rua não se encontrava

¹¹⁹ O Fórum Permanente sobre População Adulta em Situação de Rua do Rio de Janeiro, também conhecido como Fórum Pop Rua, criado em 2000, é um fórum de iniciativa da sociedade civil organizada. Conta com a participação de moradores/as de rua, de instituições da sociedade civil e técnicos/as e educadores/as de órgãos dos governos estadual e municipais. Atua na promoção de debates públicos sobre diversos temas ligados às questões que envolvem o 'estar na rua', além de desenvolver capacitações profissionais, estudos e pesquisas.

inserida nas diretrizes da atenção primária à saúde, na perspectiva modelar que orienta uma saúde integral e de acesso a todos os níveis do sistema. Nos recortes populacionais que informavam a definição de atenção integral, organizado em programas, cadeias ou linhas de cuidado (crianças, idosos, gravidez, hipertensos, diabéticos, entre outros), não contemplavam a população em situação de rua (Brasil, 2006b).

A inclusão dessa população na atenção primária ocorre quando da mais recente revisão da política, decorrida no ano de 2012, que institui o ‘Consultório na Rua’ enquanto política nacional. Propor a atenção à saúde da população em situação de rua pressupõe, entretanto, o enfrentamento de contradições e situações complexas que não são resumidas e sensíveis apenas às ações pontuais de assistência de saúde. Reitera-se novamente que o ‘estar na rua’ é pressuposto político, econômico e social, perspectivando uma miríade de vulnerabilidades, que implicam num agenciamento também complexo de múltiplas naturezas, cuja saúde é mais um dentre outros elementos.

Até então as iniciativas em saúde voltadas para essa população eram pontuais e estavam a cargo de governos das cidades, em especial dos grandes centros urbanos do país, que enfrentavam o fenômeno do empobrecimento da população local e dos migrantes, conforme discutido anteriormente. Destacam-se também as iniciativas da atenção psicossocial, dada a vinculação entre saúde mental, dependência química e situação de rua. Diversas experiências surgiram em cidades como Belo Horizonte (‘PSF sem Domicílio’); Porto Alegre (‘ESF sem Domicílio’); São Paulo (‘A gente da Rua’ que contava com Agentes Comunitários de Saúde e ‘PSF sem Domicílio’); Rio de Janeiro (‘Programa Meio Fio’ da ONG Médicos sem Fronteiras e ‘Saúde em Movimento nas Ruas’, também conhecido como ‘ESF POP RUA’); Salvador (‘Consultório de Rua’)¹²⁰; assim como outras iniciativas mais direcionadas para o perfil da população em situação de rua em dependência química, como as de Recife - ‘Recife em defesa da Vida’ (Trino et al., 2015; Macerata et al., 2014; Coutinho & Saback, 2007; Dantas, 2007).

¹²⁰ A experiência de Salvador – Consultório de Rua, também tem forte vertente da atenção em saúde mental voltada para a dependência química, servindo de referência para a realização de projetos em diversas outras cidades do país, sob incentivo e financiamento da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (Trino et al., 2015).

Algumas iniciativas de envergadura nacional, lideradas pelo Ministério da Saúde, se destacam na ordenação do campo de atenção à população em situação de rua nos anos recentes, como aquelas delineadas pela força do ativismo em torno da AIDS e da saúde mental. Em 1999 a Política Nacional de AIDS englobou crianças e adolescentes em situação de rua nas suas ações programáticas¹²¹. Em 2005 são estabelecidas parcerias com financiamento direcionado à Organizações Não Governamentais – ONGs para a realização de ações de promoção e prevenção de DSTs e AIDS, também voltadas para adolescentes em situação de rua.

Em 2009 a Coordenação de Saúde do Ministério da Saúde lançou o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e outras Drogas, nele constando dispositivos do cuidado para essa população, seguido da implementação de Consultórios de Rua, inspirados na experiência de Salvador, no âmbito do enfrentamento ao *crack*. Essas iniciativas e as experiências das cidades inauguram formas de atuação da saúde, numa concepção ampliada de atenção, que engloba as dimensões da promoção e dos cuidados primários à saúde tendo nas ruas seu principal cenário.

Importante iniciativa é também o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, que incluiu diretrizes para o tratamento de pessoas em situação de rua, justificado no referido documento pela alta prevalência da doença nessa população, conforme discutido anteriormente (Brasil, 1999; 2009 e 2011a). Em seu conjunto as experiências conformam campos e formas de atuação, assumindo e explicitando a magnitude da questão e seus desafios, bem como revelando práticas

¹²¹ O entendimento da política para essa população é dado no registro da especificidade, assim descrito: “Alguns segmentos, ou grupos populacionais, e/ou a sua rede de sociabilidade, caracterizam-se pela adoção de práticas e comportamentos que os colocam sob situação de maior risco de infecção das DST/HIV/aids e pelo uso indevido de drogas. A população específica é definida como a de menor abrangência e cobertura, a de maior focalização das ações e maior homogeneidade populacional. Nesse universo, as estruturas de interação e de redes sociais são mais fechadas. Exemplos: populações em situação de pobreza em assentamentos rurais; crianças e adolescentes em situação de rua; mulheres profissionais do sexo” (Brasil, 1999:18). Em que pese o perfil mais inclusivo e os avanços dessa política, essa noção de especificidade expressa um deslocamento na direção da segmentação de pessoas e localização em indivíduos de determinados atributos, tendo sido responsável por um conjunto de iniciativas da saúde que resultam, inadvertidamente ou não, em ações segregacionistas. As versões posteriores da política de DST/AIDS surgem de revisões críticas sobre esses e outros aspectos do desenvolvimento de políticas de caráter mais participativo (Biehl, 2004)

diferenciadas no âmbito da atenção primária em saúde na interface com ações intersetoriais.

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB versão 2012, inscreve a atenção à saúde da população em situação de rua no modelo do cuidado de atenção primária. Sua inserção representa uma conquista dos movimentos sociais e de um conjunto significativo de profissionais, gestores e acadêmicos que operam, militam e estudam o campo no Brasil. Em virtude da população em situação de rua manter significativa relação com o perfil de saúde mental, em especial de dependência química, o dispositivo assistencial proposto no âmbito da política é também componente da Rede de Atenção Psicossocial. O novo dispositivo é entendido como herdeiro da junção de duas experiências: o Consultório de Rua com foco na saúde mental e a Saúde da Família sem domicílio (Brasil, 2012c).

O dispositivo de atenção à população em situação de rua inscrito na PNAB aparece num registro de cidadania, colocando-o em situação similar aos das demais esferas de atenção à saúde, assim expressa nos termos que constam da política: “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 ” (Brasil, 2012a:62). A partir de um dispositivo específico para atender essa população: o Consultório na Rua, assim proposto: “Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos Consultórios na Rua” (loc. cit.).

A noção de ‘todo e qualquer profissional de saúde’ presente no texto é passível, contudo, de ser subvertida nas práticas de saúde, na medida em que a política institui uma equipe diferenciada, bem como modela ações também diferenciadas, ainda que orientadas pela excepcionalidade. A diretriz que concebe a estratégia como ‘dispositivo específico’ é ainda mais reforçada no texto da política, ao definir a responsabilidade exclusiva pelas ações as “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”¹²² (loc. cit.). Essas contradições dão indícios das diversas pressões, conexões e conflitos presentes num campo de múltiplos atores e interesses, que vocalizam posições não necessariamente coincidentes e com força política e representatividade assimétricas. Esse debate será retomado mais à frente.

As diretrizes da política normatizam os contornos assistenciais que o dispositivo do Consultório na Rua (Cnar) deve assumir quando de sua implantação. Uma delas corresponde a composição e formato das equipes, que aliada a estratégia de incentivo financeiro aos municípios¹²³, reforçam ideia de modelo de atenção exclusivo à população em situação de rua. A Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2011, alterada posteriormente pela Portaria Nº 1.029, de 20 de maio de 2014, definem as diretrizes de organização e composição das equipes multiprofissionais em modalidades diferenciadas¹²⁴.

A política prioriza a implantação do Cnar nos municípios mais populosos (acima de 100 mil habitantes), porém admite a implantação de equipes em municípios menores, desde que comprovada a significativa existência de população em situação de rua. Orienta a atuação de base territorial, tendo por referência uma unidade básica de saúde da área de atuação da equipe, ainda que defina e reforce a noção de atuação nos espaços públicos abertos, da realização das atividades da equipe de forma itinerante – nas ruas.

A inclusão do dispositivo Cnar na política nacional de atenção básica, foi seguida por uma segunda inscrição formal, de cunho mais conceitual, orientador e

¹²² Os municípios que não implantarem o Cnar devem atender a população em situação de rua na ESF, **porém, sem acessar os incentivos financeiros** (grifo meu). (Brasil, 2011f).

¹²³ O Art.8º da referida portaria institui incentivos financeiros para os gastos com a manutenção das equipes do Consultório na Rua, com repasses mensais de recursos, definidos segundo as três modalidades: Modalidade I: repasse de R\$ 19.900,00 (dezenove mil e novecentos reais) por equipe; Modalidade II - repasse de R\$ 27.300,00 (vinte e sete mil e trezentos reais) por equipe; e Modalidade III – repasse de R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por equipe. Esses valores equivalem a 4.975 euros, 6.825 euros e 8.800 euros, respectivamente. Valores calculados com base no câmbio oficial do Banco Central do Brasil, na relação de 4 reais para 1 euro, vigente em 21 de agosto de 2015. Disponível: <http://www4.bcb.gov.br/pec/conversao/conversao.asp>).

¹²⁴ Modalidade I: formada por quatro profissionais, sendo dois destes obrigatoriamente das seguintes categorias profissionais: enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional. Os dois outros podem ser escolhidos entre as seguintes categorias: agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação; Modalidade II: formada por seis profissionais, com a mesma orientação de escolha da Modalidade I; e Modalidade III, com igual composição da Modalidade II, acrescida de um profissional médico. (Brasil, 2014c)

programático, feita através de uma publicação do Ministério da Saúde no ano de 2012, denominada de “Manual do cuidado da população em situação de rua” (Brasil, 2012c). Os sentidos do dispositivo são assumidos enquanto diretrizes, tendo como objetivo orientar a implantação do Cnar em diversas cidades brasileiras. Alguns dos sentidos propostos são aqui destacados.

Um primeiro sentido refere-se ao trabalho articulado da equipe Cnar com as equipes da saúde da família, da atenção psicossocial, da rede de urgência e dos demais dispositivos sociais, com destaque para a assistência social. A articulação denota a compreensão ampliada de saúde e orienta a ação intersetorial.

Os profissionais de saúde devem buscar parcerias para o enfrentamento dos determinantes sociais do adoecimento [...] Parece haver consenso sobre a importância da assistência em saúde não levar em conta somente os fatores biológicos, mas incorporar a estes os condicionantes e determinantes sociais do processo saúde–doença, bem como a subjetividade dos sujeitos, possibilitando, assim, uma produção de saúde integral mais efetiva [...] (Brasil, 2012c:33)

O segundo sentido reforça as noções de acolhimento, acesso e vínculo como práticas políticas e terapêuticas, ancoradas na escuta e nas relações intersubjetivas favorecidas pelos encontros. Um terceiro sentido destaca o lugar do território no processo de cartografia do trabalho. A equipe deve lançar mão do diagnóstico situacional dos territórios – locais de maior concentração de pessoas; identificação de informação demográfica como faixa etária, percepção e registro dos “horários de alimentação, sono, presença de policiamento e tráfico/consumo de drogas, [...] violência, coexistência de transtornos mentais sem tratamento, prostituição e uso abusivo de álcool e drogas” (op.cit.p.34). A percepção desses fluxos deve funcionar como norteador da organização do trabalho da equipe, na definição das visitas, com maior ou menor intensificação de sua presença nas diversas áreas. Orientam que o diagnóstico situacional deve ser dinâmico, tanto quanto as áreas também o são, propiciando o estabelecimento de práticas relacionadas às demandas aos diferentes contextos.

Um quarto sentido destacado refere-se à noção de singularidade do sujeito, entendido como a bagagem que cada um traz consigo, uma “marca da sua história e trajetória de vida”. A noção de singularidade rebate no reconhecimento dos “aspectos subjetivos que contribuem para construir a identidade do sujeito e o lugar que hoje ocupa na sociedade e em seu contexto de vida” (op.cit.p.36).

Redução de danos é o quinto e último sentido assinalado. O consumo de drogas está associado ao cotidiano de parte significativa de pessoas em situação de rua nas grandes cidades (Bastos & Bertoni, 2014). A abordagem atualmente considerada como mais adequada pelas políticas governamentais, apoiada em consensos internacionais, é a que opera no registro da redução de danos. A concepção de redução de danos ancora-se no reconhecimento de possibilidades e modos de vida do sujeito, *vis-à-vis* a magnitude das consequências do uso de drogas. As origens das práticas de redução de danos remontam aos programas de trocas de seringas no momento mais epidêmico da AIDS. É uma reorientação no enfoque e noções do tratamento político, social e de saúde pública em relação às drogas (Brasil, 2007b).

No final da década de 1990 a redução de danos é incluída como estratégia de saúde pública em algumas experiências no país, como na cidade de Salvador na Bahia. Constitui atualmente em políticas governamentais, defendidas por grupos de representantes da sociedade civil, como a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) e a Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC). O acúmulo de experiências informa parte considerável dos programas de redução de danos em execução. Em linhas gerais a Redução de Danos é entendida como um conjunto de estratégias e instrumentos utilizados no sentido de minimizar as consequências do uso de drogas para a saúde. Em sua maioria vem traduzindo-se em alternativas de uso que culminem na diminuição de danos individuais e coletivos (Bastos & Martins, 2003)¹²⁵.

A noção de redução de danos ampliou-se, sendo estendida à diversas práticas substitutivas e alternativas, dentro de um conjunto negociado de opções, que possam resultar em diminuição de danos de diversas naturezas. Em 2003 passa a fazer parte da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. (Brasil, 2003). Como política nacional destaca-se o programa do governo

¹²⁵ Entretanto, a conjuntura atual é controversa e plena de conflitos e contradições. O que hoje é em alguma medida aceito em alguns espaços, num passado recente mal entrava na pauta de políticas. O Programa de Troca de Seringas (PTS) na cidade de Santos no ano de 1989 que consistia, entre outras ações, em trocar seringas usadas por seringas estéreis, como forma de diminuir o risco de contaminação de doenças como AIDS é um exemplo. A iniciativa foi impedida judicialmente de ser continuada em face de argumentos contrários que concebiam a iniciativa como um estímulo ao consumo de drogas. Santos é uma das maiores zonas portuárias do Brasil, que concentrou grande volume de casos de AIDS na chegada da epidemia no país (Bastos & Martins, 2003).

federal “*Crack é possível vencer*” de 2011, que dentre um conjunto ampliado de diretrizes destacam-se três eixos – prevenção, cuidado e autoridade. Prevê a participação de diversas esferas e setores de governo, como a justiça, a assistência social e a saúde. Inclui na perspectiva da saúde, ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, perpassadas pela diretriz da redução de danos. É estruturada através da constituição de redes de atenção, profissionais habilitados e ações intersetoriais, que devem atuar no acolhimento de usuários e familiares e proporcionar cuidados de saúde a partir das demandas específicas de cada caso, tendo na redução de danos a noção norteadora do cuidado (Brasil, 2011e).

Contudo, estudos recentes apontam contradições na política em diferentes dimensões, com destaque para as ações de autoridades governamentais, que assumem caráter repressivo, e contam com a participação das polícias federal, estaduais e guarda nacional (Valim et. al., 2015). No eixo ‘cuidado’, destaca-se o financiamento de espaços de acolhimento – as Comunidades Terapêuticas (CT), que acabam por transformar-se em serviços de internação oferecidos em parceria com ONGs, muitas delas de cunho religioso, cujas formas de recuperação e de reabilitação de eleição são por meio da evangelização e a conversão religiosa. Ribeiro e Minayo (2015), denominam esses espaços de “CT confessionais”, pois atuam num modelo de tratamento centrado no ‘expurgo do mal’, na oração e na abstinência do uso da droga, estando em dissonância com as políticas públicas de saúde mental, na medida em que estas são orientadas pelo laicismo e pela redução de danos¹²⁶.

Ao longo dos últimos quatro anos a política de Consultórios na Rua estendeu-se, assumindo um lugar de política nacional. Em agosto de 2015 havia 144 equipes de Cnar no país, distribuídas em 83 municípios. Em relação a 2012, que contava com 80 equipes, significa um crescimento de 80%¹²⁷. No município do Rio de Janeiro foram criados seis consultórios na rua até o ano de 2015, nas regiões

¹²⁶ No Capítulo VI esses temas retornam com os relatos e vivências do trabalho de campo.

¹²⁷ Portal da Saúde. Ministério da Saúde Disponível em:

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/dagep-departamento-de-apoio-a-gestao-participativa/dagep-noticias/20724-ms-lanca-campanha-de-saude-para-pessoas-em-situacao-de-rua>.

do Centro, Jacarezinho, Mangueiras, Acari, Realengo e Santa Cruz, totalizando 7.900 pessoas em situação de rua cadastradas pelas equipes dessas regiões¹²⁸.

O secretário de saúde do município do Rio de Janeiro ressalta o valor desse dispositivo assistencial, ratificando sua atuação enquanto parte da modalidade de APS, dando destaque ao trabalho das equipes junto aos pacientes em tratamento da tuberculose, ressaltando o fato destes apresentarem uma taxa de abandono menor em relação a algumas equipes da ESF.

Essas equipes são muito especiais. Eles conseguem um vínculo especial com os pacientes. Apesar de serem mais difíceis, não terem endereço fixo e que muitas vezes precisam ser procurados e os profissionais percorrem distâncias muito grandes em busca deles. (Entrevistado 8, 2014)

Reconhecer essa política como um avanço não significa, entretanto, abdicar de análises críticas acerca de contextos nos quais ocorrem a formulação e indução de estratégias não hegemônicas, imersas num cenário de diversas pressões. Os contornos assumidos nas formulações e práticas dão indícios dos seus sentidos, que podem consolidar-se em linhas de especificações e segmentações de serviços e pessoas. Por em debate significa pensar para além do discurso performativo institucional, que comporta e modela formas e espaços de albergagem do sofrimento (Fassin, 1998), caminhando para um outro desdobramento performativo – o das práticas de saúde.

A noção de inclusão/exclusão ajuda a pensar no sentido de ‘inclusão’ assumido na política, que ao reforçar a especificidade do dispositivo, para uma população também ‘específica’, indica a diretriz de segmentação. Esse contraditório ‘inclusão-segmentação’ pode, no transcorrer das práticas, tanto caminhar no sentido de consolidação, fortalecimento e inclusão de pessoas em situação de rua no rol efetivo das políticas de saúde, como também no seu oposto, ou seja, na reificação de sujeitos segmentados, cuja inclusão só ocorre temporariamente por via de incentivos financeiros a projetos específicos que sustentam serviços e profissionais, especificamente dedicados aquela ‘causa’. Os contornos, caminhos e sentidos assumidos pela política dependem da

¹²⁸ Prefeitura do Rio de Janeiro/Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=5501090>

complexidade dos agenciamentos - técnicos, políticos e sociais, e da amplitude das conexões, onde um conjunto de elementos e atores desempenham papel de destaque, principalmente os dos movimentos sociais.

Com relação a tuberculose e situação de rua, a despeito dos avanços registrados, a redução da doença vista em termos populacionais gerais para o país, não tem o mesmo comportamento em todos os territórios e populações. Especialmente nas áreas que concentram piores condições de vida e de saúde, persistem elevados índices que cartografam a tuberculose num mapa de vulnerabilidades sob diversos recortes. Negros, pessoas privadas de liberdade, em situação de rua e indígenas estão entre aquelas com maiores riscos de adoecimento por tuberculose.

A complexidade da delimitação espacial radicaliza essa noção de risco, em que a concentração da tuberculose nas áreas urbanas mais pobres, são um retrato da cisão sócio econômica da cidade do Rio de Janeiro, e da maneira pela qual está ordenada a convivência urbana historicamente construída, desdobrando numa complexa tessitura de práticas sociais. As práticas de saúde são parte constitutivas desse enredo. A despeito do estado e município do Rio de Janeiro terem os piores indicadores de tuberculose, o recorte social e territorial faz com que a doença não esteja igualmente distribuída e conseqüentemente não entre na agenda da saúde privada, cujo acesso é restrito às populações de classes média e alta.

A tuberculose é tão vinculada a pobreza que os médicos em seus consultórios particulares não reconhecem os seus sintomas, mesmo quando em presença de sintomáticos respiratórios. Eles não incluem a tuberculose no rol das suspeitas diagnósticas das afecções pulmonares, detendo-se nas afecções alérgicas e as doenças infecciosas de outros agentes patogênicos. Os raros casos de tuberculose nos consultórios privados são difíceis de diagnosticar por causa disso. É como se fosse inconcebível a tuberculose estar presente em seu ambiente e nas pessoas que eles tratam. E de fato é isso mesmo, não tem tuberculose por lá. Em relação a outras doenças como a AIDS é diferente, o preconceito tem outra cara, que não é a da pobreza. (Entrevistado 5, 2013)

Porém, a dificuldade diagnóstica relatada não é exclusiva aos ambientes da medicina privada, estando presente nos serviços públicos de saúde. A formação médica no Brasil é alvo de controvérsias, com posicionamentos que vão desde

aqueles que indicam ser esta majoritariamente direcionada à medicina liberal e hospitalocêntrica; como aqueles que problematizam a questão de maneira crítica, porém propositiva, ao abordar a importância da formação médica a partir da tradição da medicina preventiva e social no país (Feuerwerker, 1998; Haddad, 2009; Almeida Filho, 2010b). Entretanto a posição dos gestores da saúde entrevistados enfatiza que, ainda que haja políticas recentes de reversão do quadro, as questões de saúde pública, das doenças de interesse sanitário, em geral, recebem pouco destaque nos currículos das instituições formadoras.

Infelizmente a maioria dos médicos que estão sendo formados tem pouca noção da tuberculose. Demoram a suspeitar da doença. A evolução da doença é lenta, então aquela tossezinha não é valorizada. Até o paciente ficar bem mal. Aí já está há meses doente e contaminando, sem que o médico tenha suspeitado. Até passou um xaropezinho, fala também de alergia, ou qualquer outra coisa. A formação está equivocada em relação ao mundo que ele [o médico] vive. A tuberculose aqui é comum, os profissionais de saúde não podem desconhecer isso. Então um paciente que em menos de um mês já podia estar em tratamento, fica meses disseminando o bacilo, e com isso aumenta a incidência. (Entrevistado 7, 2013)

A invisibilidade da tuberculose, por um lado, e o extremo oposto, ser um dos principais problemas de saúde pública, refletem a cartografia social brasileira, em especial do Rio de Janeiro. Em 2010 o coeficiente de incidência de tuberculose em negros foi 2,2 vezes maior; dos indígenas, 3 vezes maior e; da população privada de liberdade, 28 vezes maior, todos em relação a população em geral (Brasil, 2014a). Em termos territoriais essa mesma tendência acompanha alguns recortes, como as áreas de maior concentração de população de baixa renda, conforme será problematizado a seguir, na discussão sobre os territórios de vulnerabilidade social da cidade do Rio de Janeiro.

IV.8 - Espaços e movimentos sob a tessitura das desigualdades – os territórios em vulnerabilidade

A cartografia social da tuberculose na cidade do Rio de Janeiro, ao mesmo tempo em que recorta e circunscreve espaços e pessoas, imprime dinamicamente

outros deslocamentos, dada a formas específicas de convivências e da intensidade na circulação de pessoas, contribuindo para uma noção diferenciada de território urbano. A dinâmica da tuberculose provê imgeticamente os contornos das contradições próprias, não apenas dessa cidade, como de outros centros urbanos brasileiros marcados pelas desigualdades. Essa dinâmica da doença levou o presente estudo para dois territórios, entendidos como de vulnerabilidade social: o Território 5 da Rocinha¹²⁹ e ‘cenas de uso’ do *crack*, nas regiões de Manguinhos, Maré e Jacarezinho. A noção de território e nessa perspectiva, a inscrição da tuberculose, é a seguir trabalhada, tendo por fios condutores alguns debates sobre essa noção, e um olhar territorial sobre as determinações sociais de saúde e doença.

Para pensar território recorro a três noções propostas pelo geógrafo Milton Santos – ‘território usado’, ‘evento’ e ‘saber local’. Para o autor, território não é *per se* e estaticamente uma categoria de análise. Para que possa ser uma categoria analítica, a partir do recorte das ciências sociais, propõe a noção de ‘território usado’, num quadro de referência que pressupõe a “sociedade enquanto território, enquanto espaço”. Sociedade seria o conteúdo, aquilo que dá o “dinamismo socioterritorial, socioespacial, essas formas-conteúdo que têm a ver com a existência”. A noção de ‘território usado’ fundamenta pensar sobre algo dinâmico, numa concepção de “território em processo”. Para o autor, a ideia de território como algo processual constitui “o quadro da vida de todos nós, na sua dimensão global, na sua dimensão nacional, nas suas dimensões intermediárias e na sua dimensão local” (1999:18-19).

O território seria um campo de forças e de contradições marcadas pela dissonância entre o uso econômico e o uso social dos mesmos recursos, ou mesmo a (im)possibilidade de produção de recursos, dada a questão do conflito de interesses entre mercado, Estado e sociedade, cuja balança pende para o primeiro. No capitalismo contemporâneo a economia global repercute no território, assim problematizado por Santos:

¹²⁹ Área 5 é o nome fictício dado a um território da Rocinha no qual desenvolvi o estudo de campo, tratado no Capítulo V.

[a economia global] aumenta a instabilidade do território “de cima” para “baixo”. Isto é, a produção da ordem para as empresas e da desordem para todos os outros agentes, e para o próprio território incapaz de se ordenar porque ideologicamente decidimos que essas grandes empresas são indispensáveis. Assim, aceitamos a idéia de que o território tem que ser desorganizado (1999:21).¹³⁰

Já a noção de evento é uma categoria, trazida por Santos, para pensar a relação tempo e espaço. Propõe a noção de evento para pensar a realidade como atributo da relação empírica de tempo e espaço. O evento “permite unir o mundo ao lugar; a História que se faz e a História já feita; o futuro e o passado que aparece como presente”. Para o autor, evento é uma chave que reúne as noções de tempo e espaço numa única categoria, provendo uma noção de tempo empírico. É sobre esse ‘tempo empírico’ que se dão as realizações, “num sentido de tornar-se realidade, de fazer-se atualidade” (1999:15), histórica e geograficamente. Pensar em ‘territórios de tuberculosos’ como eventos pode ser rentável em termos analíticos, ao nos debruçarmos sobre as realidades locais, suas dinâmicas, fluxos e inúmeros atores, seus interesses e contradições.

Em relação ao ‘saber local’, Santos propõe um debate a partir da problematização do saber de “*experts*”¹³¹, num contraponto a partir da legitimidade do ‘saber local’ – algo territorialmente forjado, sendo atributo de seus ocupantes, e dado na cotidianidade. Para ele o “o saber local, que é nutrido pelo cotidiano, é a ponte para a produção de uma política – é resultado de sábios locais” (1999:21). Problematizando a premissa das esferas global e local, Santos afirma que “o lugar colhe no mundo atributos que o realizam histórica e geograficamente. É o mundo que se dá seletivamente no lugar”. O argumento serve de base para a negação de uma suposta validade do conhecimento teórico, enquanto totalidade, descolado do espaço e do cotidiano, pois “o cotidiano é a realização das pessoas e, quem sabe, também das instituições e das empresas nos lugares.” (1999:22)

Sobre o conhecimento produzido em espaços formais, como as universidades, ressalta que essas desempenham um papel importante, pois

¹³⁰ Santos é bastante crítico em relação ao poder da economia sobre países como o Brasil e seu impacto no ‘território usado’: “O que é grave é que as necessidades das empresas globais, e isso o território mostra, arrastam os governos – nacional, estaduais, no caso do Brasil, e locais.” (1999:21).

¹³¹ Num certo radicalismo anedótico, Santos sugere que os *experts* internacionais deveriam “no máximo fazer uma palestra de dois dias e ir embora” (1999:21).

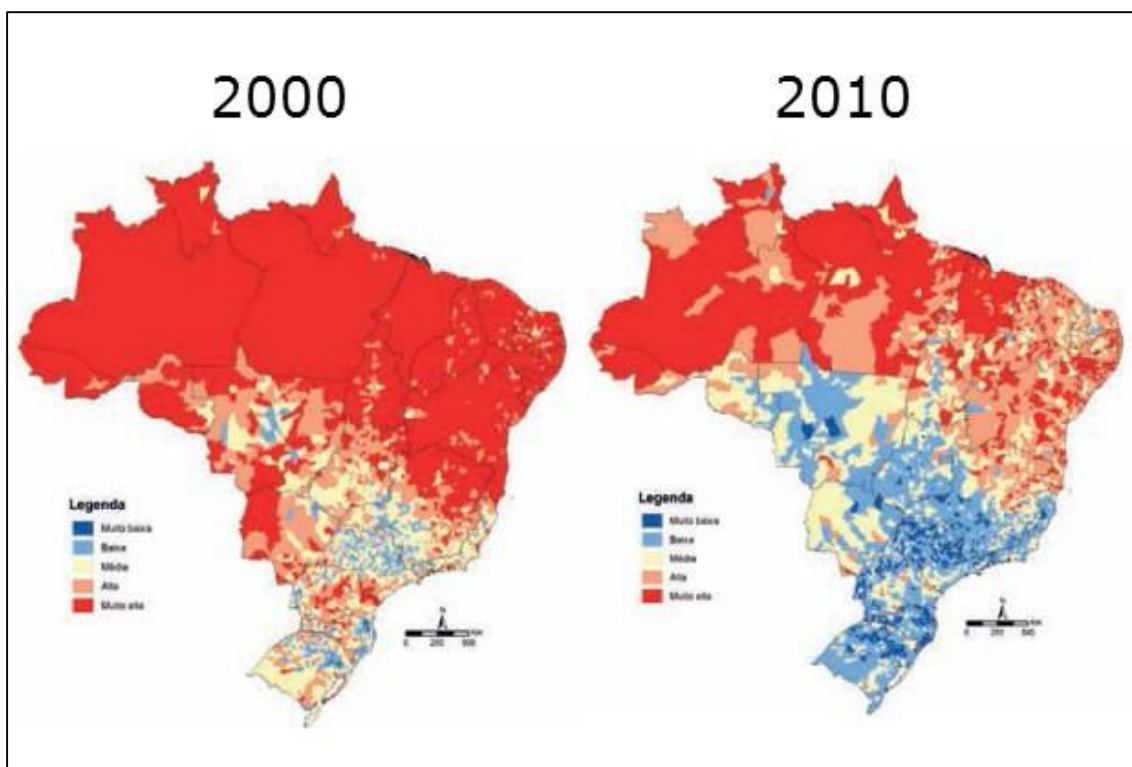
entende que os saberes, global e local, são interligados, porém, argumenta que deve haver um compromisso de ir para além do discurso, possibilitando a abertura de validações desse conhecimento, a partir das análises locais, que [...] “permita[m] oferecer elementos de análise localmente reciclados”. Para ele o papel do saber global (formal), seria o de oferecer “um quadro geral de entendimento do local [...] a ser feito localmente”. Afirma também os conhecimentos propostos nesse âmbito “não são diretamente aplicáveis às políticas locais” (1999:25)¹³².

A noção de território usado e as contradições urbanas operadas pelas desigualdades fornecem subsídios para pensar as dinâmicas nos territórios trabalhados neste estudo. Também fazem sentido e colaboram ao entendimento dos recortes das desigualdades e vulnerabilidades um mapeamento em âmbito nacional. Ainda que esse tipo de ‘plotagem geográfica’ conceda apenas uma imagem estática sobre as desigualdades sócio econômicas do país, considero oportuno apresentar esse quadro, pois ele fornece a dimensão do modelo concentrador de riquezas historicamente operado no país, com a delimitação territorial da pobreza, bem como do seu oposto e que lhe fornece sentido, a da concentração de riquezas.

O Atlas da Vulnerabilidade Social (IPEA, 2015), ratifica que a pobreza se exprime em bases territoriais. O mapeamento realizado, segundo um recorte municipal sobre o qual técnicos operam análises de indicadores como o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), exprime uma diminuição das imensas desigualdades ao longo da década passada, porém, ainda que em outro patamar, mantém um quadro de vulnerabilidade social bastante significativo, com destaque para a desigualdades entre as regiões Norte e Nordeste em relação as regiões Sul e Sudeste, bem como alterações significativas em relação a região Centro Oeste. (Figura 11).

¹³² O debate sobre ‘saber local’ de Milton Santos mantém estreito diálogo com os aportes de Santos (2010) e Nunes (2003 e 2010) sobre a produção de conhecimento, abordados em capítulos anteriores.

Figura 11 - Mapa do Índice de Vulnerabilidade Social. Brasil, 2000 e 2010.



Fonte: IPEA - Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros, 2015.

O próprio documento, contudo, reconhece que as dimensões das desigualdades não se expressam apenas num recorte municipal. Estão internamente presentes - na diferenciação em bairros, ou mesmo em zonas dentro de um mesmo bairro (como nas áreas de montanhas, incrustadas nos bairros, os denominados ‘morros’ da cidade do Rio de Janeiro, ocupados pelas populações empobrecidas), exprimindo as desigualdades num recorte intra municipal.

Uma característica importante da pobreza urbana e metropolitana consiste na segregação espacial como forte condicionante da própria condição de pobreza, uma vez que a diferenciação entre áreas intraurbanas, em termos de infraestrutura, segurança, disponibilidade de espaços públicos, entre outros, influencia os níveis de bem-estar de pessoas e famílias. Em sua forma extrema, a segregação residencial cria, de um lado, “guetos” de famílias pobres ou que comungam de determinados fatores que as tornam vulneráveis à pobreza e, de outro, áreas que concentram as parcelas da população com altíssimos níveis de riqueza (IPEA, 2015:8).

As zonas e bairros da cidade do Rio de Janeiro são paradigmáticos dessa segregação espacial e da complexa dinâmica urbana. A localização e circulação de

peças e as regras, explícitas e implícitas, do uso dos espaços urbanos também acompanham essa lógica segregacionista – no uso das praias; no acesso a ruas¹³³, na circulação dos transportes públicos, nos lugares diferenciados de moradia, entre outros usos do território urbano, explicitam formas de ‘acomodação’, ‘naturalização’ e ‘domesticação’ das desigualdades nos espaços das cidades. Milton Santos fala sobre vínculos entre o lugar e o valor atribuído aos sujeitos – o componente espacial da desigualdade, e as tramas de manutenção de um certo estado de coisas, através da localização de sujeitos nos territórios, que ratifica pelo lugar, uma noção de cidadania.

O espaço impõe a cada coisa um determinado feixe de relações, porque cada coisa ocupa um lugar dado. Cada homem vale pelo lugar onde está: o seu valor como produtor, consumidor, cidadão, depende de sua localização no território. Seu valor vai mudando, incessantemente, para melhor ou para pior, em função das diferenças de acessibilidade (tempo, frequência, preço), independentes de sua própria condição. Pessoas, com as mesmas virtualidades, a mesma formação, até mesmo o mesmo salário, têm valor diferente segundo o lugar em que vivem: as oportunidades não são as mesmas. Por isso, a possibilidade de ser mais ou menos cidadão depende, em larga proporção, do ponto do território onde se está. Enquanto um lugar vem a ser condição de sua pobreza, um outro lugar poderia, no mesmo momento histórico, facilitar o acesso àqueles bens e serviços que lhes são teoricamente devidos, mas que, de fato, lhes faltam. (Milton Santos, 2013:161)

O acesso aos bens e serviços na cidade é definido por vários recortes, sendo um dos principais, o territorial. No Rio de Janeiro a localização territorial imprime cartograficamente o valor dos sujeitos na cidade. Contudo, as regiões denominadas de ‘favela’ - suas histórias, seus moradores e movimentos, apesar do histórico apagamento, têm ao longo das últimas décadas assumido relevância no pensamento social brasileiro, inscrevendo a história social da favela na história política e social brasileira. O pensamento acadêmico passou a consagrar a favela como objeto de estudo privilegiado, ao fornecer-lhe centralidade nas discussões

¹³³ Nos bairros de classe alta e média alta o acesso a algumas ruas, que a princípio ‘seriam’ espaços públicos, são limitados por barreiras tais como guaritas de vigilância e cancelas, operadas por profissionais de segurança privada, contratados pelos moradores do lugar. O acesso é facultado apenas a seus convidados e à alguns trabalhadores, especialmente as empregadas domésticas. Como exemplo pode-se citar ruas do Jardim Guanabara no bairro do Leblon, Zona Sul da cidade, bem como diversas ruas dos Bairros da Gávea, Jardim Botânico e Humaitá. As ruas dos grandes condomínios do bairro da Barra da Tijuca, na Zona Oeste da cidade, também possuem a mesma restrição.

sobre pobreza urbana. (Valladares, 2000)¹³⁴. A autora aponta o início do século XIX um marco não para o surgimento, mas para o reconhecimento da favela como fenômeno urbano brasileiro e, principalmente em sua transformação em problema, tendo na figura dos médicos higienistas e engenheiros personagens centrais desse discurso. Estes traziam como referências a noção dos miasmas na causalidade das doenças, localizando nos aglomerados urbanos os maiores riscos de contaminação, nomeadamente nas favelas: “Seguiu-se, naturalmente, a leitura da favela como doença, moléstia contagiosa, uma patologia social que precisava ser combatida (Valladares, 2000:14).

Mais recentemente a denominação ‘comunidade’ vem sendo usada em substituição ao termo ‘favela’, cuja mudança é liderada pelos “movimentos sociais na expectativa de rompimento com o preconceito em relação tanto à provisoriedade [das moradias], quanto à violência e marginalidade que lhe são apregoadas” (Fernandes e Costa, 2002:118). Os autores mencionam também outras substituições do termo, como ‘aglomerados subnormais’¹³⁵ ou mesmo ‘bairro’, numa tentativa de fornecer outras conotações. Contudo, ponderam que essas iniciativas de alterações semânticas pouco contribuem para mudanças significativas na realidade dessas localidades. Ressaltam, entretanto, que os termos ‘favela’ e ‘comunidade’ operam num processo de identidade social e grupal, relacionados a “processos reivindicatórios, marcas de pertencimento ou explicitação de mudanças, atuando conforme um jogo de interesses e sentidos” (op. cit.:119).

¹³⁴ Segundo Valladares, o termo ‘favela’, “tem origem no morro da Favella, que entrou para a história por sua associação com a guerra de Canudos, por abrigar excombatentes que ali se instalaram para pressionar o Ministério da Guerra a lhes pagar os soldos devidos. O morro da Favella, até então denominado morro da Providência, passa a emprestar seu nome aos muitos aglomerados de casebres sem traçado, arruamento ou acesso aos serviços públicos, construídos em terrenos públicos ou de terceiros, que começam a se multiplicar no centro e nas zonas sul e norte da cidade do Rio de Janeiro” (2000:7). A autora remonta o nome Favella dada a essa ocupação no Rio de Janeiro, ao morro de mesmo nome, na Bahia, que além de possuir vegetação semelhante, desempenhou papel de forte resistência naquela tendo, portanto, “um forte conteúdo simbólico que remete à resistência, à luta dos oprimidos contra um oponente forte e dominador” (2000:9).

¹³⁵ O termo ‘aglomerado subnormal’ é utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) que define as favelas como áreas “dispostas, de forma desordenada e densa, e carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais”. O termo ‘aglomerado subnormal’, aliado à sua definição, fornece a ideia de anormalidade dessas construções, podendo-se problematizar os desdobramentos normalizadores que advém dessa noção, em termos não somente de imaginário social, mas também de políticas públicas.

Porto (2014), defende a inclusão da noção de território no debate da determinação social da saúde a partir de um enfoque “socioambiental crítico e transformador”. Aponta haver uma lacuna na compreensão dos processos sociais em saúde entre “o plano macroestrutural e coletivo, e as condições e potencialidades dos sujeitos em planos mais pessoais e comunitários vinculados ao cotidiano e ao lugar” (op. cit.:4073). Recorre a Bourdieu ao propor um enfoque multidimensional da estrutura social e no resgate da noção de agência dos sujeitos, reforçando o lugar das trajetórias individuais de sujeitos históricos. A abordagem de Porto e colaboradores contribui de maneira significativa pois, além de propiciar análises sobre os elementos que predisõem os sujeitos a determinados agravos de saúde, também propõe operar criticamente, numa perspectiva emancipatória, sobre os processos que os vulnerabilizam¹³⁶.

Como discutido anteriormente, o grande incremento da atividade econômica urbana em contraposição a estagnação rural – em decorrência de fenômenos como as secas no interior do nordeste brasileiro e o modelo de concentração de terras em imensos latifúndios, geraram a partir da década de 50, um grande adensamento populacional das cidades no Brasil especialmente das regiões Sul e Sudeste do país. Esse fenômeno conhecido como ‘êxodo rural’, não foi acompanhado com a provisão de moradia e geração de empregos, culminando com um grande contingente populacional nas grandes cidades, de pessoas em situações precárias – superlotando os já precários territórios e habitações nas favelas existentes e fazendo surgir novas. (Valladares, 2000).

Como abordado, as trilhas do tratamento para tuberculose em situações de vulnerabilidade, percorridas nesse estudo, encaminharam-se para dois territórios em distintas áreas da cidade, que mantêm em comum o marco da exclusão – uma área de favela (Território 5), e em áreas pouco ou não habitadas do subúrbio (encostas de valões, baldios usados como espaço de descarte de lixo; margens de linhas de trem, embaixo de viadutos e pontes, etc.). Uma aproximação sobre esses

¹³⁶ Porto e um conjunto de pesquisadores, em parceria com lideranças e instâncias comunitárias, como o Instituto Raízes em Movimento – da comunidade do Alemão e TV Tagarela da Rocinha, desenvolvem estudos e ações concretas de intervenção socioambiental, com projetos em territórios como Manguinhos, Alemão e Rocinha, no âmbito do Laboratório Territorial de Manguinhos (LTM) da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, (Porto et al.:2015)

contextos fornece sentidos à leitura acerca de práticas de saúde em territórios de vulnerabilidade e de exclusão, sendo abordadas a seguir.

IV.8.1 - Rocinha e Manguinhos – dois palcos de desigualdades e vulnerabilidades

A Rocinha é a maior área de favela¹³⁷ do Rio de Janeiro, considerado pela Prefeitura como bairro, em 1993. O último censo demográfico, de 2010, registrou que a localidade possuía 70 mil habitantes (IBGE, 2010)¹³⁸. Está localizada em uma extensa área de montanha que circunda o Morro Dois Irmãos, com cerca de 847.629m², e disposta sobre dois bairros que possuem uns dos mais altos IDHs da cidade – Gávea e São Conrado. É composta por micro áreas ou sub bairros, tais como: Rua 1, Rua 2, Rua 3, Rua Nova, Barcelos, Roupa Suja, Cachopa, Vila Verde, Macega, Vila Cruzado, 199, Laboriaux, Boiadeiro e Dionéia (SABREN, 2010).

Área de floresta até o início do Século XX, a Rocinha era cortada apenas por uma estreita via de ‘terra batida’ que ligava dois bairros, de um lado a outro da

¹³⁷ Para fins desse trabalho utilizo a denominação ‘favela’ em face as posições que surgiram numa ‘roda de conversa informal’, que presenciei junto com os profissionais, na hora do lanche no boteco em frente à clínica. Estavam também presentes trabalhadores de outros lugares e moradores. O tema surgiu espontaneamente, por conta de discussões sobre recentes ações da polícia na área. A conversa foi longa, trazendo elementos para se pensar percepção e significação sobre a área onde trabalham/vivem. O consenso foi de que a forma de operar da polícia na Rocinha, que é completamente diferente da maneira como se conduzem no ‘asfalto’, é “justificada” por ser esta uma favela. Para eles o ‘senso comum dos de fora da favela’ a consideram como lugar que concentra pobres, com poucos recursos urbanos que beneficiam outras partes da cidade, e forte presença de pessoas ligadas ao tráfico de drogas e outras atividades ilícitas. Esses foram os elementos principais que informariam a diferenciação. Usar a denominação ‘favela’, para aquele grupo de pessoas, seria uma forma de positivar o termo, trazendo outros elementos do cotidiano e da vida do lugar, como a música, no sentido de contrapor essa percepção. A conversa foi finalizada com muitas músicas que tratam do tema a partir desse enfoque, tais como: “Orgulho da favela” (<https://www.youtube.com/watch?v=jvf0as1SdWI>); “Meu nome é favela” (<https://www.vagalume.com.br/arlindo-cruz/meu-nome-e-favela.html>); “Eu só quero é ser feliz” (<https://www.youtube.com/watch?v=JXqE5A1Vwcg>); “Pra sempre favela” (<https://www.youtube.com/watch?v=9qs8n5bNQmQ>).

¹³⁸ Os profissionais de saúde e moradores, com os quais convivi no período do trabalho de campo, falam que a Rocinha possui mais de 100 mil habitantes. Perguntados sobre essa diferença em relação aos dados oficiais, a maioria dá a entender que nem tudo na Rocinha é, ou pode ser, ‘oficial’, nesse entendimento também incluídos seus moradores. Percebi que o caráter informal de vários processos (econômicos, políticos, sociais) dão sustentação a existência do território como ele é – informalidade na geração de renda; nas habitações; nos transportes; nas relações, entre outros registros.

montanha, a Estrada da Gávea. Até os anos 1930 parte da área era ocupada por uma única fazenda (roça), denominada de 'Quebra-Cangalha', que passa a ter seu território ocupado de 'maneira irregular'. A área é então dividida em pequenos lotes de terra (rocinhas), passando a receber cultivo de diversos produtos, como hortaliças, frutas e verduras, e sendo vendidas numa praça do bairro da Gávea. Uma das versões sobre a origem do nome Rocinha narra que com a venda desses produtos, as 'rocinhas' passaram a ser conhecidas por outros moradores de outras áreas da cidade, dando origem ao nome daquela área da cidade (Leitão, 2004).

Como diversas outras ocupações urbanas na cidade do Rio de Janeiro, a partir dos anos 50 a Rocinha recebe um grande incremento populacional, especialmente de migrantes dos estados da Região Nordeste do país, que se baseiam nessa área, entre outros motivos devido à proximidade com uma das zonas mais desenvolvidas e abastadas da cidade, a Zona Sul, e conseqüentemente, pela potencialidade desta de ser geradora de empregos/trabalho/renda. As áreas de rocinhas, até então pouco habitadas e com poucos recursos próprios da urbanidade (saneamento, traçado de ruas com pavimentação, iluminação pública, abastecimento de água), passa a ser destino privilegiado de um grande contingente de pessoas em busca de acesso a melhores possibilidades de sobrevivência. A partir da década de 1990, a migração para a favela passa a ser decorrente do fenômeno de mobilidade espacial intra-urbana, resultado da mobilidade de pessoas de outras locais da região metropolitana do Rio de Janeiro, em busca de habitação mais próxima da oferta de trabalho, em face das más condições de transporte urbano e intermunicipal. "Enquanto que na última década a população da cidade do Rio de Janeiro cresceu 6,9%, as favelas apresentam um crescimento quatro vezes maior" (Soares et. al., 2009).

Território de contradições, a Rocinha é hoje um grande complexo urbano composto por grandes edifícios de apartamentos; lojas; restaurantes; bancos; três clínicas da família; unidade de pronto atendimento; museus; bibliotecas; praças; ginásio poli esportivo, entre outros. E, ao mesmo tempo, por valões de esgoto a céu aberto, becos e vielas sem pavimentação, longas e íngremes escadarias feitas em barro; casebres feitos de todo e qualquer material, principalmente os restos de obras e entulhos, dispostos em áreas de risco de desabamento; imensos depósitos

de lixo (que são espalhados quando das chuvas frequentes); constante presença de animais que transmitem zoonoses como ratos; uma profusão de instalações precárias de iluminação, televisão à cabo e internet; etc.

A noção do ‘asfalto’ produzindo a ‘favela’¹³⁹ se materializa na história da Rocinha. Ao longo dos anos a favela serve de grande ‘manancial’ de oferta de mão de obra para os bairros (o asfalto) do entorno, majoritariamente de baixa remuneração e qualificação profissional – são ajudantes de obras, empregadas domésticas, garçons, cozinheiras, vendedores empregados em comércios locais, vendedores ambulantes, entre outras ocupações. Pelo fato de estar incrustada na Zona Sul, considerada como um dos espaços geográficos mais bonitos da cidade, o território da Rocinha permanece servindo de palco para a constatação das imensas desigualdades sociais. A proximidade do grande contingente de mão de obra junto aos seus potenciais postos de trabalho, elemento facilitador na difícil mobilidade urbana, não é historicamente um argumento potente no sentido de alterar o estado das coisas no território onde vivem. Ao contrário, minha percepção como moradora do ‘asfalto da zona sul’ indica que a preocupação de parte significativa das ‘pessoas do asfalto’ está localizada mais notadamente na facilidade do acesso àquela força de trabalho do que em suas condições de vida.

Iniciativas recentes de gestões governamentais como o PAC¹⁴⁰ implementaram alterações urbanísticas no local, com incrementos infra estruturais (saneamento básico, distribuição de eletricidade, coleta de lixo, pavimentação de ruas, etc.) e construção de equipamentos sociais, como escolas, postos de saúde, unidades de pronto atendimento e centros de lazer e cultura. Entretanto, análises desses projetos apontaram uma participação parcial dos representantes do território nos processos decisórios, assim como o caráter de ‘maquiagem’ das obras (Porto et al., 2015), em detrimento a outras, priorizadas pela população, como o saneamento básico para a totalidade do território.

¹³⁹ A designação asfalto/favela, é uma espécie de reedição do binômio centro/periferia, dado que em muitas áreas de favela as ruas não são asfaltadas, explicitando com o termo a diferenciação e contradição entre as duas áreas (Koslinski & Alves, 2012)

¹⁴⁰ O Programa de Aceleração do Crescimento – PAC, foi criado em 2007 pelo governo federal com objetivo de incrementar o crescimento no país através do investimento em áreas de infraestrutura logística, energética, social e urbana do Brasil. (Brasil, 2007c)

O território de Manguinhos e adjacências, por sua vez, possui outras características. Trata-se de um extenso bairro de 60 mil habitantes (Censo IBGE, 2010), localizado na Zona Norte da cidade. Área ocupada majoritariamente por habitações populares provenientes de políticas habitacionais e de ocupações de grupos de pessoas em situação de pobreza, formando um conjunto de habitações precárias. Atualmente a área é composta por um conjunto diversificado de favelas. É uma região apontada como concentradora de inúmeros problemas ambientais – poluição do ar, rios e solo, em função da ausência de saneamento que serviria às moradias e às inúmeras fábricas, como a Refinaria de Petróleos de Manguinhos e a fábrica de cigarros Souza Cruz, todos responsáveis pelo lançamento contínuo de dejetos nos rios, solo e ar da região¹⁴¹ (Fernandes e Costa, 2012). Estudo desenvolvido por esses autores ressaltam as seguintes características da formação territorial de Manguinhos:

A ocupação de Manguinhos, ocorrida pelo século XX, é associada a aspectos socioeconômicos gerais, às mudanças socioespaciais, às políticas públicas e à densa ocupação, além das obras nas áreas marginais à Baía de Guanabara, as quais mudaram sua configuração original — aterrando suas enseadas, praias, pequenas ilhas, rios e manguezais.¹² Um belo cenário de margem de baía foi destruído por material insalubre como lixo e terra de demolições, e então transformado em lugar de moradia “para um determinado tipo de pessoas: o favelado”, como ressalta a moradora Gleide Guimarães.(Op. cit.,:123)

Os autores ressaltam também o grande crescimento populacional da região nos últimos 30 anos, em função de fatores como a ocupação de terrenos deixados pelas empresas, que foram transferidas para outros espaços; em face de novas construções, feitas em prédios populares verticalizados e com maior capacidade de ocupação, que ao longo dos anos está sendo ainda mais adensados em termos populacional; e com a presença de outros fenômenos como um forte esquema de tráfico de drogas, resultando atualmente um total de cerca de quatorze

¹⁴¹ Seguindo a linha das contradições urbanas e sociais do Rio de Janeiro, Manguinhos sedia uma das maiores e mais renomadas instituições de saúde pública do Brasil e da América do Sul, – a Fundação Oswaldo Cruz. Um dos berços da formulação da noção de determinação social da saúde e da defesa dos direitos de cidadania através da bandeira de luta da saúde. Fernandes e Costa historicam a relação dessa instituição com o bairro, apontando as falências de inúmeras tentativas de transformações consubstanciais no território, que visavam entre outros aspectos, melhores condições de moradias e saneamento básico. Sobre algumas intervenções afirmam: “não converteram a área de Manguinhos em ‘terrenos secos, salubres e irrigáveis’, mas sim em úmidos e altamente vulneráveis que acolheram um enorme contingente populacional, em geral migrado, que não encontrou lugar melhor para se instalar em outras áreas da cidade” (2012:123).

comunidades/favelas: Parque Oswaldo Cruz/Morro do Amorim; Comunidade Vila União; Parque Carlos Chagas/Varginha; Parque João Goulart ; Comunidade Vila Turismo; Centro de Habitação Provisória nº 2 (CHP2); Conjunto Habitacional Nélson Mandela; Conjunto Habitacional Samora Machel; Comunidade Mandela de Pedra; Comunidade Embratel/Samora II; Comunidade Vitória de Manguinhos/Conab/Cobal; Comunidade/Condomínio CCPL; Comunidade Embratel II/Condomínio Embratel; e Condomínio DSUP.

Em ‘territórios desorganizados’ (Milton Santos, 1999), repletos de contradições como repercussão de forças operadas por diversos interesses, é que se encontram grupos de pessoas em situação de rua, alguns deles dispostos em torno do uso de drogas, especialmente do *crack* - as ‘cracolândias’ (Valim et al., 2015). Esses agrupamentos, tais como o Chupa-Cabra, Bandeira II e Linha do Trem¹⁴², que se conformam em espaços de precariedades e vulnerabilidades nessa região da cidade, são territórios vivos, com identidades, perfis, especificidades e dinâmicas próprias. As discussões sobre essas configurações urbanas estão presentes no Capítulo VI do presente estudo.

Trabalho realizado por grupo de pesquisadores do Laboratório Territorial de Manguinhos (LTM) sobre o desenvolvimento e impacto das obras realizadas no âmbito do PAC em Manguinhos, Rocinha e Alemão, aponta para a forma de governos atuarem em territórios e pessoas em situação de vulnerabilidade que acirram contradições. Em base das noções de determinação social da saúde e de promoção emancipatória da saúde, os pesquisadores debruçaram-se sobre as ações do PAC nos três territórios. Através de uma orientação político-metodológica denominada de ‘comunidades ampliadas de pesquisa-ação’ – realizaram fóruns e oficinas de trabalho para análises e propostas de soluções aos problemas da localidade, contando com a participação de pesquisadores, moradores e lideranças

¹⁴² Ressalta-se, entretanto, que apenas aqui utilizo os nomes pelos quais esses espaços são conhecidos. Como já dito, no Capítulo VI todas as configurações territoriais que se organizam, dentre outros motivos, também em torno do consumo do *crack*, recebem nomes fictícios em respeito a questões éticas.

comunitárias. Segundo os pesquisadores a busca por uma promoção emancipatória da saúde envolve:

Práticas de produção compartilhada de conhecimentos que aprofundem questões de saúde, condições de vida, trabalho e meio ambiente, conectando-os com dimensões sociais, políticas e culturais relacionadas às desigualdades sociais, aos déficits de democracia e assimetrias de poder que marcam os territórios urbanos vulneráveis. (Porto et al., 2015:524)

O trabalho desenvolvido por Porto & Col. (2015), assenta em algumas premissas, dentre elas a questão das populações mais pobres sofrerem uma “carga ambiental mais pesada e violenta distribuída de forma desigual em termos socioespaciais” (racismo ambiental), localizados em territórios como as favelas, concebidas como “zonas de sacrifício”. Como resultado do estudo, pesquisadores e moradores concluíram que as intervenções criaram aquilo que denominam de “espaços PAC e espaços não PAC”, devido as obras não terem contemplado o território como um todo, tendo por efeito a reprodução de uma matriz de desigualdades sociais e espaciais, agora internamente aos territórios já previamente vulnerabilizados.

O estudo debruçou-se sobre algumas dimensões do território, como moradia e saneamento. Muitas alterações nos territórios foram assim resumidas pelos pesquisadores: “Com efeito, o PAC criou uma situação onde não há o novo e o antigo. Há o novo e o destruído (que seria o antigo), sendo que o novo é relatado em todos os três territórios como uma maquiagem” (Porto et. al., 2015:531). Como exemplos os autores citam as obras em partes do território de Manguinhos que causaram destruições, ainda não solucionadas para os que se mantiveram na região, como a permanência de entulhos de casas derrubadas e esgoto a céu aberto, cujo objetivo da remoção foi gerar espaço para a construção da nova linha férrea. Outro efeito foi a não reposição de novas moradias para a totalidade dos moradores atingidos pelas remoções.

Na Rocinha, a despeito da existência de um projeto anteriormente desenhado para o território, que contou com a participação da comunidade, e que focava o problema crônico de saneamento, este não foi enfrentado em sua totalidade pelas obras realizadas. Significativa parte dos pequenos córregos, que servem de valas que transportam esgoto e lixo, continuam da mesma forma,

seguindo para um maior deles, conhecido como ‘valão’, que transborda nos períodos de chuvas fortes e contínuas (Porto et al., 2015:533). Contudo outras obras foram priorizadas como a construção de passarelas e monumentos na entrada da favela, bem como outras ações de controle do território como a implantação da Unidade de Polícia Pacificadora – UPP¹⁴³. Porém, parte das obras efetivamente priorizou uma área extremamente insalubre, conforme apontou a diretora de uma Clínica da Família:

A Rua 4, conhecida como a de mais alto risco para a tuberculose, e que atualmente é denominada como Rua Nova, foi alvo de obras. Isso graças à intervenção nossa, da saúde” (Entrevistada 15, 2014).

Essas e outras contradições dão o tom de políticas públicas como o PAC, dirigidas para populações e territórios vulnerabilizados, que não necessariamente levam em consideração, por motivos e interesses diversos, que as intervenções são feitas “sob um território marcado pela provisoriedade, mas habitado por moradores que vêm tecendo projetos de vida, suspensos, ou mesmo abortados, pelas incertezas do programa” (Porto et al., 2015:539). É sobre incertezas, contradições, expectativas, controle, emancipação, repercussões consideradas positivas (autonomia, felicidade, vida), e outras como negativas (cerceamentos, abandono, morte), que discutir-se-á sobre as práticas de saúde em torno de tuberculosos nos territórios.

¹⁴³ Controversa e polêmica política de segurança do governo do estado do Rio de Janeiro, iniciada em 2009, dirigida ao combate da violência empreendida pelos grupos armados de traficantes em diversas favelas nas grandes cidades, especialmente na do Rio de Janeiro. A ações pressupõem a ocupação do território por parte de forças policiais, de forma permanente, sendo essa estratégia considerada pelos seus implementadores como “condição imprescindível para a integração destes territórios à cidade formal” (Fleury, 2012:195). Sobre essa discussão ver, além de Fleury, 2012; Pereira Leite, 2014; Burgos et. al., 2011.

Parte II - Encontros e cenários – performatizando tuberculosos

Um dos principais desafios desse estudo residiu em aproximar-se, responsável e empaticamente, de momentos concretos da vida de pessoas em situação de vulnerabilidade. Uma aproximação fundamentada no pressuposto da relação entre políticas, dinâmicas de vida, sofrimento humano e doenças. Embates sobre concepções de saúde – paradigma biomédico; determinação social da saúde; sujeito, subjetividade e vulnerabilidade - fornecem elementos que ajudam no entendimento da saúde como valor social, ainda que este permaneça como um imenso desafio em termos tanto de inscrições em políticas, como em práticas de saúde.

Essas práticas têm lugar em alguns cenários; assumem variadas formas; são realizadas por diversos atores; e trazem repercussões em sujeitos, vidas e territórios. Diferentes objetos¹⁴⁴ são acionados e se associam nestas práticas. Trata-se de um conjunto de atores e encontros específicos, que circundam tuberculosos em dois diferentes dispositivos assistenciais – uma Clínica da Família na Rocinha e o Consultório na Rua em Manguinhos. Ambos trabalham com pessoas e territórios vulnerabilizados. Acompanhei os atores nas práticas em saúde, a partir dos encontros mantidos entre eles - profissionais e moradores/pacientes em atendimentos. Estão em perspectiva as práticas de saúde em territórios e pessoas em situação de vulnerabilidade, em que a política de ‘controle da tuberculose’, os conhecimentos e vivências dos atores desempenham importante função, num registro das práticas enquanto possibilidade de construção dialógica de conhecimentos, materializados em encontros sob a forma de dispositivos como consultas, visitas, exames, curativos, rodas de conversa, etc.

Não se trata, portanto, de uma análise comparada entre duas estratégias de atenção à saúde – a saúde da família e o consultório na rua, ou mesmo um exercício de tipologia ou avaliação de ‘adequação’ de práticas. Ao contrário, evita-se entender esse campo como espaço de validação ou de comprovação do

¹⁴⁴ Retoma-se a concepção de Latour (2012) sobre a noção de ‘objetos’, no entendimento de que suas conformações e significados são dados em processo e a posteriori, com e pelos atores.

exercício de modelos e hipóteses. Acompanhar as práticas de saúde, através das quais são acionados e produzidos conhecimentos, é então buscar entendimentos e percepções acerca de suas repercussões em espaços e pessoas vulnerabilizadas. Não focar comparativamente ações em saúde em diferentes territórios e dispositivos assistenciais, portanto, representa um esforço de observar o fazer cotidiano em saúde, num entendimento no qual a produção de conhecimento é fruto de diferentes saberes, sem o privilégio “(...) de uma forma particular de conhecimento, o conhecimento científico, e dos critérios que permitem demarcar a ciência de outros modos de conhecimento” (Nunes, 2008:23) Ressalta-se, portanto, que a intenção foi perceber as repercussões em termos das práticas e os desfechos na saúde e na vida dos sujeitos do cuidado¹⁴⁵.

Acompanhar as práticas de saúde significa também olhar suas formas de inscrição - relatórios; instrumentos gerenciais de registro de produção; prontuários e discussões clínicas, levando-se em consideração que narrativas, registros, e construção de normatividades utilizam-se de diversos dispositivos.

Por tratar-se de cenários e territórios de extrema vulnerabilidade, não há como não se afetar pela realidade de pobreza que emoldura as condições de vida dessa população. É um desafio ao papel do pesquisador, quando no lugar de observador. Não houve hipótese de se sair ‘ileso’ e ‘impune’ quando de uma imersão dessa natureza. O conceito de ‘testemunho articulado’ trabalhado por Nunes (2007) ajudou a apaziguar o conflito interno e a pensar a inserção e o olhar sobre o campo como:

[...] um processo permanente de aprendizagem, em que nenhum resultado é garantido, e em que nenhum compromisso normativo pode ignorar as contingências da ação e da história ou as transformações nas configurações de associações, de oposições, de lutas e de desafios que vão desenhando outros presentes e as possibilidades de futuros alternativos. (Nunes, 2007:25)

¹⁴⁵ Opta-se por trabalhar num sentido próximo ao de Mol quando afirma: “(...) *A comparative analysis would show that there are similar patterns. Similar machines. But also different self-evidence. Different needles and different norms. Different jokes. But which differences exactly? And what are their interferences and diffractions? I haven’t studied this. The relations of similarity and difference between one medical site and another are a topic in their own right. By leaving that topic open, I at least avoid the risk of answering it in the standard way (...)*” (op. cit., 2002:2).

A discussão acerca do ‘testemunho articulado’ voltado para a saúde traz implicações importantes em relação a formas de se estar no campo, no terreno. O autor opta pela noção de compromisso constitutivo do processo de produção de conhecimento, para o qual se associa a Farmer (2005) na ideia de solidariedade pragmática, que “(...) corresponde, nesta perspectiva, à construção colaborativa de novas configurações de saberes e de formas de ação social e de produção”. (ibid:25). Entretanto, é necessário reconhecer que os esforços feitos no âmbito desse trabalho ainda não contemplam esses pressupostos, constituindo-se, contudo, num exercício de compromisso e de caminho profissional orientados por essa premissa.

A seguir tem-se os dois últimos capítulos da tese que discorrem sobre o que foi vivenciado junto com profissionais de saúde e pessoas em situação de vulnerabilidade em torno do tratamento da tuberculose. Fruto do acompanhamento das práticas de saúde, o exercício de registro de vivências está disposto segundo recorte de cenários e encontros: no capítulo V – Aqui a Tuberculose é assunto todos os dias – nas práticas de saúde em becos e vielas da Rocinha; e no capítulo IV - Suzana varre a calçada da ‘cracolândia’ – em práticas de saúde nas ruas, embaixo de pontes, viadutos e praças.

V. Aqui a Tuberculose é assunto todos os dias – nas práticas de saúde em becos e vielas da Rocinha.

Tudo que a favela me ensinou
Tudo que lá dentro eu aprendi,
Vou levar comigo aonde eu for,
Vou na humildade procurando ser feliz
Sou favela
Eu fui
E sempre serei favela
Mc Junior e Leonardo

A cisão econômico-social e as conseqüentes disparidades nas condições de vida na cidade do Rio de Janeiro, enquanto um dos grandes exemplos do padrão de desigualdade brasileiro, pode ser vislumbrada de inúmeras maneiras. A cidade partida se revela não apenas no panorama urbano - seus bairros, ruas, praças, praias -, mas também e nas narrativas de atores em diferentes espaços, tendo em frases como 'quem mora no asfalto não sobe o morro' um dos exemplos. A questão do tráfico de drogas e da violência desempenham importante papel em vários territórios, em cujo contexto os códigos e regras são mais facilmente manejados por aqueles que lá residem ou frequentam por outros motivos como o trabalho. O transitar de pessoas alheias ao cotidiano do território é relativamente restrito. É corrente o uso de termos que explicitam essa dicotomia, forjada pelo histórico de desigualdades: Morro versus Asfalto¹⁴⁶; Favela versus Bairro, entre outros. Quando em conversa com pessoas que me auxiliaram em contatos iniciais com a coordenação da Clínica da Família, a frase "*não sobe o morro sozinha*" foi proferida por diversas vezes.

Essa parte do trabalho é iniciada com um breve relato da chegada ao campo¹⁴⁷, minhas percepções, receios e expectativas. Na seqüência, faz-se uma

¹⁴⁶ Como já debatido antes, são muitos os sinais da desigualdade. Territórios como a Rocinha têm uma estrutura urbana deficitária em termos de rede de esgoto, iluminação pública, abastecimento de água, assim como o asfaltamento de ruas. Conseqüentemente, o uso do termo 'asfalto' informa a diferença entre esses dois espaços, demarcando o espaço da pobreza, que está fora da estrutura e das regras do 'resto' da cidade, que é historicamente alvo prioritário das políticas públicas.

¹⁴⁷ Após decisão de acompanhar uma das equipes de Saúde da Família da Rocinha, em face dos altos índices de Tuberculose, o passo seguinte foi estabelecer contato com a direção de uma das Clínicas da Família existentes da região. Por coincidência, uma das áreas em piores condições de

descrição da Clínica – trazendo um pouco de sua história, localização; estrutura; funcionamento; sobre as pessoas que lá trabalham (profissionais de saúde) e são atendidas (pacientes); assim como algumas observações sobre o dia a dia das equipes. Entretanto, como o foco recai sobre o trabalho de observação participante, será está localizado nos cenários nos quais tuberculosas são performatizadas - nos encontros dos profissionais da equipe e os seus pacientes, tendo nesses últimos os fios condutores. Para tanto acompanhou-se cotidianamente os atores em diferentes momentos, nomeadamente quando do desempenho de atividades como: consultas médicas e de enfermagem; visitas domiciliares; administração das doses supervisionadas diárias dos tuberculostáticos no domicílio; reuniões de equipe; discussões de casos clínicos; conversas no almoço, entre outros. A frase que gerou o nome desse capítulo, bem como variações desta, porém de sentido aproximado, foi enunciada por mais de um profissional em diversos momentos do trabalho de campo.

O acesso ao local onde está situada a Clínica é feito majoritariamente por transporte público – ônibus e ‘vans’¹⁴⁸. O trânsito de outros veículos é mais restrito aos de moradores ou de empresas, dada a dificuldade de circulação pelas estreitas vias e a escassez de estacionamentos. Ainda que sendo o principal meio, a qualidade dos transportes públicos é questionável, tendo o tempo de uso da frota e a ausência de ar condicionado apenas como dois exemplos. Perante o calor frequente na cidade do Rio de Janeiro, muitos ônibus possuem ar condicionado, porém em quase nenhum dos que circulam pelo local. Essa questão do acesso ao território não é secundária, pois revela a cisão entre o que vale para o ‘asfalto’ e o

moradia, estrutura e acesso daquele território estava na área de abrangência da Clínica, sob coordenação de um profissional que já havia conhecido alguns anos antes. Tendo minha proposta de trabalho aceita, o acesso foi bastante facilitado, e principalmente, fui muito bem recebida por todos.

¹⁴⁸ As ‘Vans’, enquanto modalidade de transporte público, têm a circulação autorizada pela Prefeitura do Rio de Janeiro, porém atualmente restrita às comunidades de baixa renda e ao entorno que lhes dá acesso. Esses transportes, antes informais e clandestinos (por não estarem legalizados), surgem na década de 90 em meio à crise dos transportes públicos nas grandes metrópoles brasileiras, num cenário no qual o interesse privado tem importante papel, já que em boa parte dessas cidades os transportes públicos são majoritariamente explorados pela iniciativa privada, por meio de concessões (Mamani, 2004). Após longo tempo de embates, foram dadas algumas soluções, como no caso da legalização e restrição de circulação no Rio de Janeiro (Decreto N.º 40.872 de 01 de agosto de 2007, que institui o Serviço de Transporte Complementar do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em http://www.detro.rj.gov.br/arquivos/decreto_sergio_cabral_40.872-dec_40.927.pdf. Acesso em 20/10/2014).

que vale para o 'morro', para a favela. A imensa frota de taxis que em tese serve a cidade como um todo serve bem menos a esses territórios. Quem vive na cidade sabe que parte dos motoristas de taxis recusam-se a transportar passageiros quando o endereço de destino é alguma favela. A justificativa por eles enunciada é o perigo constante nessas áreas, por causa do tráfico de drogas, dos frequentes tiroteios e assaltos, cuja ocorrência não é frequente; porém, quando ocorre, é mais comumente direcionada para aqueles que não moram no lugar, os desconhecidos da comunidade.

Como já foi mencionado, as poucas ruas do bairro por onde há possibilidade de circulação de veículos são extremamente estreitas, sinuosas, sem acostamento e não há locais para estacionar. Conseqüentemente, em muitas ocasiões houve situações que, segundo minhas referências, pareceram-me anômalas em relação aos códigos que conhecia previamente. Por exemplo, os motoristas instituem, de maneira rápida e provisória, a inversão do sentido dos veículos no trânsito, passando a valer por um certo período de tempo a circulação em 'mão inglesa'. Esse fenômeno ocorre com frequência quando da presença de inúmeros veículos parados nas pistas, especialmente nas muitas curvas da estrada. Nessas situações a inversão de sentido da circulação de veículos não necessariamente constitui uma infração, ao contrário, faz parte dos códigos locais, sem os quais a circulação não seria possível, e cuja partilha é mais restrita a quem costuma frequentar o local.

Vê-se que muitas das regras que valem para o 'asfalto' não valem para a favela. Santos (2010), ao falar da cartografia que delimita espaços e pessoas – a 'cartografia abissal', onde as linhas que dividem a realidade social em dois universos distintos -, refere-se a algo visível na relação da Rocinha versus Gávea, Leblon e demais bairros das adjacências. O transcorrer em uma única rua, a Estrada da Gávea, que começa no bairro de mesmo nome, ou seja, no 'asfalto', altera-se radicalmente ao longo de sua subida, numa distância de menos de quatro quilômetros (ou sete minutos) de distância. O que vale para um lado não é válido para o outro: grandes avenidas, ruas asfaltadas, arborizadas e bem iluminadas, praças, cinemas teatros, *shopping centers* versus vielas, becos escuros, poderes paralelos ao Estado (traficantes e milicianos), escassez de taxis; transportes públicos de má qualidade, etc.

Nas primeiras vezes que fui a Rocinha utilizei apenas ônibus, pois tinha algum receio de utilizar as vans, já que estas são pequenas, transitam em grande velocidade, e também por desconhecer os códigos de seu uso. Porém, ao longo do tempo percebi que as vans eram o meio de transporte mais rápido e sistemático e, aos poucos, passei a usá-las diariamente, fui inteirando-me dos códigos. Um dos mais importantes é saber expressar na forma correta o lugar onde se irá descer. Não há sinais sonoros nem visuais, tem de se solicitar, com alguma antecedência, à pessoa que fica em pé ao lado da porta, denominado cobrador, cuja responsabilidade, além de receber o dinheiro da passagem, é também de repassar as solicitações de parada ao motorista. As paradas são informalmente designadas por nomes indicativos dos locais, porém de domínio e conhecimento de todos. Quando se informa a parada ao cobrador, esse imediatamente repassa ao motorista em voz alta: *“Ponte, desce”* ou *“Portão 2, desce”*, entre outros indicativos. Portanto, esse é um código local que não é compartilhado no ‘asfalto’, onde circulam os ônibus nos quais prevalece a solicitação de parada por via de sinal luminoso.

São diferenciações de ‘regras’ em uma mesma cidade como estas que explicitam a fratura entre ‘morro’ e ‘asfalto’, podendo ser desde as mais sutis como essa, até outras bem mais significativas, como as que delimitam geograficamente diferentes possibilidades da violência urbana. Essas e outras impressões sobre o território compõem as narrativas acerca dos inúmeros encontros realizados que decorreram ao longo do trabalho de campo.

V.1 - A Clínica da Família

Na Rocinha, até o início da década de 80, a atenção à saúde em seu próprio território não estava num modelo organizacionalmente integrado aos demais equipamentos sociais da cidade do Rio de Janeiro. Algumas ações em saúde eram realizadas pela Fundação Leão XII, instituição que nasce no final dos anos 40 da relação entre Estado e igreja, de perfil assistencial, quando da conjuntura de crescimento de favelas nos espaços urbanos das grandes cidades brasileiras.

Instituições como essa surgem concomitantemente ao aumento da visibilidade que as favelas assumem no cenário urbano. Entretanto, críticas a essas iniciativas apontam-nas como dispositivos que atuam a partir de práticas normatizantes, que destituem a favela de sua potencialidade política, enquanto *locus* de reivindicações coletivas e de inserção nos processos próprios da cidade. As soluções dos problemas comuns à localidade tinham por foco alterações sobre os indivíduos, localizada em seus comportamentos, “e não a partir de intervenções públicas que atingissem a comunidade como um todo, apreciando suas demandas específicas” (Ramos, 2007).

A maior parte das demandas em saúde eram resolvidas numa outra unidade de saúde, que, entretanto, se localizava fora de seu território, pois que situada no bairro da Gávea. Na mesma década, a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social – SMDS implantou, em parceria com a saúde, algumas ações desenvolvidas por agentes de saúde, com foco na saúde da criança, gestante e imunizações. Foram criados três ‘mini postos’ de saúde que serviam de base para esses profissionais, sendo eles mesmos moradores do território. O protagonismo da SMDS responde, naquele momento, por um conjunto de demandas da população empobrecida, já que a atenção à saúde ainda não tinha caráter universal, estando fundada numa concepção meritocrática do direito à saúde, previamente à instituição do Sistema Único de Saúde – SUS (Zaluar & Alvito, 1998).

Naquela época a SMDS era também chamada de ‘Secretaria dos Favelados’, pois era praticamente a única a ser acionada para resolver as diferentes demandas das populações das favelas, desde a falta de água, pavimentação de ruas, até questões da saúde (Entrevistado 15, 2014).

Em 1982 ocorre uma primeira expansão da atenção primária na cidade e a Rocinha foi contemplada com uma ‘Unidade Auxiliar de Cuidados Primários de Saúde’ - a UACPS Rocinha. Nesse momento, o trabalho da unidade é voltado para dois eixos assistenciais: Imunização e Controle de doenças infecciosas, como Tuberculose e Hanseníase. Contudo, os tratamentos dessas doenças seguiam sob a responsabilidade do Centro de Saúde da Gávea. É apenas nos anos 2000, a partir da ampliação e alteração do perfil assistencial, que a Rocinha passa a contar

com uma Unidade de Saúde, realizando uma gama maior de ações de saúde, dentre estas o tratamento de algumas doenças prevalentes no território, com destaque para a Tuberculose (Ruzany, 2000). Como já abordado, é apenas no final dessa década que ocorre a implantação das três Clínicas da Família hoje existentes, contando com 25 equipes para cobrir em torno de 100 mil habitantes.

A Clínica da Família na qual foi desenvolvido o trabalho de campo está situada na principal via, que margeia uma parte considerável do território, e que faz sua ligação com os bairros que estão ao seu entorno - Gávea e São Conrado. Ao longo da rua, além de casas de moradia, há uma profusão de lojas: farmácias; lanchonetes; salões de beleza; de produtos para animais; restaurantes; mini mercados; açougues, etc. Há também vendedores ambulantes distribuídos de diferentes formas: em pequenos quiosques; a pé portando tabuleiros e em carros, em muitos dos quais a mala traseira é mantida de portas abertas, para exposição dos produtos à venda. Alguns anunciam os produtos, por meio de autofalantes. Outros autofalantes estão distribuídos ao longo da rua, dos quais ouve-se a programação da rádio local. Ao lado da Clínica fica um ponto de moto-taxis¹⁴⁹, e do outro lado uma parada de ônibus e vans. O trânsito de carros e de pedestres é intenso ao longo de todo o dia, com destaque para o início da manhã e da noite, horário de ida e retorno dos trabalhadores, e momento no qual os ônibus e vans transitam extremamente lotados.

A menos de duzentos metros da Clínica está a movimentada Rua Alfa¹⁵⁰, uma das mais antigas e principais ruas do território, que o atravessa de cima abaixo, sendo uma das principais vias de acesso às diversas áreas que compõem esse complexo territorial. Ao lado da Clínica tem início uma outra rua, que dá acesso a uma parte do território considerada como uma das melhores em condições estruturais dentre as demais de cobertura da Clínica, como explicitado na fala de um profissional de enfermagem quando fomos almoçar em um restaurante do lugar: “– essa é a nossa Zona Sul da Rocinha, lá não há becos escuros, todas as ruas

¹⁴⁹ Meio de transporte muito utilizado na circulação de pessoas nas favelas cariocas. A estratégia é simples: são motos que circulam pela área, ou ficam em pontos previamente estipulados, cujos motoristas portam coletes de identificação, capacetes para uso próprio e para o passageiro.

¹⁵⁰ Nome fictício.

são pavimentadas e os serviços urbanos funcionam bem melhor do que nos demais lugares, tais como o recolhimento de lixo, abastecimento de água, iluminação, etc.”

É nesta área, ainda mais elevada que as demais, que se encontra a sede da Unidade de Polícia Pacificadora – UPP do território. Como o acesso à essa área é feito quase que exclusivamente através dessa rua ao lado da Clínica, há a constante presença de um carro de polícia, assim como a concentração de policiais portando armas de fogo bem visíveis¹⁵¹. A esse tipo de ação a PM do Rio de Janeiro denomina de policiamento ostensivo¹⁵².

Essa breve descrição tem por objetivo fornecer algumas imagens sobre movimentos, objetos e dispositivos presentes no campo. É uma tentativa de descrever elementos que estarão presentes em associações que acompanhamos no campo. É também um esforço de mapeamento dos cenários dinâmicos, que forneçam uma ideia sobre o território da clínica, de elementos visibilizados enquanto componentes do território¹⁵³. Entretanto, estes elementos não são concebidos como coisas, preestabelecidos, e com papéis previamente definidos. A maneira como são dispostos e acionados, é que fazem sentido em cada situação. Opera-se em concordância com Latour quando nos diz que

Os agrupamentos precisam ser feitos ou refeitos constantemente e, durante essa criação ou recriação, os construtores deixam para trás inúmeros traços que podem ser usados como dados pelo informante. (...) os agregados sociais não são objetos de uma definição *ostensiva* – como copos, gatos e cadeiras, que podem ser apontados como o indicador -, mas apenas de uma definição *performativa*. São feitos pelos vários modos que lhe dão existência”. (Latour, 2012:59).

V.1.1 - A estrutura física

A Clínica ocupa um prédio de dois andares. A entrada dá acesso a uma sala de espera - com cadeiras dispostas em três filas e um aparelho televisor; seis guichês de atendimento das respectivas equipes, nominadas pelas micro áreas por

¹⁵¹ São frequentes os comentários sobre os tipos das armas utilizadas pelos policiais - fuzil e pistola. Como a primeira possui um cano longo, fica bastante visível para quem passa pelo local.

¹⁵² Disponível em <http://www.upprj.com/>. Acesso em 10/10/2014.

¹⁵³ Ressalta-se, contudo, que se trata de uma narrativa feita a partir de um olhar alheio ao território, de quem vem de fora, sendo, portanto, meus os relevos.

elas abrangidas. Esse espaço dá acesso a um pequeno *lobby* que antecede a dois grandes corredores, onde há um mostruário de vidro contendo os itens que compõem o *kit* do Programa ‘Cegonha Carioca’¹⁵⁴.

No corredor da esquerda estão: a Farmácia – com depósito e dispensação de medicamentos; dois consultórios odontológicos, sala para vacinação; sala para curativos; uma sala dotada de pias e espelhos para atividades da odontologia como escovação, notadamente para crianças; e uma fila de cadeiras dispostas ao longo de todo o corredor. Ao fundo ficam duas outras salas para uso da enfermagem e dois banheiros de uso exclusivo dos funcionários, além de uma porta que dá acesso ao outro corredor. No corredor da direita há seis consultórios para atendimento médico e de enfermagem. Em frente está outra fileira de cadeiras, dispostas ao longo de todo o espaço, com janelas largas que cobrem a parede de ponta a ponta, pelas quais pode-se visualizar uma parte da cidade tida como “*um dos mais bonitos cartões postais do Rio de Janeiro*” (assim descrito por um profissional da Clínica que me conduziu na primeira visita). Ao fundo há dois banheiros para uso dos pacientes. Durante todo o dia há um grande trânsito de pessoas por esses dois corredores, de diferentes faixas etárias, queixas e necessidades.

Cada um dos seis consultórios possui mesa; duas ou três cadeiras; computador; armário; maca para exames; balanças, sendo uma infantil e outra para adultos; equipamento para medir altura; dentre outros. Há também um conjunto de aparelhos médicos menores, tais como: aparelho para aferir a pressão arterial; termômetro; estetoscópio; otoscópio; sonar para ausculta fetal, entre outros. Na última sala há também um aparelho de eletrocardiograma que é utilizado uma vez por semana, para pacientes previamente marcados. Nos dois corredores estão

¹⁵⁴ ‘Cegonha Carioca’ é um projeto implantado em 2011 pela Secretaria de Saúde da cidade do Rio de Janeiro, cujo objetivo é “(...) humanizar e garantir o melhor cuidado para mãe e para o bebê – desde o pré-natal até o parto, para reduzir a mortalidade materno-infantil e incentivar a realização de exames pré-natal”. Das estratégias do programa constam: o fornecimento de itens de vestuário e utensílios para o bebê, a designação da maternidade onde irá fazer o parto, ações educativas; ambulância específica que busca a gestante e leva até a maternidade na hora do parto; e após o parto, divulga as fotos dos recém-nascidos e algumas informações como peso, altura, data e horário do nascimento. Para ter acesso aos benefícios do programa a gestante deverá realizar as ações de pré-natal em sua totalidade, em especial as consultas e exames previstos em seu protocolo. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/cegonha-carioca>

disponíveis dois bebedouros, copos plásticos e uma caixa transparente fixada na parede contendo preservativos, para livre acesso.

No segundo andar fica a área restrita aos funcionários da clínica, no qual estão: a sala dos ACS – composta de seis estações de trabalho dotadas de terminais de computador, um para cada equipe, em cuja parede, acima de cada uma delas, há um *banner* com a foto da área territorial e sua respectiva denominação; uma outra estação de trabalho que é ocupada pelo agente administrativo, um arquivo vertical; e uma mesa redonda para pequenas reuniões. Ao final do corredor há a copa e um banheiro de uso exclusivo dos funcionários. A copa é um importante espaço de convívio, sendo utilizada para refeições como café da manhã, almoço e lanches. Todos os alimentos consumidos são trazidos pelos próprios funcionários, exceto café e açúcar que são fornecidos pela clínica. Há um quadro de avisos com folders de eventos, fotos e uma lista com os nomes dos funcionários que fazem aniversário no mês corrente. Ao longo do corredor desse andar tem uma estante com livros, revistas de saúde, dispositivos de divulgação de eventos, apostilas distribuídas pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde. Esse corredor é também servido por grandes janelas e uma porta que dá para um amplo terraço, no qual há pequenos canteiros suspensos, plantados com ervas e hortaliças, que fazem parte de um projeto de agricultura familiar.

Ainda nesse andar há uma sala menor que é ocupada pela direção e vice direção da Clínica, com suas respectivas mesas, cadeiras, computadores e armários. Fixado na parede ao lado de uma das mesas está um monitor, de tela mediana com imagens em tempo real, de alguns espaços da clínica, principalmente do primeiro andar. Em algumas ocasiões a diretora da clínica declara se ressentir pelo fato de sua sala ficar no segundo e não no primeiro andar“- *o que complica muito a gestão do dia a dia. O ideal seria poder ficar lá embaixo, junto com todo mundo, vendo o que acontece e resolvendo o mais rapidamente o que for preciso. Às vezes acontecem coisas que não fico sabendo, ou acabo sabendo muito depois e nem sempre é o que é, são versões que tenho que escutar muito bem para poder então agir. E esse negócio ai não ajuda muito*”. (referindo-se ao monitor).

Questões relativas ao exercício da gestão em espaços de saúde trazem algumas discussões, como a proposta por Foucault (2008), sobre a arte de governar e a extensão dos procedimentos de controle, enquanto grandes técnicas disciplinares, dedicadas do comportamento dos indivíduos no dia a dia. Reporta-se ao panóptico de Bentham¹⁵⁵, não apenas como construção, mas enquanto metáfora para a fórmula política geral que caracteriza governamentalidades. O panóptico, enquanto metáfora, levou-nos a pensar sobre dispositivos contemporâneos de vigilância na área da saúde, em especial os vivenciados no campo, como a administração da dose diretamente observada de medicamentos (no domicílio ou na unidade de saúde), as câmeras de TV, os registros de dados nos prontuários, como o número de doses efetivadas no tratamento; entre outros. Esses recursos são muitas vezes acionados a partir da relação risco-vigilância – risco do contágio; risco dos profissionais agirem à margem do padronizado, risco no uso indevido dos espaços e instrumentos públicos por parte dos ‘leigos’. Para Van Loon (2002), o termo risco obteve uma penetrante presença no discurso institucionalizado das sociedades modernas ocidentais, estando espreado em vários campos da vida em comum e de suas estratégias de disseminação:

In the late nineteenth century, risk assessments were already essential components of military strategy, insurance business, stock-market exchanges and so on. Risk assessments (albeit crude ones) formed the basis of a range of public health interventions across all western societies in the late nineteenth and early twentieth centuries (Van Loon, 2002:5)

Na área da saúde é vasta a discussão sobre risco, tendo a epidemiologia um grande protagonismo no enfoque dos riscos de adoecimentos, sejam por doenças transmissíveis, não transmissíveis ou acidentes. Mas o tema não está restrito à epidemiologia, é alvo de debates conceituais, cujos enfoques oscilam entre o indivíduo, estilos de vida, ambiente, entre outros. Castiel et al. (2010), apontam o risco como traço constitutivo da sociabilidade moderna, que assume a feição de um constante cálculo individual na busca da saúde, e numa certa perda do sentido social da experiência de saúde em face da construção de uma outra normatividade.

¹⁵⁵ “(...) *Panopticon, or the Inspection-House: Containing the idea of a new principle of construction applicable to any sort of establishment, in which persons of any description are to be kept under inspection, and in particular to penitentiary-houses, prisons, houses of industry, work-houses, poor-houses, manufactories, mad-houses, lazarettos, hospitals, and schools; with a plan adapted to the principle (...)*” (Bentham, apud Foucault 2008:99)

Essa normatividade da gestão individualizada do risco ancora-se na suposta eficácia epistemológica da epidemiologia, enquanto validação científica, e na eficácia simbólica do conceito de estilo de vida, que vem conformando políticas de promoção da saúde de cunho individualizante.

Percebe-se que a noção de risco é cara à saúde, inclusive no registro da gestão. Os potenciais riscos à saúde devem ser controlados pela gestão (de sujeitos e de ambientes. E, paradoxalmente, há uma outra dobra de riscos na saúde, o risco gerado por uma 'gestão não conforme', que por sua vez demanda uma gestão dos riscos dos processos de trabalho.

V.1.2 - As equipes

A estruturação das equipes e a organização do processo de trabalho na Clínica da Família seguem algumas recomendações e diretrizes - da Estratégia Saúde da Família, constantes na Política Nacional da Atenção Básica - PNAB e também das normativas gerenciais e programáticas da Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro. Para cobrir a área de abrangência territorial previamente definida, essa clínica dispõe de seis Equipes de Saúde Família, responsáveis pelos seus respectivos territórios¹⁵⁶, composta de Médico/a, Enfermeiro/a, Técnico/a de Enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde. Conta também com duas Equipes de Saúde Bucal - sendo dois Cirurgiões Dentistas, dois Técnicos e um Auxiliar de Saúde Bucal; uma equipe de farmácia, com um Farmacêutico e um Auxiliar de Farmácia; um profissional de Educação Física; Auxiliares Administrativos, profissionais de Serviços Gerais (limpeza, manutenção e vigilância), além da diretora e vice diretora. A equipe conta também com o apoio de uma profissional do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família¹⁵⁷, cuja agenda na unidade é de um ou dois dias na semana.

¹⁵⁶ A partir daqui, também no sentido de respeitar o sigilo previamente acordado, as equipes e correspondentes territórios serão identificados por números. Dessa forma, a Equipe 1 cobre o Território 1 e assim sucessivamente. E no mesmo sentido, todos os nomes dos profissionais também foram alterados.

¹⁵⁷ O NASF é um dispositivo criado pelo Ministério da Saúde com objetivo de aumentar a resolutividade da atenção primária, por meio da criação de equipes de especialistas de retaguarda

A recepção de pacientes é feita nos guichês dispostos na entrada da clínica correspondentes a cada micro área, sob responsabilidade da respectiva equipe. Quem gerencia esses guichês são os/as agentes de saúde, que encaminham os pacientes para os respectivos consultórios ou salas de procedimentos, como vacina e curativos. O dia a dia das equipes na clínica é pautado por um conjunto de ações de saúde, tais como consultas, visitas domiciliares, curativos, vacinas, testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites, reuniões clínicas e gerenciais, eventos de grupos, entre outros.

Assim como os demais programas e linhas de cuidado, as ações previstas no programa de controle da Tuberculose, em cada micro área e seus respectivos pacientes, está sob a responsabilidade das equipes de referência. Entretanto, há um profissional responsável pela gestão do programa no âmbito da clínica, que consolida as informações de todas as equipes. É uma enfermeira, designada pela direção da clínica para essa função.

Em entrevista, ela se reconhece como uma apaixonada pelo tema e fala com entusiasmo sobre suas principais atribuições, que são: divulgação do fluxo de atendimento dos pacientes de TB (Anexo II), consolidação e monitoramento dos dados do programa, tais como número de casos em tratamento, por etapa, os abandonos, as altas, entre outras informações; representação da clínica junto à coordenação municipal do programa; representação da clínica em debates, seminários e treinamentos; monitoramento e avaliação dos Livros Verde e Amarelo¹⁵⁸; preenchimento de dados nos sistemas de informação, dentre outras.

Ela ressalta que as ações de gestão são importantes, mas que o principal elemento para o sucesso da estratégia *DOTS* é o vínculo estabelecido entre pacientes e profissionais, principalmente o ACS, em face do contato diário proporcionado pela estratégia. Ao fazer uma análise geral do programa na clínica, aponta alguns problemas, como o controle dos contatos. Avalia que estes não vêm sendo feitos como deveriam, localizando o problema no envolvimento insuficiente

da Saúde da Família, cuja composição é variável, de acordo com o perfil da população de referência (Brasil, 2012a).

¹⁵⁸ São grandes cadernos, sendo uma de capa verde e outro amarela, para o registro de informações referentes a tratamento dos pacientes e do controle de contatos, respectivamente.

das famílias e também dos profissionais. Ressente-se também da qualidade das informações registradas nos dois livros de monitoramento dos casos (o verde e o amarelo).

Ao longo de toda minha permanência na clínica, mantivemos inúmeras conversas sobre diversos aspectos relacionados a TB. Numa ocasião ela demanda que eu participe de uma discussão clínica sobre o caso de um paciente com suspeita de TB Miliar, na qual estão duas médicas e outra enfermeira. Surgem algumas dúvidas, principalmente em relação ao diagnóstico, e por conta disso decidem referenciar para uma unidade especializada. Além de me incluir em diversos momentos e situações nas quais a TB é o tema em discussão, a gestora do programa também disponibilizou informações consolidadas das equipes. Ao participar desses momentos ela me possibilitou perceber que, efetivamente, são inúmeras as situações que envolvem a TB no cotidiano da clínica, em todas as suas equipes. Há constantes discussões acerca de diagnósticos e tratamentos, tanto de TB ativa como de ILTB.

Ainda que os manuais, guias e protocolos estejam disponíveis, e sejam sistematicamente acessados, as situações concretas de cada paciente, de seus modos de vida, seus contatos (família, vizinhos, companheiros de trabalho) e também questões envolvendo o território, implicam numa dinâmica que altera, desfaz e refaz associações entre diferentes elementos, fornecendo novas tessituras do fazer cotidiano em saúde¹⁵⁹.

V.2 - A Equipe 5

Por sugestão da direção da clínica, justificada a seguir, fui inserida na Equipe 5. Foram os atores dessa equipe que segui cotidianamente, desenvolvendo-se então quase todo o trabalho de campo na Rocinha. São nove os profissionais que

¹⁵⁹ Como exemplo pode-se citar casos de TB Ganglionar Periférica, que poderiam exigir encaminhamentos para outra unidade realizar a confirmação diagnóstica, mas que dada a urgência da situação e a experiência dos profissionais é assumida pela equipe em face da vulnerabilidade e do modo de vida do paciente, como será visto no caso de Luciano.

compõem a Equipe 5 – Sandra, a enfermeira; Letícia, a médica; Cláudio, Nuno, Renata, Diana, Amália e Cristina, os/as Agentes Comunitários/as de Saúde; e Lúcia, a Técnica de Enfermagem.

A rotina da Médica é majoritariamente ocupada pela realização de consultas, preenchimento de formulários, registro de resultados de exames no sistema de prontuário eletrônico e visitas domiciliares. Sendo que esta última é muitas vezes cancelada em face do grande volume de consultas, principalmente as de demanda espontânea, o que fala da prevalência de situações agudas presentes no território¹⁶⁰. A enfermeira também realiza muitas consultas, entretanto consegue ser em menor número em relação a médica, pois sua agenda é mais preservada para dedicar-se às visitas domiciliares; a coordenação do ‘grupo de redução de danos’, em conjunto com a médica psiquiatra do NASF, voltado para os pacientes que se percebem fazendo uso abusivo de álcool e outras drogas¹⁶¹; realização de testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite às sextas feiras de manhã; preenchimento de informações como resultados de exames no prontuário eletrônico.

O trabalho dos agentes comunitários de saúde é marcadamente definido por ações no território. Como previsto na PNAB, eles são os responsáveis por um amplo conjunto de atividades que vão desde o cadastramento dos moradores que residem na sua micro área, ao acompanhamento dos usuários inseridos nas principais ações programáticas realizadas pela clínica, tais como o cumprimento da agenda do pré-natal por parte das gestantes; ações voltadas para a saúde da criança, em sinergia com a política do Bolsa Família, o TDO da TB no domicílio,

¹⁶⁰ A agenda de consultas médicas e de enfermagem prevê um número de pacientes previamente marcados (acompanhamento de programas como o pré-natal, diabetes, hipertensão, puericultura). É também reservado um número de consultas diárias originadas por ‘demanda espontânea’. Essa corresponde a inclusão de pessoas com queixas que são acolhidas no mesmo dia.

¹⁶¹ A participação nesse grupo é de caráter optativo, assim como nos demais realizados pela clínica como o de controle do tabagismo. A presença dos pacientes é estimulada pelos profissionais. Certa vez acompanhei Sandra na ida a bares da área. Seu objetivo era sensibilizar os donos dos bares a não vender bebidas alcóolicas em demasia para alguns pacientes acompanhados por eles. Em um dos bares em que estivemos encontramos três pacientes da clínica, em estado de embriaguez, por volta das 10 horas da manhã. Sandra conversou com eles sobre o grupo, que decorre as quartas à tarde, e todos disseram que iriam lá ter naquela mesma semana. Entretanto, nenhum apareceu no dia previsto. Sandra e a psiquiatra ressentem-se da baixa adesão ao grupo e costumam falar sobre o assunto nas reuniões. Entendimentos sobre a questão poderiam surgir a partir da escuta dos próprios pacientes – em conversas informais, nas histórias e modos de vida dessas pessoas, informando uma revisão do desenho e das estratégias pensadas para a realização do grupo, que entretanto não compõem a agenda do processo de trabalho.

entre muitas outras ações. Nas instalações da clínica, dentre outras ações, esses profissionais revezam-se na recepção diária dos pacientes, feita no guichê de sua equipe; no acolhimento à demanda espontânea em um turno semanal e no registro de informações no prontuário eletrônico dos pacientes, feito no computador destinado ao uso da Equipe, situado na Sala dos ACS. A técnica de enfermagem dedica-se aos curativos e outros procedimentos que decorrem em uma sala específica. Todos os profissionais participam das duas reuniões semanais previstas: as da própria equipe e a geral da clínica.

O trabalho na clínica começa as oito horas da manhã e se estende até as cinco da tarde, exceto aos sábados, que termina às doze horas. Como as agendas diárias são previamente planejadas, cada um se ocupa de sua própria tarefa – organizar o material para as visitas domiciliares; atender os pacientes no guichê; fazer consultas; registrar as informações acumuladas dos dias anteriores, etc. Entretanto, há também os encontros matinais na copa, destinados ao café ou mesmo uma refeição rápida. Esses encontros costumam ser rápidos e agregar todos os que trabalham na clínica. É um momento de encontros e conversas informais sobre quaisquer assuntos, o que muitas vezes inclui temas como os eventos recentes no território e também sobre os pacientes. Em torno das nove horas os ACS encontram-se na porta da clínica e costumam dirigir-se juntos para a Rua Alfa, que é um dos principais acessos para o Território 5. Em alguns turnos da semana são acompanhados por Sandra ou Letícia.

Um dia bastante esperado pela equipe é a sexta feira, especialmente o turno da tarde, o dia da reunião semanal. Ao longo da semana há uma certa preparação, não apenas dos temas a serem discutidos, mas principalmente do cardápio de ‘comes e bebes’. O ambiente das reuniões de sexta é extremamente descontraído, ainda que a semana tenha sido difícil ou que haja algum assunto problemático a ser discutido. Os nove profissionais se distribuem no exíguo espaço do consultório da equipe, sendo esse um primeiro motivo de descontração, pois, como não há espaço suficientemente confortável para todos, os que chegam por primeiro costumam ficar mais bem acomodados. Já os que se atrasam um pouco são alvo de risos, em face da busca por um lugar minimamente possível para sentar, o que às vezes é escadinha que dá acesso a maca, ou mesmo o chão.

A maior parte das reuniões que presenciei foram coordenadas por Sandra. Essas reuniões são ocupadas (além dos bolos, doces, refrigerantes e pipocas) por temas como discussão de casos; distribuição para os ACS das marcações de exames complementares a serem entregues para os pacientes sob sua responsabilidade¹⁶²; repasse de informes da direção da clínica; discussões sobre os relatórios gerenciais, entre outros.

As marcações de exames geram parte da agenda dos ACS para a semana seguinte, pois eles devem informar e entregar os formulários/guias para os pacientes. Isso pode ser feito na própria clínica, porém, é majoritariamente entregue nas casas das pessoas. Quem faz a distribuição dos formulários para os ACSs é quase sempre Letícia, pois é principalmente ela que coordena as referências do cuidado junto à SMS. Os ACSs que ficam com maior volume de contatos a serem feitos geralmente são motivos de risos e piadas, pois implicam em muitos deslocamentos a serem feitos em pouco tempo.

Quando essa marcação é para uma data muito próxima, eles usam a parte final da reunião para telefonar para os pacientes. Quando do telefonema percebe-se o quanto o ACS está a par da situação de cada uma das pessoas contatadas, que pode ter envolvido um longo de tempo de espera para exame - consulta com especialista de difícil acesso ou mesmo um procedimento cirúrgico muito esperado. É o momento também em que pode-se ver que a atenção primária em saúde, através da Estratégia Saúde da Família, pode efetivamente acessar outros níveis do cuidado em saúde, configurando-se como ordenadora do cuidado, no qual seus profissionais desempenham papel chave.

Após a reunião é chegado outro momento muito esperado: a hora em que quase todos vão para um restaurante que fica em frente à clínica. Apesar de ser um momento de descontração, não são raras as conversas sobre trabalho. Frequentemente debatem sobre temas de trabalho, não apenas entre os profissionais da equipe 5, mas também das demais equipes e a direção da clínica.

¹⁶² A marcação de qualquer exame a ser realizado em outras unidades de saúde está sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, que centraliza e agenda todos os pedidos, por meio de um sistema informatizado de regulação de vagas.

É também o momento em que discutem as relações, estreitam laços e acolhem os novos profissionais que estejam chegando. Registram tudo em fotos e trocam-nas entre si através de seus telefones celulares. É um momento que tem especial lugar na dinâmica do processo de trabalho da clínica, e percebe-se desdobramentos destes nas relações. Algumas queixas entre eles são resolvidas em tons bem-humorados, e percebe-se mudanças nas relações ao longo da semana.

V.3 - O encontro na escada e a rápida inserção na equipe

Antes de iniciar o trabalho de campo, tive um primeiro encontro com a diretora da clínica, afim de solicitar a realização da pesquisa e explicar os motivos e objetivos do estudo. Uma vez na clínica, a definição da equipe que iria acompanhar foi feita já nos primeiros minutos da minha chegada. Fui recebida pela diretora, que me mostrou as dependências da unidade. Apresentou-me a alguns profissionais que íamos encontrando no caminho, e dizia-lhes que o objetivo de minha presença na clínica era acompanhar o trabalho desenvolvido junto aos pacientes com Tuberculose. Ao subirmos a escada que dá acesso ao segundo andar, encontramos-nos com a enfermeira Sandra, que ia em sentido contrário, portando uma caixa térmica, contendo doses de vacinas contra a gripe H1N1. A diretora então repetiu a informação sobre meu estudo, ao que a enfermeira prontamente respondeu: *“estou descendo para a área para fazer o DOTS e vacinar os idosos acamados ou com dificuldades de locomoção. Aliás, a minha área é cheia de paciente de tuberculose, quer ir?”* Imediatamente a diretora responde, *“Boa ideia, a área dela é a mais pobre e insalubre de toda a nossa abrangência e por isso tem mesmo muitos pacientes com Tuberculose”*.

Essa foi uma das primeiras, dentre inúmeras outras, em que a diretora aborda a relação saúde e doença ancorada, em alguma medida, na concepção da determinação social da saúde. Em diferentes situações a vi ressaltando a questão da pobreza como algo importante a ser incorporado no cotidiano do trabalho, inclusive do exercício da clínica. Em entrevista feita posteriormente, ela reforça ser essa uma forma pela qual opera a gestão do trabalho na clínica e que muito desse

entendimento parte não somente de sua formação na área da saúde coletiva, mas fundamentalmente em sua vivência acerca da Tuberculose na Rocinha.

Para conhecer uma doença é necessário conhecer o espaço que ela ocupa no território, e em territórios como a Rocinha esse é um diferencial no trabalho que temos que desenvolver. A ocupação territorial desordenada implicou no surgimento de construções absolutamente insalubres. Há casas sem janelas, situadas em becos escuros, onde não há circulação de ar e claridade. Qual é o resultado disso? Uma maior concentração de doenças infecciosas, principalmente as respiratórias, em especial a Tuberculose. O pior de tudo é que enfrentamos essa realidade há muitos anos, conhecemos a TB de perto” (Entrevistada 15, 2014)

Questionada sobre a amplitude do papel do setor saúde no território, ela reforça a importância de ações intersetoriais, realizadas a partir de entendimentos e funções das instâncias de governo – federal, estadual e municipal -, e ressalta o papel das lideranças locais, assim como do ACS:

Já que o território está em constante movimento e essa dinamicidade tem que ser usada para avançar e não para retroceder, tem-se no ACS um ator chave desse processo, na medida em que ele e o seu trabalho estão mais fortemente imersos nessa dinamicidade (Entrevistada 15, 2014)

A relação doenças, território e pobreza são frequentemente trazidas pela diretora quando da reunião geral da Clínica. Nesse momento ela não apenas discorre sobre alguns temas, como doenças e as más condições de vida, como estimula os profissionais a debaterem a partir de situações que estejam sendo vivenciadas. É comum a presença de líderes comunitários nessas reuniões, a convite da direção, que trazem questões das diferentes áreas, assim como de representantes da SMS e da Coordenação da Região Administrativa¹⁶³. Ainda que faça referência a elementos nos quais a clínica da atenção básica emerge numa concepção ampliada¹⁶⁴, nos processos de gestão cotidiana emergem contradições em termos das prioridades feitas sobre o processo de trabalho dos profissionais das equipes, majoritariamente voltadas para enfoques biomédicos, orientados por metas gerenciais a serem alcançadas pela clínica.

¹⁶³ A Rocinha corresponde à XXVII RA - Região Administrativa da cidade do Rio de Janeiro.

¹⁶⁴ Franco & Merhy (2012).

Por demanda da direção, nessas reuniões foram apresentados, ao longo de dois meses, ‘Diagnósticos Situacionais’, realizados pelas seis equipes. Em cada uma das reuniões semanais uma equipe fazia sua apresentação. Os profissionais traziam informações a respeito da área: uma pouco da história da localidade; a estrutura física, perfil demográfico e epidemiológico da população; e desafios a serem enfrentados. Médicos/as e enfermeiros/as faziam as apresentações sobre o perfil demográfico e epidemiológico em termos consolidados da equipe, e cada ACS, por sua vez, trazia informações de suas respectivas micro-áreas – programas, ciclo de vida e doenças, tais como: número de gestantes; casos de hipertensão, diabetes, tuberculose, entre outros. Assim como informações sobre as condições dos territórios: recolha de lixo; saneamento; escolas, comércios, etc. Ao final das apresentações, todos eram entusiasticamente aplaudidos pelos demais colegas e a diretora então fazia questionamentos sobre o que fora apresentado, estimulando o debate acerca dos desafios identificados por eles¹⁶⁵.

Foi então no encontro da escada que ficou definido que iria acompanhar os profissionais da Equipe 5. Estava ainda tentando inteirar-me da situação naquele primeiro dia quando a enfermeira Sandra diz: “*Vamos então? Tens jaleco?*” Nesse momento dei meia volta, subi as escadas, peguei o jaleco branco que havia levado na bolsa, vesti-o e fui pela primeira vez ao território, acompanhando-a e a três agentes comunitários.

V.3.1 - Descendo a rua

Seguimos em direção à Rua Alfa, que fica a poucos metros da clínica, do outro lado da rua principal, cuja travessia é por si só uma façanha, tendo em vista o grande fluxo de ônibus, carros e motos, e a ausência de faixa ou sinais de pedestres. A entrada da Rua Alfa parece-se com um grande mercado ao ar livre, com uma profusão de lojas e barracas onde se vendem muitos produtos - peixes,

¹⁶⁵ Na primeira reunião em que participei fui apresentada pela diretora e solicitada a fazer uma exposição dos objetivos de meu estudo, no sentido de justificar minha estadia da clínica. Alguns profissionais vieram falar comigo após a reunião, para compartilhar o quanto a tuberculose é um tema importante na clínica e manifestar disponibilidade para o que fosse necessário.

frangos, artigos de limpeza, flores, minimercados, bares, roupas, etc. Em todas as vezes em que lá estive havia policiais da UPP na entrada da rua. A movimentação de pessoas é grande à entrada, porém, vai tornando-se mais escassa conforme se avança, e pouco a pouco transforma-se em vielas e becos estreitos, sendo alguns bem escuros.

Ainda na parte movimentada, há também alguns pequenos tabuleiros dispostos por senhoras, contendo bijuterias artesanais como pulseiras, colares, brincos, miniaturas da bandeira brasileira, dentre outros produtos. Esse pequeno comércio destina-se a turistas estrangeiros, que chegaram até a entrada da rua em veículos abertos, tipo ‘jeeps’, guiados por pessoas da região. Percorrem apenas uma parte da Rua Alfa, portando roupas de cor cáqui modelo ‘safari’, máquinas fotográficas e câmeras de filmar. Presenciei essa cena de ‘turismo na favela’ muitas vezes e constatei que, ainda que não dirigissem praticamente nenhuma palavra aos moradores, os turistas os fotografavam incessantemente, assim como as suas casas, ruas e a paisagem da cidade embaixo do morro. Ao final compravam algumas bijuterias, retornavam para o carro aberto e seguiam em direção à Zona Sul da cidade.

É no registro do ‘exotismo’ das desigualdades, aliado ao contraste oferecido pelo espaço urbano que a Rocinha ocupa, um dos lugares geograficamente mais bonitos da cidade, que se localiza o ‘favela tour’ ou ‘reality tour’, como são divulgadas essas modalidades turísticas no âmbito de hotéis e agências de viagens. No processo de construção da favela como mercado turístico ‘alternativo’, aparecem as noções de autenticidade e interação, como argumento em torno da possibilidade de vivenciar uma realidade exótica e heterodoxa – a pobreza. Alguns estudos estão sendo feitos sobre essa modalidade turística, que foi mais recentemente incrementada com a implantação da UPP, como o de Freire-Medeiros, que problematizam a ideia de mercantilização da imagem da pobreza, que em certa medida corresponde a uma nova estratégia de domesticação das desigualdades.

A complexidade dos tours de realidade - quer sociais ou sombrios – deve-se, sobretudo, ao fato de seu objeto de consumo não ser algo óbvio e tangível. Articulam-se, nos *reality tours*, dois domínios – dinheiro e emoções –, cuja superposição a moralidade ocidental define como incongruente e

agramatical. Não por acaso, provocam calorosos debates, em particular aquele em torno da pertinência ética de se fazer da miséria alheia mercadoria (Freire-Medeiros, 2007:63).

Na repetição das visitas, a cena turística me pareceu ser, em alguma medida, incorporada ao cotidiano dessa parte do território. Quando perguntei se o afluxo de turistas era frequente, junto aos profissionais presentes naquele momento, informaram que sim, e os ACS, que além de profissionais são moradores reagiram no seguinte sentido – *“já que estão aqui, deixe-os olhar, fotografar e deixar algum dinheiro”* (fala de um ACS).

Em depoimento no documentário *“Tá tudo errado”* de Fabiana Melo Souza (2015)¹⁶⁶, o pesquisador Marcelo Porto problematiza um discurso atual de inserção social baseada na ‘glamourização’ da favela, em que são ressaltados e veiculados elementos como “a negra bonita, a ausência de tiros e uma renda maior do favelado”. Ele alerta que esse discurso atua em conjunto com grandes projetos de cidade, de natureza excludente, numa economia de mercado, cujos elementos que estão postos operam no sentido desse *glamour*: os teleféricos, as quadras poli esportivas, os ‘bares moderninhos’ que vendem cerveja importada, as unidades de polícia pacificadora, etc.

Os elementos de *glamour* entram em cena em detrimento das agendas de boa parte dos moradores, como as demandas por saneamento, a participação nos espaços decisórios, nas vertentes emancipatórias da vida política do território. O pesquisador também denomina de ‘safari social’ esse tipo de turismo que, ao mesmo tempo que expõe um olhar exótico e ‘*glamourizador*’ da desigualdade da favela, também opera no sentido de apoiar a invisibilidade e o desrespeito dos direitos e culturas das populações, bem como subsume e deslegitima as pautas dos movimentos sociais.

O Território 5 é um dos mais pobres da região, conforme vimos anteriormente, sendo um dos alvos prioritários de realocação urbana da prefeitura no âmbito do PAC Rocinha. Na caminhada pude constatar o panorama já descrito

¹⁶⁶ Documentário *“Tá tudo Errado”*. Direção de Fabiana Melo Sousa. Produção de Marize Cunha e Fátima Piveta. Laboratório Territorial de Manguinhos/TV Tagarela/Instituto Raízes em Movimento, 2015. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=7JADnpDLKLg>

por muitos: serviços de saneamento extremamente escassos, pois nos inúmeros becos por onde caminhamos, muitos deles bastante íngremes, há uma profusão de lixo de toda espécie - difusamente espalhado; esgoto à céu aberto - que corre ao longo do passeio; juntamente com fezes de cães, que circulam com frequência, assim como gatos, sendo esses últimos em maior quantidade. Percebi que muitos desses animais apresentavam lesões na face, olhos e orelhas. Ao comentar com a enfermeira, esta diz tratar-se de Esporotricose¹⁶⁷, e que essa área apresenta muitos casos, “*são as condições de vida daqui que propiciam essas doenças todas. Há casos de muitas outras doenças transmissíveis. E não vai ter jeito enquanto a situação permanecer assim. Já informamos à Vigilância Sanitária sobre esses casos, mas até agora não obtivemos resposta.*”¹⁶⁸

As condições de moradia são precárias, muitas casas não recebem luz solar; possuem apenas um ou dois cômodos com poucas janelas; estão situadas em áreas íngremes (barrancos); há acúmulo de lixo e água de esgoto no seu entorno e também embaixo das casas. Entretanto, há casas e pequenos edifícios em melhores condições, assemelhando-se às das pequenas cidades brasileiras de baixa renda, como é o caso da maioria das casas do Território 4¹⁶⁹, ainda que sendo simples, diferenciam-se dos ‘barracos’. Essa foi a primeira de uma série de muitas outras vezes, ao longo do trabalho de campo, que segui a equipe em sua incursão ao Território 5, tendo como uma das principais e sistemáticas tarefas a administração domiciliar da dose diária do medicamento contra a Tuberculose – inserido no esquema *DOTS*¹⁷⁰.

¹⁶⁷ “Doença causada pelo fungo *Sporothrix schenckii*. É uma micose que pode afetar animais e humanos. Desde o final da década de 1990, no estado do Rio de Janeiro, tem sido grande a ocorrência da doença em animais, especialmente em gatos. Humanos também podem ser contaminados”. (IPEC, 2013. Disponível em <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/ esporotricose-0>. Acesso em 12/10/2014). Ao longo do tempo da pesquisa de campo vi inúmeros casos de esporotricose humana em pacientes que buscavam atendimento na clínica da família.

¹⁶⁸ O controle de endemias está no rol das responsabilidades da Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental da Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com a ESF, que tem o papel de notificar os casos. Contudo, segundo relato da enfermeira – “*esse trabalho não vem sendo desenvolvido a contento e o Agente de Vigilância Sanitária destacado para o território quase não tem sido visto*”.

¹⁶⁹ Dado importante é que o número de casos de Tuberculose em tratamento na clínica sob a responsabilidade da equipe do Território 4 é quatro vezes menor que os do Território 5.

¹⁷⁰ Sabe-se que a sigla ‘*DOTS*’ não se restringe a ‘dose diretamente observada’ do medicamento, refere-se a um conjunto de ações programáticas de controle e erradicação da Tuberculose. Contudo, os atores do campo utilizam-no como sinônimo desta. Portanto, é nesses termos que

A frase que dá origem a essa parte do trabalho– “Aqui a tuberculose é assunto todos os dias”, é uma referência à dimensão que a tuberculose assume na clínica. Cotidianamente o tema circula em diferentes fluxos e associações: confirmações de casos novos; discussões sobre TB recidiva; exames clínicos e outras diagnoses como PPD e Raios X, sobre sintomáticos respiratórios e outras suspeitas de TB; controle de contatos de TB; ‘DOTS’ diários; dispensação sistemática de tuberculostáticos pela farmácia; mudanças no esquema terapêutico conforme o tempo de tratamento para TB – Etapas I e II; preenchimento de formulários como os Livros Verde e Amarelo; participações em seminários e treinamentos sobre TB; preenchimento de planilhas de gerenciamento do programa de TB que alimentam as estatísticas municipais; participação de técnicos da clínica em pesquisa sobre TB realizada por uma Universidade; realização de vacinas BCG nos recém nascidos; discussão de casos de TB nas reuniões de equipes; trabalhos de conclusão de cursos de pós graduação de alguns profissionais sobre aspectos da TB, tais como o abandono do tratamento, entre muitos outros acionamentos. O cotidiano da clínica é fortemente permeado pelo tema da Tuberculose em diferentes situações, ocupa boa parte das funções e preocupações de seus profissionais, em especial os da Equipe 5.

No primeiro semestre de 2014, a Clínica da Família acompanhava em torno de 50 pacientes com tuberculose ativa, sendo 30% destes sob responsabilidade da Equipe 5, no total das seis equipes. Ressalta-se que muitos destes casos desdobram-se em casos de ILTB. Acompanhar os profissionais da Equipe 5 no cotidiano do trabalho, especialmente em relação às práticas que envolvem a TB, significou conhecer tanto os pacientes que já estavam em tratamento, assim como os casos suspeitos e os casos novos confirmados que surgiram ao longo do período. Mas não apenas eles, também suas famílias, amigos e vizinhos.

Significou também, e principalmente, acompanhar as ações, discussões e decisões que compuseram as práticas em torno do tema. Foram muitos momentos, situações e encontros. Entretanto, dentre todos, fiz uma seleção de alguns que

passo a utilizá-lo, seguindo o uso dos atores. Entretanto, como veremos ao longo das próximas sessões, há múltiplos ‘DOTS’, performatizados em diferentes tempos, cenários e atores.

serão trabalhados a seguir. A escolha não foi aleatória. Foi informada por algumas razões, dentre elas a frequência com que acompanhei a equipe nos encontros com cada uma destas pessoas, que implica não apenas em quantidade de encontros, mas na intensidade das relações ali estabelecidas, na longevidade dos processos, e no envolvimento por parte de todos, inclusive o meu. Contudo, antes de debruçar-me sobre os encontros e as pessoas selecionadas, trago alguns quadros (*'frames'*, no sentido utilizado por Mol, 2002) que compõem o dia a dia da clínica da família. Faço-o como uma aproximação sobre a importância do tema 'pessoas com Tuberculose'¹⁷¹ no enredo diário daqueles atores.

O cotidiano do trabalho é afetado pelo tema da tuberculose. O agente comunitário Cláudio fala diariamente de sua preocupação com Beth – paciente com TB e HIV. Preocupa-se com o agravamento de seu quadro, e das recorrentes internações. A situação de Beth é elencada como problemática em praticamente todas as reuniões das sextas-feiras. Acompanhei uma visita à sua casa, junto com a enfermeira Sandra e Cláudio. Ao chegarmos Cláudio avisou que estávamos subindo, através de uma escada que dá acesso à casa que é bastante precária. Chega-se a uma varanda, mais conhecida como 'lage', que dá acesso ao quarto onde está Beth. Da varanda tem-se uma linda paisagem da cidade do Rio de Janeiro.

Pelos relatos de Cláudio sobre as inúmeras intercorrências, Sandra suspeitava que Beth não estava fazendo uso correto das medicações para HIV, sendo essa a tônica da visita. A encontramos deitada na cama. O quarto naquele momento estava escuro e abafado, pois a pequena janela estava fechada. Beth tentou levantar-se da cama, porém não conseguiu, estava muito debilitada. Sandra disse para ele permanecer deitada, e fez algumas perguntas sobre seu estado e sobre as medicações, reforçando a necessidade dela fazer os esquemas prescritos tanto por eles, para a TB, como pela outra Unidade de referência, para o tratamento

¹⁷¹ Ressalto, mais uma vez, que a Clínica de Família é um dispositivo assistencial da Atenção Primária e que, portanto, o controle de doenças infecto-contagiosas como a Tuberculose é apenas um dentre um grande rol de atribuições, de agravos e eventos de saúde com os quais se ocupam. Faço essa ressalva no sentido de ratificar que não se trata de uma unidade voltada exclusivamente para a Tuberculose, como as unidades de atenção especializada. Dessa forma, a magnitude das questões sobre a TB deve-se mesmo às questões do território e das condições de vida e de saúde de seus habitantes, nas quais esta doença assume indiscutível relevância.

da AIDS. Beth assegurou que estava fazendo tudo conforme foi orientado, e que estava muito confiante na melhora do quadro.

Alguns dias depois ela faleceu. Cláudio disse-nos que pouco antes havia sido levada, mais uma vez ao hospital, e que deveria permanecer internada, mas que Beth havia recusado, tendo inclusive assinado um termo de responsabilidade ao sair do hospital. Cláudio chora ao narrar esse episódio. Falou muito sobre o assunto ao longo do dia, reforçando que “aquilo tudo poderia ter sido evitado”. Dois dias depois estamos no entorno de sua casa, e somos chamados da janela por seu marido. Subimos a íngreme escada que dá acesso à pequena habitação e encontramos-lo lavando roupas e limpando a casa. Disse-nos que havia enviado os filhos para a casa da avó. Falou que estava triste, porém resignado, pois entendia que a morte da esposa se devia a uma doença muito grave, a AIDS.

Naquele momento Sandra e Cláudio se detiveram a concordar com ele. Porém, posteriormente voltaram ao assunto entre eles, ponderando que a morte de Beth poderia ter sido evitada. No momento da visita aproveitam para insistir que o marido vá à clínica, pois até então não havia feito nenhum exame solicitado, tendo em vista ser contato de paciente com TB e HIV. Ele concorda, e naquele mesmo dia, na parte da tarde, vai a clínica e agenda consulta. Orientada pela diretora da clínica, Sandra aproveita o momento e leva-o para fazer os testes rápidos, apesar de já ter passado do horário estabelecido para esse procedimento. São feitos então quatro testes: HIV, Hepatite B e C, e Sífilis. Todos deram resultado negativo. Sandra então comenta *“nem tudo está perdido!”*

Além de Beth, são cotidianamente narradas questões sobre a vida de vários outros pacientes com TB. Apenas na primeira semana são discutidas: a surpresa quando do diagnóstico positivo para TB de uma amiga deles que mora na região e de sua filha; preocupação com um casal muito jovem recém chegado ao território, ambos com TB, pois o rapaz não estava seguindo o tratamento já iniciado em outra unidade de saúde; do sentimento de impotência frente a um suposto usuário de drogas cujo tratamento havia sido complicado devido a faltas e a constantes oscilações de humor, e a quem estavam tentando convencer a fazer os exames para chegar a uma decisão sobre a alta; de preocupação com uma menina de treze

anos que morava numa casa extremamente insalubre, e da possível contaminação do resto da família; do alívio frente ao término do tratamento de uma paciente que, apesar de ter melhores condições de vida havia, entretanto, apresentado quadro de TB bacilífero, estando a filha em tratamento para ILTB. Essa é um pouco a tônica em torno da TB, que compõe o dia a dia da Equipe 5.

V.4 - Encontros e sujeitos – acompanhando o *DOTS*

O texto a seguir está estruturado a partir dos cenários, encontros e sujeitos presentes no cotidiano dos atores em diferentes momentos - consultas médica e de enfermagem; visitas domiciliares; tratamento diretamente observado diariamente no domicílio; reuniões de equipe; discussões de casos clínicos; conversas no almoço entre outros. Tem-se como fio condutor um olhar sobre os encontros entre as pessoas com tuberculose - suas precárias condições de vida; as dores que enunciam; os conhecimentos, experiências, dúvidas e medos que trazem em relação à doença. E também sobre os profissionais de saúde – suas ações; as questões que os mobilizam em relação a cada um dos pacientes; os diagnósticos, tratamentos e percalços. São encontros que repercutem nas relações dos atores, ativam múltiplas tuberculoses, e impactam nos desfechos de cada um deles.

O objetivo foi fundamentalmente acompanhar os profissionais da ‘saúde da família’ – em como sintonizam, interagem, moldam e ativam práticas de saúde, a partir de experiências e conhecimentos que circundam e definem tuberculoses, nas suas variadas ações. Não se trata, portanto, do aprofundamento de histórias de vida das pessoas atendidas. O enfoque está nos encontros, naquilo que foi acionado, nos modos de vivenciar a questão por parte dos diferentes atores presentes nas cenas e o que disso resultou. O percurso dos atores orientou meu percurso, acompanhei-os aonde foram e naquilo que fizeram, ative-me a segui-los. Os elementos postos em ação, os substratos que compuseram relações, decisões e repercussões são frutos desses encontros.

Essa ressalva é importante, não somente sob o ponto de vista metodológico, mas principalmente em relação aos objetivos a que me propus, qual seja, o de acompanhar os encontros e diálogos em torno de pessoas e doenças e, principalmente, as repercussões em suas vidas e na coletividade. Enfocar as repercussões significa também orientar-se por uma saúde coletiva crítica, que não se restringe aos processos individualizados de práticas medicalizantes, mas que se preocupa com os processos coletivos que decorrem em contextos imersos em iniquidades, o que Breilh (2006), denomina de ‘ética do modo de vida’. Se insere como parte do projeto emancipador da sociedade, em alusão ao conceito de Berlinguer (1993), resumido por Garrafa como “novas formas de nascer, viver e morrer das pessoas e comunidades, em um mundo tecnicamente avançado e globalizado, mas pleno de contradições, com a maioria da população sem acesso aos benefícios decorrentes dos avanços científicos e tecnológicos.” (Garrafa, 2005:333).

Considera-se importante fazer esse resgate em face do contexto sobre o qual as práticas de saúde aqui tratadas se desenrolam – uma das áreas mais pobres de uma das maiores favelas do país. Realidades sobre as quais autores como Berlinguer assinalam questões éticas em vários de seus trabalhos, apontando para a complexidade da aplicação de conhecimentos em saúde em situações de desigualdades.

V.4.1 - A Família ‘DOTS’

Maria Luiza é uma mulher por volta dos seus trinta e poucos anos, sorridente e amável, fala de maneira compassada e calma. Possui cinco filhos, sendo três meninos e duas meninas. A mais velha mora com a avó, mãe de Maria Luiza, estando os quatro menores sob sua responsabilidade e do marido. Exceto este, todos entraram em esquemas de tratamento para TB, além dela mesma – três filhos para tuberculose latente. Daí deriva o apelido atribuído pelos profissionais da equipe: ‘A Família *DOTS*’. O marido não está em tratamento, a despeito de terem sido solicitados exames para ele. Maria Luiza informa que ele se recusa a fazê-los.

Raramente o vimos quando da realização do TDO no domicílio, pois sai muito cedo para trabalhar. Ela está nesse momento sem trabalho, e assume as tarefas da casa e de cuidar das crianças.

Para fins de controle epidemiológico, foi definido que o ‘caso índice’ da família seria a própria Maria Luiza, pois foi ela que apresentou sintomas como tosse persistente e emagrecimento, por isso buscou uma consulta. Após a comprovação, feita pelos exames de escarro e Raio X, entrou em tratamento e deram prosseguimento a estratégia de controle dos contatos. Como foi assinalado anteriormente, essa estratégia é tida como uma das principais no controle populacional da tuberculose, juntamente com o efetivo tratamento dos casos comprovados¹⁷².

A médica Letícia e a enfermeira Sandra seguiram o protocolo de Controle de Contatos previstos pelo Programa Nacional, no qual consta a diretriz da quimioprofilaxia - que pode ser Primária ou Secundária. A primária consiste em administrar o medicamento isoniazida em pessoas não infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis* com objetivo de prevenir a possível infecção, ao passo que a quimioprofilaxia secundária corresponde ao uso do mesmo medicamento no sentido de evitar o possível desenvolvimento da doença em indivíduos infectados, porém assintomáticos. Foram realizados exames nos filhos de Maria Luiza, inseridos na seguinte situação - “Crianças contatos de casos bacilíferos: PT [Prova Tuberculínica] igual ou superior a 5mm – em crianças não vacinadas com BCG; crianças vacinadas há mais de dois anos ou qualquer condição imunossupressora; e PT igual ou superior a 10mm em crianças vacinadas com BCG há menos de dois anos.” (Brasil, 2011a:102).

Em um dos filhos ficou constatada a forma ativa da doença e todos os demais obtiveram resultado de PT positiva, sendo então inseridos no tratamento para Tuberculose Latente – a quimioprofilaxia secundária. O uso da isoniazida (INH) por

¹⁷² Apesar de já tratada em seções anteriores, faço aqui um pequeno resgate do tema. O Programa de Controle da Tuberculose reforça que a atividade de controle de contatos deve ser considerada uma ferramenta importante para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença ativa e que deve ser realizado fundamentalmente pela atenção básica (Brasil, 2011a).

6 meses foi indicado para evitar a ativação do bacilo já existente no corpo¹⁷³. Porém, há a seguinte ressalva: “(...) reduz o risco de adoecimento a partir da reativação endógena do bacilo, mas não protege contra exposição exógena após a sua suspensão. Portanto, em situações de possível reexposição ao bacilo da tuberculose, o paciente deverá ser reavaliado quanto à necessidade de prolongamento da quimioprofilaxia (caso esteja em uso de INH) ou de instauração de nova quimioprofilaxia (caso esta já tenha sido suspensa)”. (Barbosa, 2004:83).

O argumento a favor do tratamento da ILTB reside na redução de 60% a 90% do risco de adoecimento, ou seja, de ativação da doença. (MS, 2011 e Pineda et. al, 2004) . A literatura discrimina a Tuberculose doença – manifesta por um conjunto de sinais e sintomas no corpo - da Tuberculose infecção – que é um ‘vir a ser doença’, um ‘devir tuberculoso’, sobre o qual se opera farmacologicamente. A atuação ocorre sobre a ameaça da doença, sendo essa considerada como uma estratégia fundamental no controle populacional da tuberculose.

Dadas as condições de vida dessa família e o desconhecimento sobre a situação do pai, em face de sua recusa em participar das ações de controle de contato, é razoável o argumento a favor da possibilidade de uma nova contaminação. Em face desse cenário, questiona-se sobre o alcance dessas iniciativas, *per se*, e suas repercussões em corpos de crianças vulnerabilizadas. Uma análise epidemiológica, feita a partir de modelos mais complexos, que incluam as condições de vida destas pessoas, como as condições de moradia e as possíveis deficiências nutricionais dessas crianças¹⁷⁴, poderia implicar em práticas de saúde mais situadas.

¹⁷³ “A isoniazida é a droga de eleição para a quimioprofilaxia porque, após três horas de sua administração, a concentração inibitória mínima no sangue, para os bacilos tuberculosos, é de 50 a 90 vezes maior que a necessária para matá-los. Além disso, ela tem forte poder bactericida associado à ação esterilizante. É a droga com menos efeitos colaterais indesejáveis e a de menor custo. Entretanto, sua aplicação em termos de saúde pública, graças ao elevado número de infectados pelo *M. tuberculosis*, que atinge mais de um terço da população mundial, é no Brasil em torno de 57 milhões. Outro motivo alegado para a não universalização da quimioprofilaxia é a hepatotoxicidade da isoniazida, que aumenta com a idade”. (Barbosa, 2004:82)

¹⁷⁴A literatura médica alerta para o risco de polineuropatia periférica, uma doença que afeta os nervos periféricos, com o uso de Isoniazida em pacientes desnutridos, recomendando a associação do uso preventivo de piridoxina (vitamina B6), no sentido de evitá-la. (Farmanguinhos, DMG Nº: 025/01 e Boletim de Pneumologia Sanitária. v.11 n.2 Rio de Janeiro dez. 2003).

Proponho provisória e hipoteticamente o seguinte ensaio: segundo os protocolos, o tratamento com Isoniazida para a infecção latente de tuberculose pode ser prolongado, em caso de 'reexposição'. Se mantidas as condições em que essas crianças se encontram – más condições de moradia, alimentação e contatos de TB sem diagnóstico, há a probabilidade de serem reinfectadas? Caso afirmativo, como ficaria o tratamento para ILTB? Ressalta-se que as diretrizes do Programa de Controle da TB no Brasil prevêem a duração do uso da Isoniazida para ILTB por 6 meses, com possível prolongamento em até 9 meses. Esse é apenas um dentre muitos outros desafios que realidades como a dessa família impõem, enquanto indicador da negligência social de pessoas, seus corpos e territórios, assim como das limitações de estratégias biomédicas, se pensadas de maneira isolada e universalmente aplicável. Esse debate será ainda retomado ao final desse caso.

Na consulta de 'controle dos contatos', a decorrer no pequeno consultório, estão a mãe e as quatro crianças, duas delas estão agitadas, especialmente o menino de cerca de cinco anos. A menor, que ainda não anda e está no colo da mãe, chora ao tomar o remédio. O mais velho tenta, junto com a mãe, controlar os demais. Sandra e Letícia fazem juntas essa consulta após o resultado dos exames, cujo foco é o esquema terapêutico. Debatem a questão da dosagem para as crianças, calculadas pelo peso de cada uma. Porém há um problema adicional, a farmácia da clínica não conta com a apresentação líquida da Isoniazida, devendo então ser calculado o seu fracionamento, especialmente para a filha mais nova, que tem menos de um ano de idade. Sandra mostra para a mãe como fracionar o comprimido, macerá-lo friccionando entre duas colheres, adicionar um pouco de água e dar para a criança, atentando para que não fique restos de pó no recipiente. Sandra e Letícia se revezam nos exames clínicos de todos.

Ao final da consulta Letícia entrega uma extensa receita médica para Maria Luiza, explica sobre a prescrição para cada um e informa que a partir do dia seguinte, assim como nos demais dias da semana – de segunda à sexta-feira -, a ACS Renata irá a sua casa portando os medicamentos diários, para fazer o TDO. Mas que amanhã, como é o primeiro dia, Sandra também irá.

No dia seguinte fomos à casa de Maria Luiza. Cláudio, o ACS, nos havia alertado que a família *“estava vivendo numa casa que as pessoas alugam bem baratinho, mas que não para ninguém lá, porque fica bem em cima de um valão, cheio de lixo, e que enche com as chuvas. O lugar é um horror”*. Chegamos de manhã, por volta das nove horas, e Maria Luiza já estava nos aguardando, pois, ao batermos à porta, ela imediatamente abre, mas apenas parcialmente, pois há um móvel que impede que a porta seja totalmente aberta. Sandra e Renata entram e, dada a exiguidade do espaço e o número de pessoas, permanecemos na soleira da porta. As crianças estão todas nesse pequeno cômodo, que é uma espécie de sala e quarto, com uma janela minúscula coberta com um pano de cor escura. Há uma cama pequena, coberta com um colchão gasto e sem lençol, dois velhos aparelhos de televisão em cada lado do cômodo, um bem pequeno e outro um pouco maior, ambos ligados no mesmo canal, onde se vêem desenhos animados. O filho maior está sentado na cama, olhando um aparelho de celular na mão, ligado num clip musical. Há muitos sons na casa.

A casa está de fato situada por cima de um dos muitos escoamentos de água daquele território, que anteriormente eram córregos naturais, mas que atualmente servem de esgoto à céu aberto e escoamento de lixo, que vem acumulando-se desde o alto da montanha. São conhecidos como ‘valões’. O calor é forte, apesar de ainda ser cedo. Maria Luiza pede desculpas pelas condições da casa e diz-nos: *“Nós vamos ficar aqui por pouco tempo, só enquanto a nossa casa está em obras. Na verdade, só viemos pra cá pra dormir, porque passamos o dia na casa da minha mãe”*.

Sandra e Renata assumem as orientações quanto ao manuseio dos medicamentos para cada um, inclusive o de Maria Luiza. Todo o processo de fracionamento e administração dos medicamentos leva em torno de vinte minutos. A cena é composta por: fracionar o remédio de cada uma das crianças, macerar e despejá-los num copo com um pouco de água. Chamar a criança para vir tomar. Os menores oferecem resistência, não querem ingerir, o mais agitado sai correndo de casa e vai para cima da laje da casa em frente, leva consigo o cachorrinho da família que estava perambulando pela área. A mãe pede desculpas e vai atrás do filho, mas antes, por solicitação de Renata, passa a filha menor para o seu colo.

Enfim, vê-se que dar a medicação, em diferentes dosagens e apresentações para as quatro crianças, não é uma tarefa simples. Ao final, Renata registra as cinco doses administradas, nas respectivas cadernetas de registro do TDO¹⁷⁵.

Renata informa que virá todos os dias e pede para Maria Luiza aguardá-la até as nove e trinta da manhã, mas ressalta, *“caso não venha até esse horário, você mesma pode dar os medicamentos e tomar o seu, porque sabe como é né, nem sempre se pode andar por aqui. Por isso vou deixar os remédios necessários para o dia seguinte”*. Maria Luiza concordou e disse entender sobre o que Renata se referia. Deixar uma quantidade de medicamento para o dia seguinte é uma prática comum das equipes, é uma rotina, tendo em vista a possibilidade de haver algum impedimento do ACS vir até a casa do paciente, principalmente em relação a ocorrência de tiroteios na região. E como se trata de algo frequente, o “sabe como é né”, dito por Renata faz referência a esses eventos, conforme depois me confirmou.

Na semana seguinte, numa das vezes que estivemos em sua casa, mais uma vez permaneci na soleira da porta, de maneira a não atrapalhar o andamento do processo. Foi nesse dia que vi pela primeira vez um ‘bonde¹⁷⁶’, que vinha em direção à casa, e entrou num beco próximo. Entendi que se tratava de um ‘bonde’ com uma pequena antecedência pois, antes de vê-los, ouvi passos rápidos e vozes de homens, e percebi que não era em tom de conversa, mas de comandos sendo transmitidos. Quando se aproximaram da casa, um homem que vinha à frente, portando uma arma de fogo, me viu e dobrou no beco ao lado, sendo seguido pelos demais. Ao mesmo tempo, então, entro na casa e fecho a porta. Esse episódio foi tão rápido e minha entrada certamente foi brusca, pois todos me olharam e logo perceberam do que se tratava. Sandra pergunta: *“Eram muitos? Vou ligar pra Amália, (outra ACS) que está por aqui também, pra saber como estão as coisas”*.

¹⁷⁵ Anexo III – Caderneta de registro do TDO preenchida.

¹⁷⁶ Segundo o dicionário Houaiss, a palavra ‘Bonde’ também pode ser usada no sentido de gíria para designar ‘grupos de amigos que estão sempre juntos’. É especialmente utilizada no Rio de Janeiro com um outro sentido, para designar um conjunto de pessoas ligadas ao tráfico de drogas, quando estão em deslocamento, portando carregamentos de armas e/ou drogas. Os moradores e profissionais da clínica recorrem ao termo com frequência.

Entretanto ela não consegue falar com Amália, e como não ouvimos nenhum tiroteio, seguimos e cumprimos com a agenda das visitas domiciliares daquele dia.

Essa foi a primeira de uma série de muitas outras vezes em que vi homens armados no território. A realidade da violência e da insegurança está incorporada no repertório das pessoas da localidade, incluindo os profissionais. Apesar de preocuparem-se com os episódios de tiroteio e da presença de ‘bondes’, demonstram ter alguns recursos e estratégias para se conduzirem nestas situações. As estratégias, porém, não são completamente efetivas, no sentido de proteção, sendo comum haver relatos de vivências de situações de perigo. Entretanto, até então não houve relato de ocorrência de nenhum incidente grave com membros das equipes. Esse será um tema recorrente, tratado ao longo dos demais encontros, como da visita a casa de Luciano.

Em visitas posteriores à sua casa, e também em algumas vezes que estive na clínica, Maria Luiza fala do quanto o TDO altera o seu cotidiano e pergunta sobre a possibilidade dela mesma administrar a medicação. Ressalta que Renata já viu que ela sabe dar os remédios direitinho para cada um dos filhos. Pondera que naquele momento as crianças maiores estão de férias, mas quando retornarem às aulas será complicado, tendo em vista que precisa sair de casa para levá-los por volta das sete horas da manhã. A alternativa proposta é da vinda diária à clínica, o que pareceu ser ainda mais complicado para Maria Luiza, tendo em vista não se tratar somente dela, mas de quatro crianças pequenas.

De fato, Renata já tinha visto Maria Luiza dar os remédios, sendo uma delas na clínica. Foi logo no começo do tratamento, em uma manhã em que veio trazer a filha menor para realizar coleta de sangue. Trouxe também os demais filhos, pois como era de manhã cedo, todos deviam tomar os remédios. Após a coleta, Renata os conduz para uma sala. E então retira os frascos de medicamentos de uma sacola, mostrando-os e perguntando a dosagem de cada criança, ao que Maria Luiza respondia pronta e acertadamente. Numa das vezes Renata diz – “para esse aqui, apontando o menino mais velho, são 20ml”, ao que Maria Luiza intervém, “não, pra ele são 15ml.” Ambas riram, pois entendem que Renata a estava ‘testando’ no sentido de confirmar se sabia mesmo a dosagem de cada um. Mais

uma vez, dá-se a cena já vista anteriormente em sua casa: recusas em tomar o remédio, estratégias de convencimento, choro, corridinhas pelo corredor, enfim, uma cena própria de 'gerenciamento' familiar, ocorrida entre mãe e filhos, só que passada num ambiente de unidade de saúde, sob a observação de profissionais.

Formas de aplicação de dispositivos que compõem 'a clínica da tuberculose', em especial o TDO, podem atuar no sentido de ordenar o cotidiano dos sujeitos que portam o bacilo da doença em seus corpos. O controle da tuberculose pode se traduzir e se inscrever no controle de pessoas, na medida em que orienta e regula o cotidiano - as tarefas, horários, a agenda doméstica. Mais uma vez, a ideia do panóptico, trabalhado por Foucault (2008), como um mecanismo mais do que uma estrutura, se inscreve num exercício de poder disciplinar, que organiza um espaço.

Dispositivos disciplinadores operam por meio da elaboração temporal de atos, com gestos específicos sobre o corpo observado e manipulado. A vigilância, exercida de maneira sistemática sobre como os processos devem ser organizados no dia a dia, é um instrumento do controle disciplinar. Ele se desdobra e se inscreve em registros contínuos de conhecimentos sobre eventos, cadeias de relações, modos de vida e corpos. Formas de incorporação do TDO dão margens para transformarem-se em mecanismo disciplinador, não apenas por meio da observação da ingestão do medicamento, feito sob o olhar atento do/a profissional dentro das instalações de saúde, mas também, e principalmente, quando ultrapassa os seus muros, quando entra nas casas. Quando observa não somente a ingestão do medicamento, mas também dos modos de viver dos sujeitos, podendo ser estes alvos de avaliação e registro.

Pensar a constituição da clínica da tuberculose e seus dispositivos, no âmbito de um sistema de referências, regras, e princípios que enunciam a doença 'tuberculose', consubstanciam um conjunto de práticas, dentre elas a de controle. Levando em conta as diferentes realidades, pode-se indagar sobre a natureza dessas referências, que informam regimes de validade e suas inscrições: biomédicas, jurídicas, sociais, econômicas, dentre outras. Estamos perante um regime de verificação não mais restrito à busca de verdades ou leis naturais, mas

como validação do que já está estabilizado em termos de ‘boas práticas’, seus registros e modos de avaliação.

A possibilidade de adequações desses dispositivos, voltados para cada indivíduo inserido no regime de tratamento, nem sempre está no repertório dos encontros e das relações. A generalização de procedimentos pode ser referência privilegiada. Não se trata, entretanto, de negar a escolha dessas referências, como por exemplo, colocar em contradição os dispositivos biomédicos em detrimento da autonomia dos sujeitos, ou vice-versa. Mas seria colocá-las em diálogo a partir da feitura de práticas, que possam pressupor a agência dos atores envolvidos, e cuja validade seja definida em função das repercussões em diferentes realidades. O apelo imposto pelos altos índices de TB em territórios como a Rocinha, aliado ao êxito obtido pela estratégia *DOTS* consensuada pela saúde global e inserido na agenda de países, pode colocar em contradição a autonomia dos sujeitos e a missão e responsabilidade dos profissionais.

Entretanto, ainda que reconhecendo essa contradição, advoga-se a favor de sua superação, que pode ser forjada de maneira ética e situada, através de encontros dialógicos, que pressupõem a construção, em via dupla, de relações de confiança e estabelecimento de pactos e avaliações frequentemente revisados em face dos resultados. Pactos não necessariamente resultam em comprometimentos, ou mesmo alterações significativas das diretrizes clínicas e epidemiológicas orientadoras das práticas. Ao ser estabelecida uma relação de confiança mútua, podem ser construídas as condições para um acompanhamento do tratamento adequado à dinâmica ‘paciente-profissional de saúde-diretrizes do programa’, conforme discutido a mais à frente.

Em uma outra ocasião Maria Luiza é abordada no corredor da clínica por uma ACS de outra equipe, que lhe pergunta se ela e seus filhos estão com tuberculose. Demonstrando desconforto, responde em voz baixa que sim. A ACS pede para fotografá-la, junto com seus filhos, para o ‘Blog’ que a clínica mantém na internet. Maria Luiza a princípio não responde, apenas sorri. A ACS insiste argumentando que é uma estratégia de colocar a tuberculose em debate. Maria Luiza responde que naquele momento não quer fazer as fotos, mas diz que vai

pensar no assunto. Ela vira-se para mim, visivelmente contrariada, e diz – *“imagina só, tirar umas fotos da gente e depois botar na internet que tá todo mundo com tuberculose. Mas que ideia.”*

O ‘blog’ da clínica enfatiza, entre outros assuntos, o controle de doenças transmissíveis e o acesso ao tratamento. Explicita não apenas seu papel como referência para aquela comunidade, como também a importância deste para o controle das doenças. Como a tuberculose é um sério problema na área, é frequentemente dado destaque ao tema, enfatizando questões como a adesão ao tratamento e o controle dos contatos. Das estratégias de divulgação constam iniciativas como as de contar as histórias dos pacientes, fornecendo corporeidade à peça comunicacional a partir de rostos, nomes e enredos. A justificativa para o uso dessa estratégia por parte da clínica ancora-se no argumento da forte presença da TB no território, do risco de a doença ‘estar ao seu lado’, devendo ser controlada e tratada e, também, desmistificada¹⁷⁷. Há relato de casos com desfechos positivos, nos quais os pacientes são entrevistados e fotografados, tendo inclusive gerado pauta em jornais da cidade.

A questão da discriminação de pessoas com tuberculose é recorrente em várias situações. Surgem em relatos tanto dos profissionais como dos pacientes, conforme veremos na descrição dos encontros com Lucas e das discussões nas reuniões de equipe. A legitimidade da solicitação do ACS, por um lado, e o receio de Maria Luiza, de outro, não estão em questão, o que proponho discutir é a possibilidade de inscrição de dispositivos como estes na ordem das normatizações.

‘Dar uma face’ à doença não é prerrogativa exclusiva do programa de controle da tuberculose, nem mesmo restrita a doenças infecciosas. Muitas iniciativas voltadas para as doenças não transmissíveis (como a hipertensão), ou mesmo para fatores de risco (tabagismo) têm utilizado estratégias semelhantes.

¹⁷⁷ *“Qualquer um de nós que moramos aqui pode pegar”*, diz Renata quando fizemos uma ‘roda de conversa’ sobre o tema, quando da última reunião de equipe que participei. Renata tem um papel reconhecido dentro da equipe. Todos falam sobre sua experiência como ACS, principalmente em relação à tuberculose. Ela fez parte da primeira implantação do PACS na Rocinha, e o principal objetivo do programa à época era a implantação da estratégia *DOTS* no território. Letícia e Sandra frequentemente discutem os casos de TB com Renata, que contribui com elementos de análise da situação, que passam a compor os processos diagnósticos e terapêuticos. Os demais ACSs frequentemente pedem sua opinião em relação aos pacientes de TB por eles acompanhados.

Porém, a questão do contágio, aliado ao histórico de doenças e a 'modos de vida', de âmbito individual ou coletivo (pobreza, comportamento sexual, práticas de higiene, entre outros), diferencia a inscrição dessas estratégias nas diferentes realidades.

Ainda que sendo em contextos distintos, a discussão feita por Nguyen sobre o papel dos testemunhos de pacientes, como estratégia utilizada no combate à epidemia da AIDS em alguns países do continente africano torna-se referência analítica, principalmente em relação a sua finalidade. Especificamente nas situações aqui abordadas, o papel dos testemunhos parece ter variações no que concerne ao papel dos agentes de Estado e às repercussões nas relações com os pacientes. Percebeu-se que estes não estão incluídos numa 'agenda clínica', porém têm relevância na agenda da gestão, o que aproxima do sentido apontado por Nguyen quando relata que:

[...] during the mid-1990s, producing 'real' people with HIV came to be seen as evidence that 'something is being done'. Officially, testimonials by people living with HIV were seen as evidence that 'supportive environments' were being created, including the right context for 'effective prevention,' which would result in 'sustainable behavior change'(...). (Nguyen, 2010:23).

O episódio de solicitação de testemunho não foi levado ao conhecimento da Equipe 5. Maria Luiza não falou mais no assunto. A importância que tem na agenda da gestão, entretanto, não pareceu impactar na relação estabelecida entre a paciente e sua equipe de referência. Percebe-se que não há uma linha de comando ascendente em relação a algumas estratégias de gestão como essa, sendo a autonomia e o desejo do paciente respeitados. A divulgação de casos que possam ser vistos como interessantes não se insere necessariamente no 'protocolo de gestão' do programa da TB. É uma iniciativa que pode ou não ser acionada, a depender de determinadas circunstâncias, mais ou menos favoráveis e interessantes, sob o ponto de vista da gestão.

Acompanho Renata nas visitas à casa de Maria Luiza e seus filhos. Aos poucos o *DOTS* é incorporado na rotina da família. Entretanto, foram feitos acertos entre elas ao longo do processo, como a adequação de horários em face do retorno das aulas, e paulatinamente a cena, que se repete todos os dias, vai sofrendo

pequenas alterações, como a diminuição dos esforços de convencimento dos filhos menores em tomar os remédios e pequenas negociações diárias sobre doses observadas e não observadas em face das agendas da família. Renata e Maria Luiza chegam a consensos e organizam juntas o esquema de ‘administração dos medicamentos’. A adesão ao tratamento, de todos eles, é registrada nos instrumentos utilizados pela equipe, como a ‘Caderneta do *DOTS*’ e o prontuário eletrônico.

Passados dois meses, a permanência da família naquela casa se torna inviável, devido as péssimas condições e ao período de aumento de chuvas. Eles decidem mudar-se para sua casa que, mesmo em obras, pareceu-lhes ainda assim mais habitável. Ocorre que a nova casa está situada num território sob responsabilidade de outra equipe, a Equipe 3, devendo então o acompanhamento da família ser transferido para outros profissionais, e conseqüentemente, o tratamento para tuberculose em curso¹⁷⁸. O tema é debatido em reunião da Equipe 5, e as posições dos profissionais, ainda que concordem que o melhor seria que a família ficasse sendo acompanhada por eles, acatam a transferência. Nessa mesma reunião, Sandra fala de sua surpresa e discordância em relação a visão que parte dos profissionais da outra equipe tem de Maria Luiza, nomeadamente da médica e enfermeira, pois quando foram discutir o tema da passagem da família para eles, consideraram ser esta uma pessoa com baixo compromisso com o tratamento.

Presencio um encontro entre Sandra e Maria Luiza no corredor, que diz não estar satisfeita com a mudança de equipe e reclama da rigidez da nova equipe em não concordar que ela dê o medicamento para o mais velho, aquele que sai de casa cedo para as aulas que já retornaram. Isso faz com que, além da cena matinal do TDO em casa, ao sair da escola ela e o filho tenham que ir à clínica para que este seja medicado, já que “ele vai para a escola antes do horário da visita do ACS lá em casa”.

¹⁷⁸ No Capítulo IV, viu-se que a modalidade de organização das equipes de Saúde da Família é de base territorial. Esse pressuposto, ainda que sendo questionado por Renata e Sandra, é respeitado, não sendo então alterado.

A Estratégia Saúde da Família aposta nos encontros entre profissionais de saúde e pacientes de um dado território. Ainda que haja grande consenso em relação à adequação desse dispositivo às realidades locais, aos contextos das diferentes populações, ele resulta também em repercussões no âmbito relacional entre sujeitos, no qual um conjunto de valores podem ser postos em (não) diálogos. Os acionamentos de objetos e as percepções acerca do ‘melhor’ a ser feito, podem gerar rupturas importantes, não apenas no processo terapêutico, como também nos vínculos estabelecidos.

No texto da Política Nacional de Atenção Básica, o termo ‘vínculo’ assume diversos sentidos. Como princípio orientador e referência na organização do processo de trabalho: “desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.” Também aparece como marco conceitual – “consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (Ministério da Saúde, 2012a:21).

Os sentidos de vínculo - princípio, fundamento, diretriz e conceito, é chamado a compor diversos argumentos ao longo do texto da política, nomeadamente na construção de suas bases organizativas. São nove o número total de vezes em que o texto da política recorre ao termo, na sequência de sua definição inicial. É, portanto, em face do debate sobre as normativas de territorialização, adscrição e responsabilização de populações que se questiona o significado que ‘vínculo’ pode assumir em termos das práticas de saúde e suas repercussões. Vínculo pressupõe relação, encontro, intersubjetividades¹⁷⁹.

A ideia de vínculo, enquanto dimensão do cuidado, fica subsumida frente ao peso de outras normativas, que se revelam mais poderosas. Sua ruptura aciona uma reflexão acerca do lugar do encontro, dos contextos de intersubjetividades nas

¹⁷⁹ Trabalha-se aqui com a viragem conceitual proposta por Ayres, que sugere a “(...) *secundarização da ideia de sujeito em favor da ideia de contextos de intersubjetividade, na construção de categorias para o conhecimento e intervenção*”. (Ayres, 2001: 63)

práticas de saúde. Logo, vê-se que a fragilidade ou mesmo a ruptura do vínculo, como pressuposto desse encontro, pode indicar um uso mais retórico do termo. O sentido de vínculo parece não dialogar com o sentido de intersubjetividade, enquanto pressuposto de construção de práticas do cuidado.

Em uma discussão sobre ‘trabalho vivo’, entendido como ‘o trabalho em ato’, Franco e Merhy (2012) apostam na ideia deste como impulsionador da liberdade e da criatividade no processo de feitura do cuidado em saúde, como uma artesanaria relacional, na qual o estabelecimento de vínculo encontra possibilidade de surgir e se constituir como uma dimensão do processo de trabalho. Do contrário alertam:

[...] Se isto não ocorre o que se verifica é uma repetição de velhas formas de agir, sob novos nomes, por exemplo quando Acolhimento vira triagem, o Vínculo se realiza apenas administrativamente, e o acompanhamento de Projetos Terapêuticos se dá de forma protocolar, com base nos procedimentos exclusivamente.” (Franco e Merhy, 2012: 156).

O investimento feito pelos atores – Renata, Sandra, Letícia, Cláudio, Maria Luiza e as crianças, no sentido do estabelecimento de uma relação de confiança e cuidado e, porque não dizer, de uma certa cumplicidade, pode ser rompido ante a valoração que é dada à normativa. Da ética do cuidado ao peso da organização territorial, há pessoas envolvidas. Vê-se que ‘vínculo’ como um dos princípios organizadores do cuidado é posto em segundo plano a favor de uma normativa mais potente, que ordena o processo de trabalho: a ‘adscrição territorial’.

O modelo organizacional da saúde da família, aliado às percepções, decisões e autonomia médica e de enfermagem, parecem conjugar-se numa ética, de inspiração biomédica e de saúde pública, que legitima assimetrias em relação a outros possíveis quadros de referência, inclusive próprios da atenção primária, como o da relação entre vínculo e cuidado.

Findo os primeiros meses de tratamento da ‘Família *DOTS*’, é repetido o exame de escarro, previsto no protocolo do tratamento clínico da doença. O resultado da baciloscopia de Maria Luiza é, inesperadamente, positivo. Os profissionais das Equipes 3 e 5 debatem a situação e suspeitam que, tendo em vista que ela fez o tratamento rigorosamente dentro das diretrizes do *DOTS*, (Renata comprova o uso diário do medicamento), pode tratar-se de um caso de

TBMR – Tuberculose multirresistente. O material é encaminhado para realização de cultura, para ser testada a resistência da micobactéria às principais drogas em uso nos esquemas de tratamento disponíveis. Sandra relata a situação em reunião de equipe e diz não gostar nada do que está acontecendo, que se sente frustrada e preocupada. Aguardam então o resultado da cultura do escarro.

Quais as possíveis repercussões de um resultado positivo para TBMR em Maria Luiza? Duas delas foram identificadas e debatidas na reunião, sendo: (i) a transferência de seu tratamento para uma unidade de saúde de referência, de atenção de nível secundário em tuberculose; e (ii) cultura de escarro no filho com TB ativa para ver se também é TBMR. Entretanto, pondero que há outros elementos que precisam ser problematizados, como a questão do ILTB nas outras três crianças. O Ministério da Saúde alerta para a escassez de estudos a respeito, e valendo-se das orientações da OMS, posiciona-se do seguinte modo:

Os contatos de pacientes portadores de bacilos resistentes devem ser submetidos ao tratamento da ILTB, quando indicado, mas não há consenso a respeito do melhor esquema a ser utilizado. A decisão sobre o melhor tratamento da ILTB em contatos de TB-MDR deve ser tomada pela unidade de referência terciária onde o caso índice faz o seu acompanhamento clínico (Brasil, 2011a:139)

Como se pode perceber, são vários os quadros que acionam objetos e performatizam tuberculosas, são vários os recursos postos à prova, são vários os diálogos possíveis, tanto quanto a amplitude de objetos, atores e conexões. As racionalidades científicas que acionam e distinguem tuberculosas em registros como ‘TB infecção’ e TB latente também diferenciam suas práticas (inclusive as escolhas terapêuticas), dependendo de elementos como: escala demográfica; número de contatos com pacientes bacilíferos; relação custo- benefício, entre outros.

Protocolos podem divergir também nestes termos, e nesse registro é que se pode falar em ‘vínculo’; protocolos; número de bacilos; mudança de território; entre outras performatizações, outros ‘*enactments*’. É importante reter que as estratégias de racionalização estão interligadas às práticas, como alerta Mol:

[...] the rationalization strategies may claim to improve medical practices, but the standards by which good and bad, and thus ‘improvement,’ are assessed do not precede them. They are, instead, framed in the process of developing

and introducing the rationalization strategies – which they are inextricably linked up with. (Mol, 2002:165).

Levar em conta a potência das estratégias de ordenação da clínica, operando sobre o cotidiano de pessoas que, no contexto aqui tratado, é de extrema vulnerabilidade, me parece ser um caminho possível.

V.4.2 - À espera, na soleira da porta, já com o copo d'água na mão.

No roteiro dos *DOTS* elaborado pelos ACSs, uma das primeiras casas em que íamos era a de Lucas. Ela estava localizada numas das ruas de mais fácil acesso daquele território e diferenciava-se das outras em que íamos na sequência. Era uma construção de alvenaria, com um pequeno pátio externo na frente e cercado por um muro baixo. A cena repetia-se todos os dias: por volta das nove horas da manhã o ACS Nuno, que estava cobrindo as férias de Renata na referência daquela micro-área, chamava por Lucas, na parte de fora do portão da casa. Imediatamente Lucas abria a porta da frente, dirigia-se até ao portão, já com um copo com água na mão, para receber o remédio. Engolia-o, dizia bom dia e retirava-se de volta para dentro da casa. Às vezes, Nuno abria o portão, entrava e se encontrava com Lucas na porta da casa. Toda a cena não levava mais do que um minuto. Era tudo muito rápido, sem conversas. Percebia-se que Lucas ficava aguardando o chamado de Nuno, na soleira da porta, pois mal ouvia seu nome, já saía da casa.

Percebi que era costume os ACSs percorrerem o território em duplas, consequentemente visitavam não só os pacientes de sua micro-área, mas também a de seu companheiro. Às vezes, dependendo do quão 'tranquilas ou agitadas' estivessem as áreas, poderiam estar em grupo de três ou mesmo mais. Quase sempre saíam todos juntos da clínica em direção às áreas e dividiam-se só quando chegavam em dada altura da Rua Alfa. Essa é uma observação importante para entender o que sucede posteriormente.

Lucas é um rapaz que aparenta boas condições físicas. Os profissionais da equipe comentam que o estado dele está cada vez melhor em comparação com o

quadro anterior, ressaltando a questão da magreza que apresentava antes do diagnóstico. Comentam também que ele havia retomado normalmente algumas de suas atividades, como a ginástica. Entretanto, se ressentem do fato de Lucas não ir à clínica fazer os exames de monitoramento do tratamento, principalmente a baciloscopia. Sandra fala em condicionar a alta em função dos exames.

Acompanhei o *DOTS* de Lucas ao longo de minha permanência no campo e quase todas as vezes a cena se repetia – encontro rápido e, na sequência, observações sobre sua recusa de ir à clínica fazer os exames. Renata, entretanto, retorna das férias e reassume o *DOTS* de Lucas. Numa das vezes Lucas não atende ao seu chamado, parece não haver ninguém em casa. Renata então diz: *“Ele tem remédio pra hoje, mas como não sei se ele tomou, vou registrar como falta”*. No dia seguinte retorna à casa e a mãe informa que ele não está. Quando informada do que está acontecendo, Sandra no dia seguinte vai à casa de Lucas e fala para a mãe sobre as recentes ausências do filho e menciona a possibilidade de finalização do tratamento. Lucas já está no sexto mês. Mas alerta sobre a necessidade do exame e pede a ajuda da mãe no sentido de convencer o filho de ir à clínica. A mãe concorda em falar com Lucas.

Ao sairmos, Sandra fala, em tom de desabafo, que se sente um tanto frustrada em relação a Lucas: *“Ele faz o tratamento direitinho, só falta mesmo os exames para podermos dar alta. Isso é frustrante”*.

No dia seguinte, pelo final da manhã, encontro Cristina nos corredores da clínica. Ela havia recém retornado da área e diz-me que tiveram problemas na casa de Lucas, pois ele reagiu mal à intervenção da mãe, chegando a pedir que não fossem mais à sua casa e informando que iria pensar se ia ou não fazer o exame.

A esse relato, Cristina acrescenta um comentário que ressalta a mudança de comportamento de muitos pacientes entre o começo e o final do tratamento. *“No início, quando estão sintomáticos, sentindo-se mal, concordam com as ‘normas’ do tratamento. Mas, quando já se sentem melhor, começam a mudar de postura e a questionar as orientações”*. Seguimos conversando sobre o assunto e ela aborda a questão do preconceito em relação à doença. Narra situações em que vizinhos

dos pacientes os abordam perguntando se a ida diária deles às casas é para tratar da tuberculose.

Ao entrar no assunto, Cristina lembra outras histórias semelhantes. Como a de uma menina que ficava encostada do lado de dentro da porta e, mal ouvia os passos do ACS, entreabria a porta, mas permanecia na soleira e apenas esticava a mão rapidamente para receber o medicamento, numa tentativa de evitar ser vista por quem passasse na rua. Relata também o caso de um seu familiar que teve a doença, ressaltando que a questão do preconceito estava presente. Admite que a presença deles para a realização do TDO pode ser um elemento constrangedor para algumas pessoas. Em termos de alternativas aponta a ida à clínica.

A literatura é rica em abordagens sobre a trajetórias, impactos, significados e representações construídos em torno da tuberculose (Bertolli Filho, 2001; Pôrto, 2007; Gandy & Zumla, 2002). A partir de relatos como o de Cristina, percebe-se uma percepção da tuberculose que guarda elementos da estigmatização da 'doença' e do 'doente', e suas repercussões nas relações e nas práticas de saúde. O 'estar com' ou 'ser portador' de tuberculose se inscreve intersubjetivamente, no cotidiano do indivíduo, assim como no da comunidade, a partir de inscrições das práticas de saúde no território.

São inscrições e dispositivos que enunciam: nome (Lucas); endereço (Rua Alfa s/ n.); tem uma face (rapaz alto, magro e de rosto anguloso); uma vizinhança (que pergunta: 'é tuberculose?'); uma sistemática de visitas (ACSs estão à porta de uma casa específica, de segunda a sexta, por volta das nove e trinta da manhã); com modos de operar (chegam em dupla ou trio, chamam pelo nome desde o portão, dizem bom dia, administram a medicação e saem).

Como essas inscrições não ocorrem no vazio, hão de dialogar, com maior ou menor intensidade, afinidade e coesão, com desejos, medos e percepções dos sujeitos acerca não só da doença tuberculose, mas de saúde e de seus modos de levar a vida. Refiro-me aos encontros entre pacientes, o coletivo (a vizinhança, a comunidade) e profissionais de saúde. É nestas relações que concepções sobre saúde e doença se inscrevem, em fricções significativas, que merecem um olhar atento no sentido de perceber negociações possíveis e encontros dialógicos.

Encontros que enfrentem as diferentes racionalidades sobre práticas de saúde, onde os constrangimentos e a recusa de Lucas se inscrevam num registro relacional e, assim, possam ser inseridos na coordenação de práticas (Mol, 2002).

Das controvérsias sobre a estratégia *DOTS* discutidas anteriormente, sublinho aqui dois elementos que parecem dialogar entre si: o caráter generalista das diretrizes em detrimento das especificidades de sujeitos e territórios, *vis a vis* as capacidades e modelagens de sistemas nacionais e locais de saúde. Em que pese ser um dos dispositivos assistenciais mais importantes na política de controle e tratamento da tuberculose, em termos das práticas, vê-se que há uma focalização, um certo privilégio na medicalização da política em ato, associada a uma rigidez procedimental em termos normativos. O que dos encontros com Lucas e suas repercussões proponho sublinhar é que, a despeito dele ser ‘muito aderido’ ao tratamento, de cumprir com o TDO, a situação é alterada quando da proximidade à finalização do número de doses e do tempo previsto de tratamento, assim como da supressão dos sintomas da doença. Em face desses elementos, a adesão de Lucas se mostra com outra face.

A repercussão do enfoque biomédico, efetivado nas práticas em ato, parece fornecer elementos para o entendimento da reação de Lucas, na medida em que, se apenas a supressão de sintomas e o cumprimento do esquema terapêutico é que contam, quando não são mais necessários pode emergir o ‘fenômeno’ disruptivo na relação. O incômodo de Lucas com a modalidade do tratamento e as possíveis questões de discriminação (narradas pela ACS Cristina) não são trabalhados ao longo dos encontros. São invisibilizadas ante a magnitude das normativas, enquanto ferramental potente das narrativas sobre a supressão da situação indesejada: a doença.

Por outro lado, são constantes os relatos dos ACSs sobre o desafio desse papel de mediador. De todos da equipe, o seu trabalho é o mais incrustrado no território, pressuposto da intermediação diária entre os moradores e os ‘elementos da gestão da saúde’, como o alcance de metas (diretrizes gerenciais da clínica) que repercutem na vida dos sujeitos - nas aferições sobre adesão ao tratamento da tuberculose, controle vacinal de crianças, monitoramento das ações de pré-natal

das gestantes, entre outros. Boa parte das atribuições do ACS está voltada para o monitoramento da vida da comunidade. É sobre esse e outros desconfortos que eles narram.

A presença destes profissionais na área é diferenciada, por serem eles próprios moradores da localidade. Eles convivem diariamente com os eventos locais, fazendo parte das tramas do território. Conhecem e são conhecidos pela maioria dos moradores, tendo no lugar as suas próprias vidas. Segundo Lacerda e Martins:

A compreensão do trabalho do ACS em face da complexidade de suas atividades implica em considerar, portanto, a dimensão relacional com as diversas trocas de afeto, de informação, de saberes, de poder, de dominação, entre outros dons, que se processam nas interações sociais com os usuários e no interior da equipe de saúde (2013:198).

No processo de trabalho da atenção primária de saúde, esses profissionais ocupam um lugar de interseção. Por serem integrantes da comunidade, identificam-se com as condições de vida e vivenciam situações semelhantes às dos usuários do serviço. Porém, parte da ordenação do seu processo de trabalho, os objetivos, diretrizes e estratégias, correspondem ao registro das normativas gerenciais da APS e dos aportes biomédicos.

Acrescenta-se que, em certa medida, há uma diferenciação do lugar e papel dos ACSs em relação aos demais profissionais, explicitada, por exemplo, quando das narrativas sobre o tema da violência, em especial dos episódios de tiroteio no território. Podem ser acionadas referências diferenciadas de análise de risco em função da inserção profissional. Em diversas ocasiões presenciei os ACSs se ressentirem dessa diferenciação, como em um dos muitos episódios de tiroteio que ocorriam na área, sendo os demais profissionais de saúde orientados a suspenderem as visitas domiciliares.

Contudo, as orientações podem sofrer variações quando relativas aos ACSs, pelo fato destes serem moradores da própria comunidade. Em relato, uma ACS pondera que quem não é da comunidade não tem como fazer uma boa análise das situações “É que vocês [os não moradores] não têm ideia de como as coisas realmente são. Como moramos aqui e conhecemos todo mundo, tem coisas boas,

mas também tem coisas ruins. Tem gente que gosta e gente que não gosta de nós.” (ACS Diana). Em conversas informais no almoço ou nos lanches de final de tarde após o trabalho, temas como as más condições de vida, baixos salários e violência são frequentemente abordados, ressaltando as assimetrias nas inserções profissionais.

Em estudos sobre violência e o trabalho dos ACSs é abordada a dimensão do sofrimento destes profissionais em face da realidade em que vivem, a partir de um duplo registro: o de moradores e de profissionais.

A despeito do reconhecimento e da valorização de alguns moradores, os agentes sentem a ambiguidade de sentimentos e emoções, ao considerar o sofrimento de moradores que passam pelo medo da violência de traficantes de droga no bairro. Os agentes têm vivenciado situações de risco, que os adoecem e os desmotivam ao trabalho. As dificuldades no seu trabalho são, portanto, relacionadas às pressões que sofrem na cotidianidade, proveniente do seu envolvimento com a população. (Souza e Freitas, 2011:8).

Em um outro olhar sobre esse ‘lugar’ dos ACS na saúde, Ayres (2001) põe em questão a concepção de trabalho que pressupõe universos apartados – da ‘unidade de saúde’ e do ‘território’. O autor questiona uma noção de diálogo recorrente na saúde, num sentido de esvaziamento dos sujeitos sobre os quais se operam práticas, que ajuda a pensar sobre essas fronteiras:

[...] se analisarmos com cuidado, vamos verificar que quando pensamos em “estabelecer” um diálogo ignoramos o diálogo no qual já estamos imersos. Não se trata apenas de uma questão formal de linguagem, mas de uma experiência concreta que reiteramos com pouca densidade de crítica: o fato de que desconsideramos o universo de resistências que, ao mesmo tempo, nos opõe e aproxima desse outro a que chamamos, de modo tão revelador, de nossas populações-alvo. É como se houvesse entre sujeito-profissional de saúde e sujeito-população um vazio. É como se cada sujeito saísse, de repente, de seu nicho individual, de sua mesmidade, e fosse em alguma arena neutra, desde sempre existente, desde antes de nós, para se encontrar e buscar a saúde. (Ayres, 2001:68)

Em torno de duas semanas após o incidente com Lucas, o encontramos na rua, estávamos somente eu e Sandra. Esta cumprimentou-o e, mal começou a falar, foi imediatamente interrompida por ele com pedidos de desculpas pelo que havia

ocorrido com Renata, Cristina e Amália. Disse-nos estar de “*cabeça quente naquele dia e muito cansado do tratamento*”. Que havia encontrado as solicitações dos exames e que iria fazê-los. Um tempo depois Lucas vai à clínica, dizendo-se preocupado, pois está com tosse e mal-estar. Leva consigo os resultados dos exames, todos negativos para tuberculose. Era apenas uma gripe. Recebe alta do tratamento de tuberculose. Repete o pedido de desculpas e deixa a clínica feliz.

V.4.3 - No escambo de cesta básica por marmita – breve trajetória entre o diagnóstico de tuberculose e morte

Já era quase meio dia quando voltamos das visitas domiciliares, focadas majoritariamente na administração da dose diretamente observada do medicamento contra tuberculose, que é a tônica de muitas das idas aos territórios. Como fazia com frequência, dirijo-me para o consultório, para encontrar-me com o restante da equipe e irmos almoçar. É também a hora em que o número de pessoas que aguardam consulta sentados em frente aos consultórios começa a diminuir. Encontro a enfermeira, bastante atarefada, que me diz: “*Mais um caso de Tb, e esse já sei que vai ser complicado*”¹⁸⁰.

O Sr. Mineirinho é um homem bastante magro e pálido, com o tom de pele amarelada, aparentando ter sessenta anos. Em praticamente todas as vezes que o via a partir daquele primeiro dia ele estava de cabeça baixa, calado e, quando responde às perguntas que lhe são feitas, o faz num tom de voz bem baixo. Parecia estar desconfortável no momento da consulta. Sua aparência é frágil, as roupas bastante gastas e quase sempre pouco limpas. Ele é originário do estado de Minas Gerais e tem o sotaque característico daquela região, por isso o pseudônimo atribuído. Ele foi a Clínica à procura de atendimento médico, apenas após a persistência do ACS Cláudio, que o encontra com frequência nas proximidades do bar de sua área, consumindo álcool, desde a manhã, e assim seguindo ao longo

¹⁸⁰ Desde o primeiro dia no trabalho de campo que Sandra, ao encontrar-me, fazia referência a casos novos de tuberculose. Com o passar do tempo, acabou transformando-se numa espécie de refrão, que não apenas ela, como também outros profissionais da clínica, ao me verem, repetiam: “Temos mais um caso de tuberculose”. Como a clínica tem seis equipes, esse ‘cumprimento’ se repetia quase que diariamente, já em tom de humor com ironia, em face da altíssima prevalência da tuberculose em todos os territórios sob cobertura populacional da clínica.

do dia. Cláudio percebe que Sr. Mineirinho vem apresentando tosse persistente, cansaço e emagrecimento e insiste em levá-lo à clínica. Nesse dia quem está realizando as consultas é a enfermeira Sandra.

Após o exame clínico, Sandra faz algumas perguntas sobre a vida do Sr. Mineirinho. Ele mora só, não tem família no Rio de Janeiro, estão todos em Minas Gerais; não tem trabalho fixo, mas faz uns ‘bicos’ carregando material de construção na própria Rocinha. Após a anamnese clínica e social, Sandra lhe entrega o recipiente para coleta de escarro e ensina-lhe como fazer. Essas orientações, dadas a todos os pacientes com suspeita de tuberculose, seguem as diretrizes previstas no Programa Nacional, e estão inscritas em diversos dispositivos – folders, cartilhas e cartazes (Anexo IV) -, que são disponibilizados na clínica. O recomendado é que sejam duas coletas, sendo a primeira feita na clínica e a segunda em casa pela manhã, ao acordar, num esforço de coletar o acúmulo de secreção proveniente da árvore brônquica e não da orofaringe.

Como parte das orientações está a realização da primeira coleta em local aberto ou arejado, não é indicado fazer dentro do consultório. Isso deve-se ao fato de no momento da tosse, que deverá ser forçada a fim de liberar a secreção, há também a liberação de gotículas que ficam suspensas no ar, podendo conter os bacilos e, conseqüentemente, há risco de contaminação. Em lugar fechado o tempo de suspensão no ar é maior, o que aumenta esse risco. A recomendação é que o ambiente de coleta deve cumprir com os requisitos para uma adequada condição de biossegurança. Como o consultório não cumpre com esses requisitos, Sandra orienta o paciente a fazer a coleta no estacionamento da clínica, que é ao ar livre. Nesse local há uma baixa circulação de pessoas, mas que não impede que a coleta do escarro do Sr. Mineirinho, assim como dos demais pacientes em situações semelhantes, possam ser assistidas por quem estiver presente no local. Entretanto, sob o ponto de vista de biossegurança, o local é apropriado.

O ‘Guia de Coleta’ orienta não só questões como essa, mas também a forma como o paciente deve ser tratado pelo profissional de saúde nesse momento.¹⁸¹

¹⁸¹ “O acolhimento adequado ao paciente é fundamental. Dirigir-se a ele pelo nome, manter fisionomia receptiva e contato visual demonstram interesse de que o paciente realize o procedimento de forma correta, garantindo uma etapa importante na coleta do escarro. Explique ao paciente, de maneira simples

Essa orientação, dirigida aos profissionais que lidam diretamente com o paciente em suspeita de tuberculose, deriva da preocupação com a forma pela qual é abordada a necessidade do exame de escarro, enquanto etapa de fundamental importância para o primeiro diagnóstico, assim justificada pelo Ministério da Saúde:

A baciloscopia do escarro, permite detectar de 60% a 80% dos casos de tuberculose pulmonar, sendo importante do ponto de vista epidemiológico, já que os casos bacilíferos são os responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão (Brasil, 2011a:34).

Essa preocupação também foi trazida por Sandra, argumentando que, perante os muitos sintomas de TB que ele estava apresentando, ela desconfiava ser um caso bacilífero. Fala também de outros temores em relação a ele: suspeita de alcoolismo; estar com sintomas de doença hepática; parecer não entender bem as perguntas e orientações; e ter manifestado, durante a consulta, não gostar de tomar remédios. Pela experiência de Sandra, isso é sinal de problemas para a adesão ao tratamento. O Sr. Mineirinho faz a coleta do escarro, retorna ao consultório e entrega o pote para Sandra.

Quando chega o resultado do exame, Sandra diz não se surpreender com o fato de ser positivo, já que esperava por isso devido ao quadro clínico do senhor, mas demonstra apreensão pela confirmação da positividade da baciloscopia, o que fala a favor do aumento do risco de contaminação. Segue-se então uma conversa com Letícia, a médica, sobre a escolha terapêutica para o caso dele, em função do alcoolismo e da possível presença de doença hepática, tendo em conta evidências clínicas – icterícia e inchaço abdominal¹⁸².

Poucos dias depois, Sr. Mineirinho retorna à Clínica. Encontro-o sentado em frente ao consultório aguardando sua vez, de cabeça baixa e com o olhar voltado

e objetiva, o passo-a-passo para a coleta. Após explicar o procedimento que o paciente irá realizar, verifique se ele entendeu todas as orientações. Caso necessário, repita a explicação, modificando a linguagem e deixando o paciente à vontade para fazer perguntas” (Brasil, 2014b).

¹⁸² Os fármacos usados no tratamento da tuberculose, associados entre si e também a outros medicamentos, aumentam o risco de hepatotoxicidade. O Guia para o controle da Tuberculose tem uma seção que trata especificamente das Hepatopatias, em cujas orientações consta a avaliação da função hepática e, uma vez constatadas alterações nas enzimas (TGP/TGO), o esquema terapêutico básico para a tuberculose deve ser alterado, sendo orientado o uso de outros fármacos. “Atenção especial deve ser dada ao tratamento dos grupos considerados de alto risco para toxicidade, constituído por pessoas com mais de 60 anos, em mau estado geral, alcoolistas, infectadas por HIV, em uso concomitante de medicamentos anticonvulsivantes e pessoas que manifestem alterações hepáticas” (Brasil, 2011a: 64, 68 e 69)

para o chão. No momento de sua consulta, já de posse do resultado da baciloscopia, estão Sandra e Letícia. Elas realizam uma consulta compartilhada, durante a qual Sandra assume o papel de informá-lo sobre o resultado do exame - dizer-lhe que é tuberculose. Na sequência pergunta se ele sabe do que se trata. Sr. Mineirinho, sentado na ponta da cadeira, à frente de ambas, fala que sim, num tom de voz quase inaudível. A partir desse momento elas se revezam no fornecimento de informações - Letícia foca mais as questões clínicas: uso de medicamentos por seis meses e realização de exames complementares; Sandra aborda questões como o contágio, a necessidade de fazer uma boa alimentação e repouso, e explicações sobre o TDO.

A coleta de sangue é feita na clínica até às 9 horas, pois em seguida é encaminhada para laboratórios de referência que atendem as unidades de atenção primária sob gestão da Secretaria Municipal. A consulta do Sr. Mineirinho foi após esse limite de horário, e, portanto, ele deverá retornar no dia seguinte. É nesse momento que decorre uma discussão sobre iniciar ou não o tratamento antes da realização dos exames complementares. Tendo em vista o resultado da baciloscopia, Sandra e Letícia discutem se deve ser iniciado imediatamente o tratamento, com a opção pelo Esquema Básico – que nos dois primeiros meses são: um comprimido em dose fixa combinada contendo rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol; e nos quatro últimos meses apenas por rifampicina e isoniazida. Argumentam que, após a realização do teste de função hepática, e no caso de apresentar alterações, poderiam mudar o esquema terapêutico, seguindo então as orientações constantes no referido Guia relativas à doença hepática.

Segue um conjunto de ponderações, por parte de ambas, em que realizam uma espécie de avaliação de riscos, de diferentes dimensões – individual, relativa a clínica, tendo em conta o estado geral do paciente que não é satisfatório, tanto por causa do quadro infeccioso causado pela tuberculose como da possível doença hepática. A segunda dimensão está relacionada ao risco coletivo, do contágio. As opções terapêuticas discutidas oscilam entre (1) não iniciar o tratamento, (2) iniciar com o Esquema Especial previsto para alterações hepáticas, que por sua vez é dependente do resultado da composição dos níveis de TGO/TGP, com ou sem a presença de cirrose, ou (3) iniciar com Esquema Básico.

Por fim, optam por iniciar de imediato pelo Esquema Básico. Ocorre que nesse ínterim o Sr. Mineirinho pondera não estar muito convencido de tomar os medicamentos. Ele fala de “medo de passar mal”, está visivelmente nervoso e pede um tempo para pensar. Promete retornar logo, ainda naquele dia, com sua decisão.

Algum tempo depois, eu saio da clínica em direção ao restaurante onde frequentemente a equipe almoça e vejo, sentado na calçada, o Sr. Mineirinho. Dirijo-me a ele e pergunto como ele está e, para minha surpresa, ele dá seguimento à conversa, em um tom de voz bem mais alto que comumente usa no consultório. Quando percebi que ele estava disposto a conversar, imediatamente sentei ao seu lado. Ele fala novamente sobre ter medo e estar com dúvidas em tomar o remédio. Me pergunta se ele está mesmo com a doença, e antes mesmo de lhe responder, ele diz que ‘sabe que tem que fazer o tratamento os que as doutoras disseram’. Ele diz que agora entende porque está se sentido tão fraco, localizando o sintoma de fraqueza na confirmação da tuberculose, e conclui dizendo saber que se não tomar o remédio não ficará bem de saúde. Encorajei-o a conversar com as ‘doutoras’ sobre o assunto, para que lhes possa fazer as perguntas que sentir vontade, tirar suas dúvidas, dizer o que sente. Desde o início da conversa percebi que o Sr. Mineirinho exalava um odor de álcool. Conversamos mais um pouco, perguntei-lhe se já havia almoçado, ao que responde que não, mas que está indo naquele momento. Levantamos e nos despedimos.

No almoço com Sandra e Letícia reporto meu encontro com o Sr. Mineirinho, contando-lhes a conversa que tivemos. Ao retornarmos à clínica o encontramos aguardando na porta do consultório. Ao entrar, ele fala do receio da medicação, informando, contudo, que concorda em tomar. A seguir é feita a primeira dose da medicação, e Letícia lhe solicita que fique por um certo período de tempo sentado na cadeira em frente ao consultório, em observação para o eventual caso de efeitos colaterais mais imediatos ao medicamento. Após mais ou menos uma hora ele não apresenta nenhum sintoma e é liberado para deixar a clínica. No dia seguinte inicia-se o seu TDO, com o acompanhamento de Cláudio.

Dias depois, Sr. Mineirinho retorna para o exame de sangue e passa mal na sala de coleta. A técnica de enfermagem procura Sandra e relata que não consegue

pegar a sua veia e que ele está muito nervoso. Ele é levado para o consultório e Sandra faz uma segunda tentativa, sem êxito, pois além da dificuldade ao acesso da veia, o paciente passa mal novamente. É levado para deitar na maca no próprio consultório e assim fica por um tempo, até melhorar. Ele diz sentir-se nervoso ao coletar sangue. Sandra marca nova tentativa para o dia seguinte, porém o Sr. Mineirinho não comparece à clínica.

Numa reunião de equipe, transcorridos mais de quinze dias do início do tratamento do Sr. Mineirinho, Cláudio pede a palavra, e narra a situação em que o encontra diariamente, quando das visitas para administração da medicação. Cláudio fala que o paciente está cada vez mais debilitado e desconfia que ele não tem como se alimentar, mas quando aborda o assunto ele diz que come normalmente. Cláudio relata que as condições da casa são as piores possíveis, que chega a parecer uma espécie de caverna escura sem nada dentro, mas que não tem como explicar melhor, porque nunca entrou. O paciente o recebe na porta e, portanto, o que consegue ver da entrada lhe pareceu ser uma habitação de apenas um ou dois cômodos. Relata também que às vezes ele não tem água para tomar o remédio, tendo que pedir um pouco de água da torneira num bar próximo. Cláudio acha que o Sr. Mineirinho continua usando álcool todos os dias. Outra preocupação é a ausência de documentos do paciente.

Sandra intervém e iniciam um debate acerca do fazer. A primeira decisão é a de fornecer uma 'cesta básica'¹⁸³ mensal. Contudo, apesar de passar a receber os alimentos, Cláudio constata que o Sr. Mineirinho não tem como prepará-los, pois não dispõe de fogão. A partir de algumas informações, Cláudio deduz que ele faz escambo desses produtos com uma senhora que fornece comida pronta – as marmitas, mas que nem sempre isso é possível.

Transcorrido um mês ainda não haviam sido realizados os exames, pois Sr. Mineirinho não retornou a clínica. Porém, seguia tomando a medicação que Cláudio lhe fornecia diariamente, relatando que suas condições pioram a cada dia. Certa vez, foi internado no hospital geral mais próximo da região, mas já havia retornado

¹⁸³ Alimentos fornecidos pela administração local da prefeitura, para alguns moradores em situação de extrema pobreza, indicados pelos serviços de saúde e de assistência social.

para casa. Como o quadro permanecia o mesmo, sem melhoras, Letícia pede que Cláudio leve um documento solicitando nova internação, encaminhando-o de volta ao hospital. Feito isso, Cláudio no dia seguinte vai à casa do paciente para ver se está internado e retorna para a clínica visivelmente contrariado, pois o encontrou na rua e soube que ele não foi ao hospital, justificando que havia se confundido em relação ao trajeto do ônibus. Cláudio fala de má vontade e descaso com sua própria saúde.

Sandra orienta a suspensão do medicamento e uma nova tentativa de internação. Algum tempo depois, o Sr. Mineirinho morre. A profissional da clínica que traz a notícia diz-nos que Cláudio estava muito chateado com a morte daquele paciente por causa da tuberculose.

O prontuário desse paciente contém os procedimentos internos e as tentativas de encaminhamento para hospitalização. Parte dos esforços feitos pela equipe e seu entendimento sobre o caso estão registrados. Porém, aquilo de que não há registro, quase nunca tem, é o historial de vulnerabilidade que inscreve a vida de pessoas como a deste senhor. Em dispositivos de inscrição como os prontuários o enfoque não é esse.

Entretanto, indaga-se qual o espaço para o registro das histórias de vida das pessoas, suas trajetórias, dificuldades e dores e como estas dimensões da vida se relacionam com a 'evolução das doenças'? Onde esses outros registros podem ser feitos que não nos encontros e nas práticas interacionais e dialógicas de saúde? Como esses registros entram nas tomadas de decisão? São elementos que compõem uma *patchwork* de tuberculoses que proponho ser pensada nos seguintes termos: há um senhor que (i) narra em consulta: *'Não sou daqui, sou sozinho, não tenho ninguém, mas tenho muitos parentes em Minas Gerais, qualquer dia volto pra lá'*; (ii) vai em busca de uma dose de álcool no momento em que precisa tomar a decisão de fazer ou não o tratamento; (iii) adere ao tratamento, tomando a medicação diariamente; (iv) esconde do ACS as péssimas condições de vida em que se encontra; (v) apesar de estar debilitado, carrega material de construção para obter algum dinheiro; (vi) aceita produtos alimentícios que precisam de cozimento, como moeda de troca por alimentos prontos à comer, pois

não tem como fazê-los; (vii) fala de seu medo em tomar os medicamentos; (viii) tem icterícia e inchaço no abdômen como possíveis sintomas de doença hepática alcoólica. Esses objetos, para além do resultado da baciloscopia, são também acionados nas praticidades da equipe, porém, com assimetrias importantes em relação às escolhas, principalmente na perspectiva terapêutica.

Do que morreu o Sr. Mineirinho, de tuberculose? De doença hepática? Talvez o que deva ser levado em conta com essa morte, para além do CID¹⁸⁴, é que se trata de morte por uma história de vida vulnerabilizada e negligenciada, cujo conjunto de elementos e objetos podem entrar numa radical composição de adoecimentos. São terapêuticas em corpos já profundamente vulnerabilizados e para os quais o acesso a medicamentos é somente uma parte dessa composição. O tratamento de uma doença é um trabalho complexo de ativação e de composição de objetos. A compatibilização entre os múltiplos quadros - a clínica de tuberculose, as doenças concomitantes, a vulnerabilidade do Sr. Mineirinho - estão na base dos *enactments* possíveis.

Como bem discute Mol (2002), um dado diagnóstico é uma versão de doença, só que esta é um objeto composto no qual a realidade social de viver com a doença (a aterosclerose, no caso por ela estudado) está incluída numa *patchwork* e/ou adicionada às outras versões da doença. Ela argumenta que não se deve ter expectativas acerca de uma relação linear entre as versões da doença, ressaltando que o fato de que diferentes objetos possam ser somados e, assim, transformados em um não depende da existência projetada de um único objeto que estava esperando no corpo. A Singularidade da doença pode ser fruto de um esforço deliberado, pode ser produzida, e como resultante é que poderá ser um único objeto.

Coordination into singularity doesn't depend on the possibility to refer to a preexisting object. It is a task. This is what designing treatment entails. That the various realities of atherosclerosis are balanced, added up, subtracted. That, in one way or another, they are fused into a composite whole. The 'disease to be treated' is a composite object." (...) "[Such] different elements together make a patchwork. A patchwork singularity, the disease-to-be-treated of a specific patient. A composite reality that is also a judgment about what to do. (Mol, 2002:70-73)

¹⁸⁴ Código Internacional de Doenças.

O papel de especialistas, de diferentes bases de conhecimento, tem lugar na discussão que a autora faz sobre aquilo que define como 'coordenação de objetos' e de elementos no processo de performatização de doenças. É em diálogo com Latour que Mol aborda a questão da não contradição entre caminhos a serem escolhidos, numa superação do debate sobre serem estes, *a priori*, lógicos ou ilógicos, e concebendo-os como formas de lidar com a realidade. A diferença entre os caminhos pode não ser necessariamente uma contradição. Corresponde em evitar ligar as várias proposições em uma polêmica de certo ou errado, e incorporá-las nas questões da prática, em formas de agir, em seus manuseios. Enfim, é reconhecer que são práticas que levam a diferentes direções.

É no bojo dessa discussão que Mol debate as caracterizações que as diferentes especialidades médicas fazem sobre as doenças, ressaltando que estas atendem a diferentes finalidades. É propriamente em relação a tuberculose que a autora exemplifica as diferentes maneiras das especialidades a verem e manusearem:

They didn't contradict each other, but 'simply' had different goals. Bacteriologists, (...) fight a bug and to them tuberculosis is characterized by the microbes causing it; internists chart and treat a problem of the lungs; and since it is the task of those who work in social medicine to take care of the health of the population, they see tuberculosis as an infectious disease. (Engelhardt, 1975, apud Mol, 2002:110).

Essas diferenças podem ser complementares ou compatíveis em termos das práticas, ou mesmo as duas coisas, dado que o trabalho a ser feito não está preestabelecido. As decisões são dependentes dessas fricções, tendo a coordenação um papel chave a desempenhar, desde que os variados elementos possam ser incluídos nessa composição, como, no caso do Sr. Mineirinho, o uso do álcool, a fome, a solidão, a baciloscopia, etc.

Em um outro registro, Farmer (2001), ao estudar a realidade da tuberculose na área rural do Haiti, discute um conjunto de explicações sobre falhas do tratamento. Entre os alertas que faz está a minimização da importância de argumentos voltados para o mito da não cooperação, da não adesão do paciente ao tratamento. Farmer recusa quadros explicativos universais e

descontextualizados, ressaltando, entretanto, o pressuposto econômico, a questão da pobreza, na composição dos fatores concorrentes:

Cultural, political, and economic factors, while inevitably important, cannot be of equal significance in all settings (...) factors such as initial exposure to mycobacteria, reactivations of endogenous tuberculosis infection, complications, access to therapy, length of convalescence, development of drug resistance, degree of tissue destruction, and, finally, mortality – are determined chiefly by economic variables. (2001:227)

É num registro que aproxima a relação entre diferentes constituintes políticos e as relações entre os diferentes objetos que a política (ontológica) não pode ser pensada como sendo um domínio separado da ciência. Para Mol, essa relação não deve ser pensada em termos de invasão de um domínio por outro. Pelo contrário, deve-se atentar para a mecânica das formas de relacionamento, suas ressonâncias e dissonâncias.¹⁸⁵

Os conhecimentos e práticas postos em cena no caso do Sr. Mineirinho, principalmente no que se refere ao acionamento de múltiplos objetos, põe em questão o entendimento do desfecho enquanto fatalidade, enquanto ‘história natural da doença’¹⁸⁶. Supõe-se que as intervenções terapêuticas performatizam objetos alterando-os, são opções que guardam relação com o que foi acionado no processo diagnóstico, informadas por critérios de uso. Ou seja, os tratamentos são distribuídos por critérios de indicações clínicas, protocolares e disponibilidade de recursos. Entretanto, os repertórios terapêuticos podem ser alvo de controvérsias, a depender dos acionamentos e também de tensões em torno de critérios universais versus locais e situados. Um rol de possibilidades e seus usos em casos específicos são postos em ação com variados critérios de distribuição terapêutica.

Em relação ao Sr. Mineirinho, há vários acionamentos de objetos que circularam no rol das opções terapêuticas, sob diferentes critérios: a baciloscopia

¹⁸⁵ Nas palavras da autora: “(...) *how may different entities or actors both clash or show interdependence, what is this character of the ‘sides’ that are involved, what kind of materials (and socials) are they made of? Such questions are as relevant when it comes to events at the level of the state as they are when it comes to a single person’s fleshy life.*” (Mol, 2002:115).

¹⁸⁶ Numa crítica à epidemiologia descritiva de Leavell & Clark, Almeida Filho e Rouquayrol (2002) questionam o modelo da história natural das doenças, que apesar de reconhecer o papel das múltiplas determinações no processo saúde-doença ainda guarda relação com o modelo biomédico hegemônico, na medida em que há a tendência de secundarizar o lugar da determinação dos fenômenos da saúde à causalidade das patologias, e assim criticando a concepção de ‘natural’ da história natural das doenças.

positiva; a suspeita de doença hepática; a má nutrição; a moradia insalubre, a solidão; o uso de álcool e a dificuldade de acesso ao atendimento hospitalar de urgência. São elementos, decisões e práticas que conformam realidades, assim operadas: *“In treatment practices, [atherosclerosis] is not turned into a singular reality (...) The indication criteria are a place where it becomes visible that ‘reality’ may inform practice while ‘pragmatics’ in their turn shape reality”*. (Mol, 2002:102)

A construção das práticas e as escolhas terapêuticas efetuadas circunscreveram-se em diferentes dimensões, porém com acionamentos assimétricos: no âmbito da doença, em face da baciloscopia positiva, acionam-se medicamentos; em relação a fome, providenciam-se alimentos; frente à agudização do quadro clínico, encaminhamento para internação; pela falta de recursos para a passagem de ônibus – deram-lhe dinheiro; em virtude da suspeita de doença hepática – tentativas não exitosas de exames complementares. A complexidade do quadro, extrema vulnerabilidade física, psicológica e social do Sr. Mineirinho, contribuíram para a dificuldade de coordenação e para a ocorrência do desfecho não desejável – a morte.

V.4.4 - Bem lá no alto do morro

De todos os encontros aqui narrados, os que envolveram Luciano diferenciam-se dos demais por falar de um sujeito cuja presença no cotidiano da Equipe 5 se fez pelo exato oposto: a sua ausência. Ao longo do tempo em que acompanhei as visitas da equipe, o vi apenas duas vezes, mas fui a sua casa mais de 10 vezes. Ele é tido pela equipe como um dos pacientes mais difíceis, e um “provável caso de abandono”, segundo opinião de Sandra.

Luciano foi à clínica por causa de um ‘abcesso’ no pescoço. Após examiná-lo e a partir de outros sintomas como emagrecimento e fadiga, chegaram à conclusão que se tratava de tuberculose ganglionar periférica¹⁸⁷. Essa é uma forma

¹⁸⁷ É uma forma de tuberculose extrapulmonar que “(...) cursa com aumento subagudo, indolor e assimétrico das cadeias ganglionares cervical anterior e posterior, além da supraclavicular (...) Ao exame físico os gânglios podem apresentar-se endurecidos ou amolecidos, aderentes entre si ou

de tuberculose mais frequente em pacientes HIV soropositivos e em crianças. Conforme argumentou Sandra, a despeito de confirmações diagnósticas mais complexas, iniciaram o tratamento, em face da riqueza dos sintomas, da clínica apresentada pelo paciente e por perceberem que ele não iria facilmente para outra unidade de saúde para realizar os exames complementares. Tanto a clínica de Luciano como a rápida melhora do quadro após o início do tratamento confirmaram a suspeita diagnóstica, ressalta a enfermeira.

Ir à casa de Luciano não é tarefa fácil, pois está localizada numa das partes mais altas do território, cujo acesso implica não apenas em subir a pé por quase meia hora, mas também passar por muitas áreas que servem de esgoto a céu aberto, depósito de lixo e becos íngremes e escorregadios. A casa fica numa das encostas da montanha, na divisa com uma área de preservação ambiental, onde não podem ser mais construídas casas, pois representa risco de deslizamento. Por estar localizado no alto, num local de difícil acesso, há outras características associadas, não apenas as péssimas condições de infraestrutura.

Por ser mais ermo, é também rota de fuga dos traficantes quando ocorrem incursões da polícia. Dada a estas questões as visitas à casa de Luciano eram consideradas como um desafio diário. Na primeira vez que lá estive pude constatar o que os profissionais diziam. Subíamos por muitos becos e caminhos desabitados, muitos dos quais de difícil acesso, tendo que subir uma escada, como muitos degraus, moldados com a própria terra bem na encosta do morro. Era um dia ensolarado e, conseqüentemente, fazia muito calor. Já bem no alto do morro havia um platô, uma pequena área descampada, seguida de uma trilha estreita e íngreme que dava acesso à casa de Luciano. Chegamos exaustos, suados e com sede, mas Nuno e Cristina mais que todos, pois vinham alternando-se no carregamento de uma caixa térmica contendo vacinas contra Influenza A para serem administradas nos idosos acamados ou com dificuldade de locomoção. A exaustão de chegar lá em cima só é superada pelo impacto causado pela vista panorâmica: um incrível mirante da cidade do Rio de Janeiro. Se a vista das janelas e da varanda da clínica

aos planos profundos, podendo evoluir para flutuação e/ou fistulização espontânea, com a inflamação da pele adjacente.” (Brasil, 2011a:33).

são consideradas como um verdadeiro cartão postal, esse quase equivale à vista de um voo de helicóptero: vê-se a imensidão do mar da praia de São Conrado e Barra, a cadeia de montanhas e floresta do entorno, os bairros subjacentes e, quase toda a extensão da Rocinha, uma das maiores 'favelas' da América do Sul (Imagem 3, do Anexo V).

Em contraste, característico da realidade do Rio de Janeiro, impressionam também as condições da casa de Luciano. É uma construção bem pequena, feita com restos de madeiras prensadas desiguais, comumente obtidas em demolições, e com a cobertura de zinco. Nuno bate na porta ao mesmo tempo em que chama pelo nome de Luciano. Quem nos atende é a mãe, que mantém a porta entreaberta, deixando ver uma minúscula sala onde há uma cadeira sem encosto e uma rede pendurada. O chão é de terra batida e me pareceu estar molhado, com um aspecto lamacento. Vê-se respingos da mesma cor e textura por todo os pés daquela senhora obesa, de semblante cansado e triste, que, entretanto, sorri quando nos vê e chama pelo filho.

De dentro da casa surge Luciano, um rapaz magro, pálido, de cabelos escuros com mechas loiras. É falante e brinca com o aspecto cansado de Nuno devido à caminhada. Nesse encontro, Sandra havia informado sobre uma tripla tarefa: fazer a medicação de Luciano; alertá-lo sobre os riscos de não tomar a medicação, que implica na questão do abandono do tratamento; e vacinar a mãe contra a Influenza A. Sandra fala para Luciano que o tratamento dele está comprometido em face das inúmeras faltas e que com isso ela terá que prolongar o número de doses/meses. Alerta que essa estratégia de prolongamento não pode ser feita indefinidamente, fala sobre o risco de a bactéria criar resistência à medicação e do tratamento ficar ainda mais complicado.

Nesse meio tempo, um irmão de Luciano também vem para a frente da casa e escuta o que Sandra fala. Tanto ele como a mãe intervêm concordando com Sandra. Luciano, mantendo o bom humor, responde que toma a medicação que Nuno deixa quando de sua visita e ele não está em casa. A mãe discorda e diz-nos que nem sempre ele toma os remédios. Pede para o filho tirar as dúvidas que ele

tem. Luciano pergunta para Sandra se pode tomar os remédios de noite, depois que retorna para casa, mesmo que tenha ingerido alguma bebida alcoólica.

Sandra responde-lhe que o ideal é não beber demais enquanto estiver fazendo o tratamento, mas que problema ainda maior é não tomar os remédios. Orienta que ele faça uso da medicação independentemente de qualquer coisa e explica que continuarão indo a casa dele todos os dias, e excepcionalmente, caso ele não esteja, deixarão os remédios para que ele tome quando chegar. Ressalta que essa última possibilidade será somente em excepcionalidade mesmo. Acrescenta que quando isso ocorrer, a mãe terá que confirmar que ele tomou a medicação. Todos concordam. Anteriormente, Cristina havia relatado que esse paciente faz uso contínuo de álcool e outras drogas, suspeitando que ele tem algum envolvimento com o tráfico de drogas na região.

Segue-se então a última parte da visita, a vacinação. A mãe recusa-se, e diz-nos que é acompanhada num centro social mantido por uma ordem religiosa sediada na comunidade, e que vai até lá depois para tomar a vacina. Sandra contrapõe dizendo que naquele local não há essa vacina, além de justificar a necessidade, mas não a convence. Não é rara a presença de serviços sociais nas comunidades de baixa renda, mantidos por organizações religiosas, por políticos e outras associações. Ocorre que estes não são integrados à política de saúde sob gestão municipal, nomeadamente no que tange a atenção primária. Por não ter participação nas políticas sociais, não estar a elas integradas, esses 'centros de atendimento' não podem e nem devem efetuar as ações de saúde pública na região, como as de vacinação, por exemplo. Restringem-se majoritariamente a consultas médicas e odontológicas, realizadas por profissionais voluntários, assim como o fornecimento de auxílios para alimentação ou vestuário, entre outros.

A insuficiência do papel das políticas sociais nesses territórios tem sido campo fértil para essas iniciativas. Porém, vem ocorrendo uma diminuição considerável de seu papel em face de políticas como a ampliação de cobertura do Saúde da Família, do Bolsa Família, da ampliação de vagas para o Ensino Fundamental e do Programa Saúde na Escola, assim como outras iniciativas e programas municipais e estaduais. Pondera-se apenas que a magnitude e a

sinergia de políticas sociais de base territorial, ainda que reconhecendo os imensos avanços nos anos recentes, demonstram limitações de várias ordens, que vão desde fatores mais estruturais, como o modelo de concentração de riquezas, até questões da ordem de gestão, como discutido anteriormente. (Fiori, 2013; Pochmann, 2013; Fonseca e Fagnani, 2013; Neri, 2007; e Machado, 2012)

No dia seguinte, acompanhei a ida de Nuno e Cristina à casa de Luciano. Quando estávamos no caminho encontramos seu irmão, que vinha em direção contrária. Nuno pergunta se Luciano está em casa e este responde que sim. Ao chegarmos na casa somos recebidos pela mãe, que afirma que Luciano já havia saído. Nuno deixa a medicação desse dia e para mais três (sexta-feira, sábado e domingo) justificando a quantidade não apenas em virtude do fim de semana, mas também por causa de notícias de conflitos recentes entre a polícia e o tráfico de drogas, que retornou àquela área.

Já íamos descer a trilha em frente à casa quando Nuno nos diz: “Não olhem agora, está vindo um ‘bonde’ enorme em nossa direção, estão todos armados”. Conforme relatado, a trilha é bastante estreita, sendo o único caminho que dá acesso de um lado ao outro da montanha, para uma área de preservação ambiental e não habitada. Como eles já estavam muito perto de nós, não tivemos como voltar e entrar na casa e ficamos parados onde estávamos. Ainda que tendo permanecido de cabeça baixa, percebi que eram muitos através da quantidade de vezes que ouvi “bom dia” sendo dito pelos componentes armados do bonde - foram oito ao todo.

Assim que passaram por nós, saímos o mais rapidamente possível do local. Nosso maior medo não é de que eles nos fizessem algo por estarmos em seu caminho, mas de haver algum tiroteio e que ficássemos no meio do fogo cruzado, ou mesmo de sermos feitos reféns, dada a situação de conflito com a polícia. São frequentes os relatos de tiroteios vivenciados pelas equipes. Entretanto, já há tradição de um acordo informal em que os profissionais de saúde têm facultado seu acesso às diversas partes do território. Naquela e em diversas outras ocasiões se apostou no ‘potencial’ de proteção dos ‘jalecos brancos’.

Descemos alguns becos e ruelas praticamente correndo e, ao chegarmos mais abaixo, já bem cansados, concordamos em fazer uma pequena parada, ainda que tivéssemos mais algumas visitas para fazer. Foi quando encontramos novamente o irmão de Luciano. Nuno perguntou novamente se ele estava mesmo em casa, ao que o irmão respondeu afirmativamente, acrescentando que quando saiu Luciano estava dormindo. Nuno fica contrariado e explica o que foi combinado no dia anterior, alertando o irmão de que tanto Luciano quanto a mãe não estão cumprindo com o pacto.

Luciano está no quinto mês de tratamento, mas devido às faltas a equipe decide re-planejar as doses e estender o tempo de tratamento. A possibilidade de considerá-lo como caso de abandono de tratamento é então temporariamente afastada. Sandra diz estar preocupada, mas que de todas as consequências negativas, pelo menos a forma da doença de Luciano, TB ganglionar, não é contagiosa como seria no caso de TB pulmonar.

Nas semanas que seguem repete-se quase sempre a mesma situação: não é realizado o TDO porque Luciano não está em casa. Na reunião de equipe o tema é debatido e falam da certeza de que muitas vezes ele está em casa, mas não abrem a porta por saberem que são eles, os ACSs. E quando a mãe atende e diz que ele não está, isso não corresponde necessariamente à verdade. Acompanhei-os por diversas vezes e quase nunca o encontramos, exceto uma vez, quando ele estava chegando de volta à casa, visivelmente alterado, e se recusou a tomar o remédio. Afirma que irá tomar depois, e Nuno deixa a medicação com a mãe. Assim decorre mais um mês do assistemático tratamento de Luciano.

Em uma das vezes em que a mãe nos recebe, Nuno reforça a importância da medicação diária e pergunta se ele havia tomado a medicação daquele dia e dos demais que havia sido deixada. A mãe entra na casa e volta com algumas cartelas do medicamento nas mãos. Nuno se exaspera ao ver a quantidade de medicamento não utilizado, fala mais uma vez que Luciano está correndo o risco de voltar a ficar mal, de piorar os gânglios, apesar de hoje estar se sentindo bem. A situação é novamente discutida em reunião de equipe, com a presença de Nuno, Cristina, Sandra e Letícia. Resolvem dar mais quinze dias de prazo para Luciano

retomar a adesão ao tratamento, caso contrário será registrado como abandono e deixarão de acompanhá-lo. A situação não se altera ao longo dos dias que seguem, e findo o prazo combinado Sandra vai até a casa de Luciano com a intenção de informar que não será mais dado prosseguimento ao tratamento dele. Mais uma vez, a mãe nos recebe e diz que ele não está. Sandra fala das decisões e a mãe reage apenas fazendo sinal de concordância com a cabeça. Sandra pergunta se ela está entendendo a situação e repete que o tratamento será suspenso naquele dia. A mãe responde que entendeu a situação, mas que está tudo bem, pois o filho “vai se alimentar bem e que se Deus quiser ele vai ficar bom”.

No caminho de volta, Sandra fala sobre sua vontade de coletar o material para os exames na própria casa do paciente, pois assim saberia da situação da doença em pacientes como Luciano, mas que infelizmente tal não é permitido. Ao chegarmos de volta à clínica, Sandra fala da exaustão e desânimo que sente frente a situações como essa – “de miséria, sofrimento e ignorância”.

As situações vivenciadas junto com a equipe no acompanhamento de Luciano, assim como de vários outros pacientes, impõem desafios das mais diferentes ordens. Como ele vive em situações extremas de variados matizes, a continuidade do tratamento contra a tuberculose é posta em segunda ordem, principalmente perante a supressão dos sintomas. Urge o desemprego; o uso abusivo de álcool e, possivelmente, de outras drogas; a proximidade com o tráfico; a localização e más condições de sua casa. O cuidado com sua saúde não consegue ocupar espaço nessa já tão comprometida agenda pessoal e familiar, a não ser em situações extremas, como quando do surgimento dos sintomas da TB ganglionar.

Mais uma vez, a precariedade expõe os limites das práticas de saúde num registro programático *per se*, em especial em relação às diretrizes e aos dispositivos que orientam as ações voltadas para a tuberculose. Como já foi discutido, a atenção primária no Brasil tem como uma de suas estratégias a ampliação do acesso voltado para um amplo contingente populacional incluído, marcadamente, no estrato das desigualdades sócio econômicas. A garantia do acesso às ações diagnósticas e terapêuticas, tais como a oferta dos medicamentos

em quantidades necessárias, a disponibilidade dos exames diagnósticos como o Raio X, a baciloscopia, dentre outros, não têm sido suficientes na efetivação das diretrizes de programas de saúde como o da tuberculose, em realidades como a de Luciano e sua família. Essa realidade, de precariedade, impacta nos seus modos de lidar com a vida e nas suas concepções de cuidado em saúde. Os debates do campo da saúde coletiva, assim como aqueles que ocorrem entre os antropólogos da saúde cujos trabalhos também são voltados para sujeitos marcados pelas precariedades das condições de vida¹⁸⁸, vem enfrentando essa discussão, na qual as diretrizes da saúde global e as políticas de saúde no âmbito nacional são desafiadas em face dos contextos de pobreza.

No trabalho de Farmer (1999), quando este aborda o modo como os riscos da tuberculose são estruturados ao longo do tempo, fica clara a importância de explicitar suas condições históricas, econômicas e sociais. A partir dessa abordagem, questiona análises voltadas para a falência das ações de controle da doença, elaboradas a partir de argumentos que enfocam os comportamentos dos sujeitos, como a não adesão ao tratamento, bem como outros de ordem mais organizacional e programática, como o acesso aos fármacos. A análise comparada que desenvolveu em dois territórios distintos, com estruturação de ações também distintas, onde uma abrange as questões ditas sócioeconômicas e outras não, demonstraram diferenças consideráveis em relação ao sucesso do programa.

Num sentido próximo, Das e Das (2007), em trabalho desenvolvido nos bolsões de pobreza de áreas urbanas na Índia, discutem a complexidade da relação entre doenças e as experiências de vida de pessoas na luta diária por sobrevivência e pela superação de doenças. Enfocam criticamente a implantação de uma forma 'simplificada' do *DOTS*, onde o que vigora é uma espécie de padronização da oferta dos cuidados de saúde a partir de parâmetros que devam caber em todos, a despeito das complexidades dos casos. Além de atuarem apenas por meio destes padrões, qualquer coisa que esteja fora do resultado esperado não implica numa revisão - *"This strategy has led to practices built on the assumption that patients who do not recover are noncompliant whereas treatments are always efficacious"*.

¹⁸⁸ Dentre outros destacam-se Farmer (1999), Nguyen (2010), Biehl (2005) e Das & Das (2007).

(*ibid*: 87). É na crítica a essa leitura de ‘realidades’ e às consequentes práticas de saúde, que argumento a favor da ampliação de análises que abarquem outros aspectos da vida dos sujeitos, no sentido de construções situadas de soluções, assim como do reconhecimento das limitações dos dispositivos da saúde, em estrito senso, e, por outro lado, a potência da luta política e do ativismo.

The problem has other aspects relating to political economy, therapeutic failures, and (from the biomedical perspective) inappropriate use of drugs. These factors contribute to the tension between symptoms, signs, and diagnosis to a greater degree than [this] literature acknowledges. (ibid:93)

Contextos como o do Território 5 da Rocinha exigem que sejam feitas análises mais abrangentes. A extensão de cobertura da atenção básica ampliou o acesso às ações de controle da TB nestes territórios, tais como o diagnóstico dos casos índice, a efetiva oferta dos medicamentos, o controle dos contatos, o acompanhamento dos profissionais sobre os pacientes no TDO diário, entre outras. Entretanto, não têm sido suficientes em relação ao enfrentamento de situações como a ‘não adesão’ de Luciano, a morte de sujeitos altamente vulnerabilizados como o Sr. Mineirinho e a contaminação de praticamente uma família inteira, como a de Maria Luiza. São questões de diferentes ordens, que exigem análises específicas que não tem como serem formuladas em termos estritamente universais, generalizados e pensadas ‘fora de cena’.

Os desafios impostos por vidas como as de Luciano, para além das questões da ordem da sobrevivência (alimentação, moradia, alcoolismo), impõem outras ações dialogadas, formuladas a partir dos encontros concretos e intersubjetivos, capazes de construir um projeto terapêutico de maneira conjunta e negociada. Numa outra perspectiva, as condições de vida de Maria Luiza, a despeito de seus esforços e da franca adesão ao tratamento, impõem ações intersetoriais potentes, que implicam num outro nível de ação, num projeto de tal monta que envolva o poder local e a participação comunitária. Nessas ações, a saúde, para além de ser o alerta cotidiano dos efeitos das desigualdades, tem lugar importante na participação do desenho das ações intersetoriais voltadas para a comunidade. A legitimidade do sentimento de impotência e frustração dos profissionais de saúde frente a situações como a de Luciano fazem sentido num quadro de isolamento da saúde em face de um quadro maior da violência estrutural.

Num outro registro pondera-se também a necessidade de estudos que possam chegar à formulação de tratamentos alternativos ao TDO, especialmente em casos de ‘não adesão’, como o de Luciano. Entretanto, as pesquisas que precisam ser feitas possivelmente não são rentáveis, conseqüentemente não serão atrativas para o interesse do mercado de fármacos (Morel, 2004). Esse é um desafio que a saúde global precisa enfrentar, mas que só será possível de ser pensado quando da séria e responsável inserção das determinações sociais em sua matriz de governança. Esse é um dos diálogos entre diferentes matizes epistêmicas que precisa ser enfrentado.

V.4.5 - Com o ‘vínculo’ na bolsa - os encontros com Helena e a ponte entre dois cenários de práticas de saúde

Como já foi apresentado, a primeira etapa desse estudo correspondeu a uma análise sobre os indicadores da Tuberculose na cidade do Rio de Janeiro, tendo como fios condutores as populações afetadas, sua distribuição espacial e os recursos e dispositivos de saúde existentes. Esse mapeamento aproximou-me de duas áreas: Rocinha e Manguinhos e de dois ‘agrupamentos’ de pessoas: no Território 5 e grupos de pessoas em situação de rua nas ‘cracolândias’¹⁸⁹ do entorno da Avenida Brasil. Nestas duas áreas estão também os dois dispositivos de atenção à saúde direcionados ao atendimento daquelas populações: a equipe de saúde da família e a equipe do consultório na rua, respectivamente. A imersão nesses dois diferentes espaços constituiu a maior parte do trabalho de campo, durante o qual fiz uma divisão nos dias da semana em cada um deles, pactuado junto às duas diferentes equipes.

No primeiro dia em que acompanhei a equipe na ida ao Território 5 na Rocinha deu-se um encontro que, ainda que tenha me mobilizado em face da extrema vulnerabilidade da situação, me ajudou a pensar sobre caminhos de vulnerabilidade que tecem a cartografia social da tuberculose no Rio de Janeiro.

¹⁸⁹ Como discutido antes, opto por manter o uso do termo nativo, carregado de múltiplos significados, exceto quando das narrativas de alguns atores do campo, como os profissionais de saúde, que assumem a designação de ‘cenas de uso’.

Deixei-o como o último relato de encontros da Rocinha, pois este representou uma ponte, uma aproximação, um diálogo e principalmente um desafio relacional, entre os dois espaços de vulnerabilidade. Esse diálogo me foi proporcionado por Helena, tendo na minha inserção nas diferentes equipes o instrumento de mediação. O desafio maior residiu no esforço de perceber o que a história e os encontros com Helena poderiam significar, não apenas para mim, como pesquisadora e profissional de saúde, mas também para as duas equipes, e principalmente para leituras possíveis sobre saúde, modos de vida, tuberculose, drogadição, miséria, sofrimento, desejos, beleza e a vontade de ser feliz de Helena.¹⁹⁰

Nesse primeiro dia no Território 5, Sandra solicita à ACS Cristina que nos leve até a casa de duas irmãs, Helena e Marisa. A primeira está em tratamento para tuberculose, e não tem sido encontrada em casa para fazer o TDO, e a segunda está grávida do terceiro filho, porém não tem ido às consultas de pré-natal agendadas. No caminho fala de suas preocupações em relação àquela família, que além das duas irmãs é composta também pelos dois filhos de Marisa; pela mãe de ambas; um irmão mais novo, que tem por volta de 9 anos de idade; e pelo namorado da mãe.

A casa fica numa espécie de pequeno platô em cima de um barranco. Apenas duas partes/cômodos da estrutura têm as quatro paredes, são as que servem de quartos para toda a família. Um é ocupado pela mãe, Eliana, o namorado dela, o filho e, eventualmente por Helena. O outro é de Marisa e seus filhos. Na pequena área aberta que dá acesso aos quartos vê-se uma torneira e um pequeno fogão, servindo de cozinha, lavanderia e espaço para banhos. O restante do banheiro localiza-se em um cubículo embaixo da casa, cujo acesso é feito pela lateral do barranco.

¹⁹⁰ Desde o começo do trabalho de campo, quando entrei em contato com as pessoas que lá viviam e trabalhavam, preocupei-me em ser extremamente respeitosa para com elas, principalmente naquilo que poderia escrever, sobre meu entendimento a respeito de tudo aquilo que gentilmente me permitiram vivenciar junto com eles. Tenho uma dívida enorme para com todos eles e carrego-a cotidianamente, ao longo de toda a escrita desse trabalho. O caso de Helena representou um desafio adicional, pois me permitiu ser colocada no meio da cena, na medida em que medie inúmeros processos entre ela, os profissionais das duas equipes, sua mãe e irmã.

Quando ainda estávamos a caminho, Sandra detalhou sua preocupação com essa família: – como Marisa está na terceira gravidez e nunca faz o pré-natal, tem receio de que esteja com alguma doença sexualmente transmissível – DST - e que o bebê nasça com problemas. Já com Helena, que está sumida de casa, a preocupação é a interrupção do tratamento para TB. Além destas questões mais afeitas à saúde, aborda a questão do desemprego, nenhum membro da família tem trabalho, vivendo numa “miséria enorme”, em suas palavras.

Ao chegarmos à casa, Sandra sobe dois degraus que dão acesso ao platô e encontra Eliana. Começam a conversar na área externa e eu permaneço em baixo, acompanhada de Cristina. Nesse momento, Marisa sai do outro quarto - Sandra acha que está entre o sétimo e oitavo mês de gestação -, mas ao ver Sandra tenta voltar rapidamente para dentro. Desiste no meio do caminho, retorna e nos cumprimenta. Nesse momento, Sandra pede que eu me aproxime mais e diz para Eliana que talvez eu possa ajudar. Pede-lhe que repita o que havia dito.

Eliana fala sobre Helena, a outra filha, que havia ido com o namorado para uma ‘cracolândia’ que fica perto da linha do trem, em Manguinhos. Esse é o motivo da descontinuidade do tratamento para a tuberculose. Fala de sua preocupação com a filha e pergunta se é possível que eu procure por ela, já que Sandra havia falado que eu também ‘trabalhava naquela região’. Entra no quarto e sai em seguida com a foto de uma menina sorrindo, vestida de camiseta e shorts, deixando visível uma tatuagem no ombro direito.

Helena tem 21 anos e saiu da Rocinha há mais ou menos um mês. Faço algumas perguntas sobre os possíveis locais onde ela possa estar, especificamente se a linha do trem a que ela se refere era a mais próxima de uma região denominada de Jacarezinho. Nesse momento ela reage com medo, olha para os lados e pede para que eu fale baixinho, explicando-se ser perigoso se alguém daquele território ficar sabendo que Helena está numa ‘cracolândia’, que é um espaço sob o domínio de uma facção do tráfico de drogas inimiga da facção que domina a Rocinha.

Diz também não se preocupar tanto com o *crack*, pois acha que a filha não faz uso contínuo da droga, e que só está na ‘cracolândia’ para acompanhar o

namorado, por quem está apaixonada. Sua preocupação é com a descontinuidade do tratamento contra a TB. Digo-lhe que levarei a foto e que discutirei a situação com a equipe do Consultório na Rua.

Sandra dirige-se para Marisa, a grávida, e pergunta se ela não vai à clínica, argumentando a favor não somente dos benefícios que o monitoramento do pré-natal podem proporcionar para ela e o bebê, como também sobre a possibilidade de outros ganhos, como o 'kit cegonha carioca'. Marisa sorri e diz que vai a clínica pois está com "dores lá embaixo", fazendo nesse momento um movimento com a mão apontando para a região pélvica. Fica acertado então que Marisa irá à Clínica na parte da tarde, e Cristina diz-lhe que vai colocar seu nome na agenda assim que chegarmos de volta a clínica.

Seguimos caminho para outras visitas domiciliares, e já estava no final da manhã quando encontramos novamente Marisa em uma das muitas vielas do território. Ela está indo buscar o filho na escola. Porém, não apareceu na clínica naquela tarde, conforme combinado, e em nenhum outro dia. Voltei a ver Marisa mais de dois meses depois na clínica, apenas após o nascimento da criança. Era uma menina de bochechas rosadas à espera de sua vez para tomar as vacinas.

Aqui será feita uma pausa na história de Helena, pois as narrativas dos encontros com ela só farão sentido quando da imersão no território de Manguinhos, quando do acompanhamento junto à equipe do Consultório na Rua, trabalhado no capítulo seguinte.

VI. Suzana varre a calçada da ‘cracolândia’ – em práticas de saúde nas ruas, embaixo de pontes e viadutos

“Eu não gosto do bom gosto
Eu não gosto de bom senso
Eu não gosto dos bons modos
Não gosto
Eu gosto dos que têm fome
E morrem de vontade
Dos que secam de desejo
Dos que ardem.”
Adriana Calcanhoto

O trânsito está pesado na Avenida Brasil. José, o motorista, pega vários atalhos por ruas que até então desconhecia, apesar de trabalhar há alguns anos pelas redondezas. Depois de algumas voltas, a velocidade do carro é diminuída, no mesmo momento em que avisto um grupo de pessoas numa esquina num subúrbio do Rio de Janeiro. José estaciona e todos descemos do carro. Daquele momento em diante ative-me a seguir os movimentos das pessoas da equipe, pois estar naquele espaço implicou em atentar para os códigos locais e respeitá-los. Ao descer da Kombi, meus sentidos foram tomados por diversos estímulos: cheiros fortes proveniente de lixo e valas abertas; sons de rádios e de pessoas falando em pequenas rodas; uma profusão de panos pendurados e pedaços de papelão e madeiras servindo de divisórias para espaços de moradia. Naquele local, um conjunto de pessoas, a maioria jovens, transitam e vivem - um espaço de rua onde manuseiam e conformam objetos e delimitam cenários, organizando-os dentro de referências próprias, cujos sentidos são compartilhados pelo grupo – a situação de rua e o uso do *crack*.

A conformação desse espaço de rua é feita através da organização de elementos domesticamente arrumados - cadeiras, poltronas, colchões, rádios, mesas improvisadas, garrafas, copos, roupas, dentre outros. Há também um grande tapete disposto na esquina, com uma pequena mesa e um vaso de flores em cima. Esse ambiente estava sendo arrumado por Suzana, uma moradora do local que, depois vim a saber, desempenhava um papel de liderança no lugar. Naquele momento ela portava uma vassoura, e varria vigorosamente o tapete a fim

de tirar a poeira acumulada. É quase certo que a maior parte dos elementos ali dispostos foram descartados, considerados refugos por outras pessoas, em outros espaços e num outro tempo, agora ressignificados, e assumindo novos sentidos para aquelas pessoas. Os sentidos daquele cenário, associados às interações com os dispositivos próprios da saúde, operados por um conjunto de atores, orientou meu olhar sobre aquele campo.

As referências prévias e imagens que se tem de lugares como esse são frequentemente aquelas veiculadas pela imprensa, que retrata espaços e pessoas negadas enquanto tal - de não-pessoas e não-lugares. Algo como o oposto do que deva ser espaço urbano e 'seres humanos'. Aquele 'aglomerado' de pessoas é definido pelas matérias de jornais e programas de televisão como um espaço de 'caos' e criminalidade¹⁹¹. São denominadas de 'cracolândias', onde circulam os 'cracudos'. Referem-se a eles usando esses e outros adjetivos como 'zumbis', 'mortos-vivos', 'viciados' e 'maltrapilhos'¹⁹². Essa produção discursiva está presente não apenas no jornalismo, mas também nos argumentos e ações de parte de agentes de Estado, como a polícia e alguns programas de recolhimento compulsório, como o 'Cata-tralhas', anteriormente abordado, favorecendo a produção de ambientes e dinâmicas autorizadoras da destituição destas pessoas do lugar de sujeitos, amiúde por meio da violência.

É em cenários como esse que ações de saúde são postas em marcha, lideradas por profissionais que fazem parte do dispositivo assistencial Consultório na Rua – Cnar. Esse capítulo é dedicado aos encontros entre os profissionais de saúde e os pacientes em tratamento para TB vivendo em situação de rua, a maior parte delas nas 'cenas de uso' do *crack*. Como já foi dito, a escolha desse campo de pesquisa não foi aleatória, ao contrário, deveu-se a um conjunto de fatores - a

¹⁹¹ Ao longo do trabalho reforçarei a ideia de sujeito, agência e subjetividade, anteriormente trabalhada, enquanto contraponto a essas narrativas. Não se trata de recusar ou de não reconhecer o comprometimento social e psicológico que parte dos sujeitos em uso continuado e abusivo do crack possam apresentar, mas sim de problematizar a partir da vivência, as referências que generalizam esse entendimento e que são inscritas em dispositivos biopolíticos.

¹⁹² Dentre outras matérias jornalísticas, pode-se citar: "Como zumbis, viciados em crack tomam as ruas." – Manchete de matéria do Jornal 'O Dia', do Rio de Janeiro, em 31.10.2012. Disponível em: <http://odia.ig.com.br/portal/rio/como-zumbis-viciados-em-crack-tomam-as-ruas-1.509383>

concentração de pessoas em situação de vulnerabilidade; a magnitude da incidência de tuberculose;¹⁹³ e a presença dos profissionais do Cnar.

Acompanhar o cotidiano da equipe do Cnar naqueles territórios significou entrar em contato com uma diferente forma de estar no mundo. Os encontros e práticas de saúde ajudaram na minha percepção de novos sentidos sobre estar na rua – os sentidos dos atores daqueles espaços, suas histórias, necessidades e desejos. Acompanhar os profissionais de saúde me ajudou a problematizar sobre as políticas da vida.

Fassin (2012b), ao propor o conceito de biolegitimidade, ancorado na assunção do poder da vida e no reconhecimento e legitimidade do corpo em sofrimento, coloca sob perspectiva não apenas a questão do direito à vida, mas principalmente o acesso destes corpos às diferentes políticas públicas, num quadro contraditório de expropriação e direitos. O mesmo ser humano destituído de casa, trabalho, alimentação, alvo de ações discricionárias da polícia, que põem sua sobrevivência em risco por meio da violência, é também, por outro lado, foco de outras formas de controle e de cuidados exercidos por outras políticas e outros agentes de Estado – os da saúde e da assistência social.

É na razão do corpo, adoecido pelas condições do viver nas ruas, e muitas vezes associado ao uso abusivo de drogas, que pessoas em situação de rua são pelos atores da saúde concebidas como pessoas com direito ao acesso às práticas de defesa da vida. São políticas dos viventes que se tramam e tecem diversas formas de operação, de negociações cotidianas complexas, em diferentes registros, dentre eles o da busca pela droga e da sobrevivência. Fassin põe em discussão a noção de economia moral, em contraponto às bases da economia política, na busca de um outro sentido da existência de sujeitos, localizado num registro que fornece centralidade ao valor da existência física e social, assim formulada:

Falar de economia moral para tratar das políticas dos vivos é, portanto, considerar valores que servem de base às escolhas feitas pelas sociedades contemporâneas sobre as questões que envolvem a existência física, e

¹⁹³ O número de pacientes em tratamento para tuberculose no Cnar é igual à somatória de todos os pacientes das seis equipes da clínica da família na qual essa equipe também está sediado.

também a existência social dos indivíduos. Ela oferece um contraponto necessário à economia política cuja análise das relações de produção esclarece, de um ângulo diferente, o sentido das decisões tomadas no que diz respeito às vidas humanas (Fassin, 2012b:384)

Na experiência do trabalho com pessoas em situação de rua, o lugar do bacilo da tuberculose e suas repercussões no corpo, entendidas como sinais e sintomas, é parte constitutiva de uma trama forjada numa rede de múltiplas associações, e transbordam o paradigma biomédico. A trama de múltiplos elementos - 'sociais, 'políticos', 'econômicos' e 'subjetivos', extrapolam o consultório. As imagens de cavernas pulmonares refletidas na chapa de radiografia, disposta no negatoscópio¹⁹⁴ fixado na parede, compõem apenas parte do registro da tuberculose. As naturezas diversas dos elementos dessa trama compõem uma tessitura plural, que se une na conformação de doenças, que estão para além dos sintomas físicos e dos 'achados' laboratoriais.

Aproximar-se desse contexto, de complexa tessitura, implica em transitar por outros caminhos pelos quais, normalmente, a maioria das pessoas não caminha. Os caminhos que levam até as 'cenas de uso' podem significar: passar através de um buraco feito no muro que dá acesso à área dos trilhos do trem, ou atravessar por cima de um 'valão'¹⁹⁵, por meio de uma grande viga de concreto e adentrar num terreno baldio coberto de mato, ou caminhar por uma área descampada, enlameada e coberta de lixo - um depósito de lixo a céu aberto, onde proliferam moscas e ratos que passeiam pelos dejetos. Todos esses objetos são parte constitutiva dos espaços de precariedade onde se localizam pessoas em situação de extrema vulnerabilidade.

Depois da minha primeira ida a uma 'cena de uso', o motorista José nos levou para almoçar no restaurante do instituto onde trabalho, que está situado num bairro próximo, lugar já bem conhecido por todos nós. Retornar àquele espaço de minha rotina, tão próximo e ao mesmo tempo profundamente distante, em relação ao que havíamos deixado poucos minutos atrás, me deu uma sensação de ter passado por uma espécie de 'portal', de acesso a dois 'mundos' separados, sendo que o trânsito entre eles não é facultado a todos. Estamos perante uma equação

¹⁹⁴ Aparelho que possui uma iluminação especial para facilitar a observação de chapas radiográficas.

¹⁹⁵ Como dito no capítulo anterior, 'Valão' (Imagem 4, Anexo VI) é um termo comumente utilizado para designar rios e córregos poluídos que cortam a cidade, especialmente os bairros da periferia, mas não apenas nestes. Transportam lixo e esgotamento sanitário a céu aberto, tendo muitos deles um mau odor. Em períodos de fortes chuvas, especialmente no verão, costumam transbordar e invadir ruas e casas.

na qual um lado é constituído enquanto negação, porém somente a partir da existência do outro. São espaços forjados para se localizarem em distintas dimensões do real, que não podem se reconhecer enquanto mutualidade, e sim apenas como contraponto. Se há interseções, são amiúde por meio de apagamentos de seus rastros, de indícios de sua existência, e de violências de diversas formas, como a policial, mas não apenas essa.

Há inúmeras formas de construção de invisibilidades, de aniquilamentos de não-sujeitos. São modos de construção de seres invisíveis, como aponta Fanon (2008:26): “Há uma zona de não-ser, uma região extraordinariamente estéril e árida, uma rampa essencialmente despojada, onde um autêntico ressurgimento pode acontecer”. Pessoas e espaços são enunciados como ‘não-lugar’, ‘não-vida’, ‘não-mundo’, ‘não-sujeito’.

“*A rua não é um mundo fora do nosso mundo*”¹⁹⁶ - esse é o subtítulo de um documentário produzido pelo Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, sobre o dispositivo de atenção à saúde ‘Consultório na Rua’, que problematiza, entre outros debates, o lugar das pessoas em situação de rua nas cidades e nas políticas públicas. A narrativa sobre sujeitos ‘fora do mundo’ é recorrente em muitos depoimentos:

A rua acaba virando o lugar de quem não tem lugar na cidade [...] população de rua é a população mais estrangeira dentro de uma cidade [...] por serem mais distantes dos padrões da cidade, é o estranho íntimo. (Depoimento de Iacã Macerata, psicólogo e ex-coordenador de uma equipe de Cnar.¹⁹⁷).

A maior parte do trabalho desenvolvido pela equipe do Cnar que acompanhei está voltado para as ‘cenas de uso’ do *crack*, devido ao perfil da população em situação de rua daquela área da cidade. Isso não significa dizer, de modo algum, que na generalidade a população em situação de rua da cidade do Rio de Janeiro seja usuária de *crack*. No mesmo sentido, não significa dizer também que todo

¹⁹⁶ DAB/MS, 2013. Consultório na Rua - A rua não é um mundo fora do nosso mundo. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=ek9iWTV3hig>. Último acesso em 17/02/2015.

¹⁹⁷ A frase “A rua não é um mundo fora do nosso mundo”, que serve de subtítulo ao filme, é também parte do depoimento de Iacã Macerata.

usuário de *crack* esteja em situação de rua. Corresponde apenas à especificidade de parte daquele território.

Seguir os atores desse dispositivo significou acompanhar a dinâmica própria dos caminhos, fluxos, associações e acionamentos em diferentes cenários. São estes que fornecem o contorno da narrativa, fruto da imersão no campo. Ensaia-se a seguir uma breve **apresentação do campo**: os espaços da clínica da família na qual o Cnar faz parte e a composição de sua equipe. São diferentes cenários pelos quais segui os atores - no Consultório J; nas 'cenas de uso' e em outros espaços de concentração de pessoas em situação de rua¹⁹⁸; no grupo de redução de danos; nas visitas aos Abrigos à população em situação de rua mantidos pela assistência social da prefeitura e do governo do Estado do Rio de Janeiro; nas reuniões de equipe; nos almoços e em outros encontros formais e informais.

Os **dispositivos** construídos e acionados nas práticas de saúde constituem tema de uma segunda secção. São alguns dos recursos utilizados nas ações de saúde, portados pelos profissionais numa espécie de ambulatório itinerante – as mochilas. Abre-se um debate sobre como estas são organizadas, percebidas e acionadas, conformando práticas de saúde. Na sequência dos dispositivos, o enfoque é dado aos **cenários das práticas** de saúde, nomeadamente as denominadas 'cenas de uso' do *crack*. Entretanto, as práticas de saúde não ocorrem apenas nesses locais, há também outros cenários que compõem a agenda semanal do trabalho da equipe. São outros espaços urbanos ocupados por pessoas em situação de rua que não se agrupam necessariamente em torno do uso do *crack* ou de outras drogas - debaixo de pontes e viadutos, terrenos baldios, praças, entre outros. O olhar recai sobre esses territórios, num esforço de aproximação com suas especificidades – localização espacial; estrutura física e pessoas que os constroem dessa ou daquela forma. Atenta-se também para a forma como os profissionais da equipe se conduzem nos diferentes contextos, como se relacionam com as pessoas em cada uma das áreas - a labilidade dos encontros.

¹⁹⁸ Chamarei de 'territórios' ou 'áreas', quando fizer referência às diferentes áreas no geral, e quando se referir a cada uma das 'cenas de uso' especificamente, darei os respectivos, porém fictícios nomes, em respeito ao sigilo sobre a identidade de pessoas e territórios.

Numa quarta secção é dado destaque ao que denomino de **cotidiano da equipe** do Cnar. Para efeitos da narrativa, o 'cotidiano' é fruto de colagens de eventos e situações vivenciadas, que fizeram sentido para meu próprio entendimento dos encontros, das racionalidades e práticas acionadas. Não há uma linearidade de eventos sob o ponto de vista do tempo, o enfoque é propositadamente temático - são temas que constroem sentidos nos tempos e nas ações. No processo de tratamento dos registros do campo (cadernos de campo, entrevistas, gravações de seminários), as praticalidades da equipe do Cnar vão adquirindo sentido apenas nesse 'cotidiano', que não pode ser enquadrado como ordinário, domesticado ou constante. Optou-se por usar o termo 'cotidiano', ainda que sendo inadequado, apenas por ser relativo ao dia a dia da equipe, mas não significa que seja habitual, corriqueiro ou banal em termos dos eventos que se sucedem ou se repetem ao longo dos dias, semanas ou meses. Não é assim que funciona. O inesperado e a improvisação são a tônica. É a uma composição, a um mosaico de cenários e encontros, que denomino de 'cotidiano da equipe do Cnar'.

Para encerrar, o capítulo dedica-se aos **encontros e desencontros** em torno de alguns pacientes em tratamento para Tuberculose, acompanhados pela equipe - os lugares onde vivem e transitam; os vínculos estabelecidos; as práticas acionadas; os desafios enfrentados; e a plasticidade da agenda em face aos diferentes contextos onde ocorre o tratamento para a Tuberculose - o '*DOTS* na rua'. Como o enfoque recai sobre as práticas junto às pessoas em tratamento da Tuberculose, privilegiei narrar sobre as formas de acompanhamento; as sistemáticas e os acionamentos de dispositivos do cuidado. Também abordo outros elementos que orientam a conformação e o processo de trabalho: a criação de vínculos, apesar da suposta 'não-cotidianidade' das relações e o enfoque na redução de danos e na autonomia dos sujeitos do cuidado. Na discussão assumem lugar de destaque as estratégias de acionamentos de dispositivos assistenciais; as negociações; compatibilizações e dissensões entre normativas - que pressupõem uma referência de 'normalização' -, e o desenrolar de vidas, desejos e encontros encarados por sujeitos e corpos, forjados em vidas precárias, que desafiam os pressupostos de uma dada 'normalidade' do viver disciplinado.

VI.1 - Conhecendo o campo - o Consultório J e os profissionais da equipe

O Consultório J é diferente de outros que conheci, tanto como profissional como enquanto paciente. Diferente pela forma como os atores o constroem: médicos; enfermeiros; agentes sociais - AS¹⁹⁹; técnicos de enfermagem; psicólogos; assistentes sociais; e residentes (de medicina, psicologia e enfermagem). Diferente pela forma como pessoas sem documentos, de roupas sujas, pés descalços, alguns embriagados e muitos deles com fome e adoecidos, acessam aquele espaço. Diferente pela proposta, pela construção e reconstrução diária, pelo superlativo de dores e necessidades que por lá desfilam. Diferente pelos temas das conversas, pela altura dos risos, da frequência de choros e até mesmo das brigas que acontecem nas cadeiras dispostas à frente de sua porta, destinadas à espera por atendimento. Enfim, diferente pela diferença dos encontros que têm por cenário aquele lugar. Mas diferença em relação a que? Quem e o que enunciam essa diferença? Poder-se-ia legitimamente perguntar. Diferença baseada, exclusivamente, em minha experiência e percepção em termos de referências de ambientes onde se executam ações de saúde. Diferença em relação àquilo que tenho vivenciado até então em termos de *settings* e modos de atenção à saúde. É uma diferença de narrativa²⁰⁰.

Como já fora abordado antes, a estratégia Cnar faz parte da política de atenção básica, cujo principal dispositivo é a Estratégia Saúde da Família. No município do Rio de Janeiro, algumas Unidades Básicas de Saúde – UBS assumem o desenho de clínicas de família, estando alguns Cnar(s) a estas vinculadas. Como parte integrante da recente política de expansão da ESF na cidade, a clínica na qual o Cnar se situa foi inaugurada no ano de 2010, cabendo-lhe no momento da pesquisa a cobertura assistencial de dez territórios, sob a responsabilidade

¹⁹⁹ Agente Social é o equivalente ao ACS vinculado às equipes de Saúde da Família, cujo perfil é voltado para a atenção à população em situação de rua, previsto nas diretrizes do programa.

²⁰⁰ A título de resgate informo novamente que minha primeira inserção profissional foi numa equipe de saúde, inicialmente no programa da hanseníase. Depois sucederam-se várias outras inserções, todas no campo da saúde, mas em diferentes unidades, tais como hospitais, centros de atenção especializada, unidades de atenção a crianças e adolescentes portadores de deficiências, projetos com crianças e adolescentes em situação de risco, entre outros. É em relação a essa vivência que narro sobre 'diferença'.

sanitária de seis equipes de saúde da família. Contudo, apenas no ano seguinte, em 2011, é que foi implantada a estratégia do Consultório na Rua.

A equipe conta com uma estrutura física própria destinada para seu uso - o Consultório J²⁰¹. Está localizado num pequeno complexo de saúde composto pela Clínica da Família, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA²⁰²) e Serviços de imagem e outros laboratórios. O Consultório J conta com uma sala pequena contendo: mesa, computador, cadeiras, maca para exames, lavatório e armários. Nestes há medicamentos e outros materiais, principalmente para realização de exames e curativos. A presença de uma certa quantidade de material para curativos no consultório é algo que o diferencia dos demais, pois como precisam ser levados diariamente para os territórios, facilita estarem sempre disponíveis no próprio consultório.

A Clínica está situada num prédio térreo recém-construído assim composto: onze consultórios médicos, recepção; três consultórios de odontologia com um escovário; farmácia; sala para vacinação; sala para curativos; sala de coleta de exames; sala de reunião de grupo; sala de procedimentos; gabinete da administração; sala dos ACSs; sala de reuniões e laboratório de informática. A recepção dos pacientes da clínica é feita pelos ACSs das diferentes equipes nos respectivos guichês dispostos na entrada. Os consultórios estão dispostos ao longo de um corredor, exceto o Consultório J, que fica num outro corredor, cuja recepção de pacientes também não é feita nos guichês, e sim em frente à sua porta, por um agente social, diariamente destacado para esse fim.

Essa disposição física da clínica separa o fluxo de pacientes – os da estratégia ‘Saúde da Família’ por um lado, e do ‘Consultório na Rua’ de outro. Ao lado do Consultório J, quase em frente ao corredor que serve de sala de espera aos pacientes, há uma janela e dois banheiros. A localização do consultório, além de separar as clientelas da ESF e do Cnar, o dispõe num local com maior circulação

²⁰¹ Designação também ficcional.

²⁰² Criadas em 2007, as Unidades de Pronto Atendimento – UPA compõem hoje a Rede de Atenção às Urgências do Sistema Único de Saúde (SUS). Contam com estrutura e corpo profissional próprios, dedicados aos atendimentos a pacientes em situação de urgência/emergência. (Brasil, 2011c)

de ar. Em algumas ocasiões presenciei os profissionais da equipe comentando sobre essa separação de espaços e pessoas, e muitos deles narram que a justificativa por parte da gestão da unidade se baseia no risco de contágio de doenças, principalmente da Tuberculose. Porém, também falam sobre outros elementos, como o aspecto sujo e odores corpóreos de alguns pacientes em situação de rua, devido ao pouco acesso destes a recursos de higiene pessoal. Percebi que as abordagens sobre esse assunto são feitas quase sempre em tons bem-humorados e com alguma ironia. Foi neste mesmo tom que me intei de brincadeiras internas, como a que reporta uma nova forma de 'triagem': *“chegou com os pés sujos, é imediatamente encaminhado para o Consultório J”*.

A equipe do Cnar é composta pela médica Cláudia; o enfermeiro Bruno; a assistente social Márcia; a psicóloga Sueli; a técnica de enfermagem Isabela; o dentista Gustavo; o motorista José, e por Joana, Miguel e Matias, os ASs²⁰³. No mesmo período em que realizei o estudo de campo a equipe recebeu três residentes de medicina de outras clínicas de saúde da família, numa espécie de estágio optativo, com duração de apenas um mês. Eram todas mulheres e serão chamadas de Residentes 1, 2 e 3. Além destas, a equipe contou com um residente de psicologia e uma de enfermagem.

Meu primeiro contato com alguém da equipe foi com Cláudia, que conheci quando da realização de um projeto na área de APS. Naquele momento conversávamos sobre o trabalho desenvolvido no Cnar, especialmente sobre sua preocupação com o grande volume de pacientes com Tuberculose. A escolha dessa parte do trabalho de campo decorreu dessas conversas e de estudos preliminares sobre o mapa da tuberculose na cidade do Rio de Janeiro (Capítulo IV). Foi Cláudia que me recebeu na porta do Consultório J e apresentou-me ao restante da equipe. Ela usou uma parte de sua manhã para falar sobre o trabalho que realizam, enfatizando aspectos relativos ao modelo de atenção própria do Cnar, das especificidades dos territórios dos quais são referência; e em face de meu interesse, dos casos de Tuberculose que acompanham. Cláudia é médica, pós-graduada em saúde da família e comunidade e mestranda em saúde pública.

²⁰³ Relembro que todos os nomes aqui referidos são fictícios.

Tem trinta e poucos anos e, ao longo de minha estadia, pude perceber especificidades de sua prática médica, cuja feitura e contornos comporão narrativas em torno dos encontros que acompanhei²⁰⁴.

VI.1.1 - Envolvimento e participação

Apesar de ter sido apresentada como pesquisadora, logo no primeiro dia percebi que a informação mais relevante para eles foi a de eu ser psicóloga, ou seja, também ser profissional de saúde como eles. Porém, reiteradas vezes ratifiquei meu papel de observação participante, que, entretanto, não é um lugar cômodo. Em situações vivenciadas na rua, exigiu-me ainda mais a constante avaliação ética dos limites e possibilidades de minha inserção.

Estar junto com eles significou envolvimento e participação em várias situações. Como exemplos, trago o momento em que tive que lidar com uma espécie de interrogatório, feito pelo comandante de uma tropa do Exército, responsável pelo policiamento de uma área na qual tinha uma 'cena de uso' que visitávamos sistematicamente. Seu objetivo era que eu lhe dissesse o nome do líder do tráfico local. Quando viu o que estava acontecendo, Isabela, a técnica de enfermagem, aproximou-se rapidamente e ajudou-me a desvencilhar da situação, dizendo ao comandante que éramos da saúde e *“apenas fazíamos curativos em quem estivesse precisando”*.

Em outra ocasião fomos a uma área, apenas eu, Miguel e Joana, os ASs, para procurar um paciente sem saber exatamente o local onde ele se encontrava. Fui alertada sobre tratar-se de uma área de difícil acesso. O acesso era somente

²⁰⁴ Na primeira semana presenciei a conduta dela em relação a situações que ocorrem com uma certa frequência no ambiente de espera do Consultório J. Instalou-se uma briga verbal e física em frente à porta do consultório, protagonizada por dois pacientes. Um deles estava embriagado, mas esse estado não constitui motivo para recusa de atendimento. Antes mesmo da chegada do segurança da clínica, a médica já havia desmobilizado os envolvidos na briga. Naquele momento, Cláudia acionou dois argumentos, um sobre o vínculo que já mantém com eles, e outro ligado ao Cnar enquanto dispositivo, além do vínculo, a disponibilidade e continuidade do acesso deles ao consultório, seja de que maneira for - estando ou não agendado ou mesmo embriagado. Mas acentuou que, entretanto, brigas não são aceitas. Ambos se acalmaram, um deles sentou-se de volta no seu lugar e o outro saiu, mas retornou em seguida e aguardou em silêncio pelo atendimento. Cláudia pondera que essas intervenções também fazem parte de seu processo de trabalho.

passando por cima de um imenso ‘valão’ que separava a estrada da área que deveríamos visitar. Segui-os e repeti o que fizeram - um segurou a mão do outro, como numa ‘corrente humana’ e assim atravessamos o ‘valão’ por cima da viga, até chegar do outro lado. Depois percorremos uma área de baldio com vegetação alta, para finalmente encontrarmos o grupo de pessoas que nos haviam informado que ali estaria – distribuímos preservativos e encontramos um paciente faltoso do tratamento de TB. A volta por cima do valão foi mais fácil, pois já havia vencido o medo inicial (Anexo V, Imagem 5).

Da mesma forma que os ACS(s) da estratégia Saúde da Família, que em certa medida conhecem as pessoas que moram em seus territórios, agrupadas para fins das práticas de saúde a partir da ordenação de ‘família e moradia’, os AS(s) do Cnar também conhecem as pessoas em situação de rua, e também, em certa medida, sabem por onde circulam e se encontram. Ao longo do caminho até a chegada a cada uma das áreas, Joana e Miguel vão narrando histórias sobre algumas das pessoas da área, o que me ajudou não somente a conhecer os ‘personagens’ das narrativas, mas também a me aproximar das dinâmicas do território.

Como exemplos, trago a história de um casal de que o marido foi assassinado na frente de sua mulher grávida, que entrou em trabalho de parto, e havia ido para a casa da mãe junto com o recém-nascido; de uma mulher que também tinha saído na ‘cena de uso’ por ter tido um bebê mas que retornava alguns dias da semana para fazer uso do *crack*, portando a foto da criança e ressaltando o alívio pelo fato do bebê ter nascido ‘normalzinho’, a despeito de muitos terem dito que poderia nascer defeituoso; e de uma paciente em controle de hipertensão arterial que não era vista há algum tempo e que, quando a encontraram e indagaram sobre seu suposto sumiço, obtiveram a seguinte resposta: *“Não estou sumida não, minha consulta é amanhã, dia 10, e vou lá com vocês. Ainda tenho remédio”*. Mostrava tanto o medicamento como o papel com o agendamento da consulta. São histórias sobre sujeitos cujos elementos indicam modos de relações e vínculos e que forjam os processos de trabalho da equipe em situação de rua.

Além de conhecer Cláudia anteriormente, outro elemento facilitador de minha inserção foi a forma acolhedora de Bruno. Já tínhamos nos visto algumas vezes antes, pois ele havia sido enfermeiro num departamento clínico do mesmo instituto onde trabalho, porém não recordava termos sido formalmente apresentados. Ele é o enfermeiro da equipe, com experiência anterior, nos anos de 2000, com pessoas em situação de rua no 'Projeto Meio-Fio', da ONG Médicos Sem Fronteiras.

Ir à rua com a equipe significou exercitar um olhar sobre práticas de saúde, uma revisão diária sobre 'o fazer' médico, de enfermagem e dos demais profissionais da equipe. As 'práticas de saúde' são fruto de encontros e desencontros entre sujeitos, de seus conhecimentos, de negociações, pactos e controvérsias. Toda prática de saúde é situada (Mol 2002; Nunes 2011). Entretanto, estas podem ser mais ou menos informadas pelas perspectivas 'normativas' - enquanto marcos propositivos, inscritos em dispositivos, tais como guias e manuais de programas e textos das políticas. Quando me refiro a um 'outro olhar', resalto novamente que parto tanto da perspectiva destas normativas como também de minha experiência como profissional de saúde.

Ao longo do trabalho trago algumas situações no intuito de fornecer alguns contornos dos encontros e a concepção desse 'outro olhar'. A título de exemplo, trago um momento ocorrido quando de minha chegada ao campo. Miguel, o AS, não estava presente de manhã, quando fui apresentada ao restante da equipe. Conheci-o depois de voltarmos do almoço, quando já nos preparávamos para ir a outro território. Joana me apresentou a ele, e falou brevemente sobre meu trabalho de pesquisa, me solicitando que complementasse sua explicação²⁰⁵. Falei um pouco sobre o estudo, ressaltando que iria acompanhá-los no dia a dia para conhecer, entender e aprender com o trabalho deles. Miguel então sorriu, virou-se para os outros que estavam na sala e disse - "Ela veio ter aulas com a gente? É isso que ela quer?" Todos riram, inclusive eu.

²⁰⁵ A cada vez que isso ocorria eu mesma também ia aos poucos entendendo melhor o que eu mesma estava me propondo a fazer. Ou seja, os atores do campo é que me ajudaram a conformar o estudo. Foi algo sempre em construção, manipulado e moldado em processo.

Joana ia intervir, respondendo alguma coisa, mas me adiantei e falei que era exatamente para isso que eu estava ali. Foi a melhor definição do meu papel no campo - um aprendiz. Daquele momento em diante, sempre que estava em alguma situação que considerava interessante, Miguel me chamava para junto dele, à fim de presenciar o que estava sendo dito e feito, e me dizia sorrindo: “*Vem cá ter uma aula*”. A maior parte dessas situações em que Miguel me incluía era protagonizada pelas pessoas nos encontros nas ruas, especialmente nas ‘cenas de uso’. Envolvia a narrativa e a experiência delas. Miguel deixava claro que era junto a elas que as coisas faziam sentido, que poderiam ser entendidas e que poderíamos aprender algo. Miguel é um rapaz de trinta e poucos anos, morador de uma comunidade próxima da clínica, casado e pai de quatro filhos. Possui o ensino médio completo e trabalha como AS²⁰⁶ no Cnar, segundo sempre ressalta “por escolha”.

Naquele primeiro dia, enquanto Cláudia me levou para conhecer a clínica, os atendimentos ficaram sendo realizados por Bruno. Terminada a visita pelas instalações da clínica e da UPA voltamos ao Consultório J. Ela viu uma pasta contendo resultados de exames que estava em cima da mesa e disse: “*Mais dois resultados positivos de tuberculose hoje*”. Bruno, em tom de ironia comentou: “*Me conta uma novidade!*”, e logo a seguir anunciou: “*vamos para a rua!*”. Foi quando me inteirei da magnitude e do lugar que o tema ‘Tuberculose’ ocupa no cotidiano da equipe e que presenciei pela primeira vez o ‘ritual’ preparatório da ida à rua.

Trata-se da organização diária de um ‘consultório itinerante’. Cada um demonstra saber o que fazer naquele momento que antecede a ida à rua, num conjunto de tarefas que dizem, enquanto preparam as mochilas, serem necessárias para que as visitas sejam as mais efetivas possíveis. A primeira delas é checar um quadro grande contendo a agenda da semana, fixado atrás da mesa de exames. É

²⁰⁶ Miguel, Matias e Joana eram anteriormente ACS vinculados em uma equipe de Saúde da Família. Ao serem convidados para o Cnar, se submeteram a um ‘treinamento’ com vistas a ‘qualificar’ seu perfil profissional, agora mais voltado para a população em situação de rua. Em diversas ocasiões falavam sobre o porquê e como foram trabalhar no Cnar, ressaltando ter sido uma escolha. Entretanto, quando da discussão da política para atenção à saúde da população em situação, a representação dos movimentos sociais reivindicou que fosse incluído, sempre que possível, como critério de seleção para os AS(s) que fossem pessoas com vivência prévia em situação de rua (Macerata, 2013).

uma grande planilha, na qual nas linhas estão dispostos os dias da semana, separados por turno – manhã e tarde -, e nas colunas os nomes das ‘cenas de uso’. As interseções de linhas e colunas, as ‘células’, estão preenchidas com a escalação dos membros da equipe, nominalmente identificados. Os turnos são organizados de maneira que sempre haja a presença alternada de Cláudia ou Bruno, pois são eles os responsáveis pelas consultas e administração de medicamentos. Podem ser acompanhados por um ou mais AS, peça assistente social e/ou pela psicóloga e pela técnica de enfermagem, Isabela. Esta realiza boa parte dos curativos necessários, juntamente com Bruno e Cláudia.

Organizar a ida às áreas também está ligado à ideia de tempo; da urgência na solução de problemas; da fugacidade dos contatos e do aproveitamento de oportunidades como possibilidade de criação de vínculos. Esse entendimento está presente em ações dos membros da equipe – conduzem-se no sentido de se preparar para tentar solucionar o que quer que apareça, de deixar pouco ou nada ‘para mais tarde’. O ‘depois’ não é frequente na fala e nas atitudes dos profissionais. O entendimento do tempo do cuidado, com o protagonismo do ‘agora’, orienta as práticas postas em ação.

Se um paciente precisa de medicamento que tenha efeito indesejado no estômago e ele ainda não teve acesso a nenhum alimento naquele dia, são acionados outros dispositivos, como ‘vale-refeição’²⁰⁷ e medicamentos para a proteção do estômago. Falam frequentemente em não deixar ‘pendências’ para o dia seguinte. O amanhã é providenciado no hoje, no dia a dia. Numa ocasião, Cláudia e Bruno não puderam ir a uma cena de uso que estava programada para aquela tarde. Porém, Márcia, a assistente social, manteve a agenda. Ela tinha que informar sobre ter conseguido vaga numa instituição da Assistência Social para uma pessoa que a havia solicitado e que se encontrava naquela ‘cena de uso’. Faz parte de suas atribuições, enquanto ações intersetoriais em parceria com os

²⁰⁷ Face à vinculação entre más condições de vida e tuberculose, o programa estadual de combate à doença prevê um volume mensal de ‘vale-refeição’ para alguns serviços de saúde. São ‘*vouchers*’ entregues aos pacientes considerados em condições de vulnerabilidade social, que podem ser utilizados no refeitório público da região. Devido à grande incidência de tuberculose em pessoas em situação de rua, o Cnar é um dos destinos desse dispositivo.

programas locais de assistência social²⁰⁸. Acompanhei nessa visita, junto com Joana, a AS. Ao chegarmos vimos um rapaz que estava com um extenso ferimento na perna que, entretanto, se recusou a ser levado para fazer curativo na clínica. Márcia propôs levá-lo porque, além do enfermeiro e da médica não estarem conosco, Isabela, a técnica de enfermagem, também não estava. Ou seja, não estava nenhum dos profissionais que na equipe tem a atribuição de realizar os curativos. Porém, o ferimento estava exposto e a área repleta de insetos, principalmente de moscas. Diante da situação, Márcia tomou uma decisão: calçou as luvas e fez o curativo. Ao terminar, falou aliviada por ter conseguido que “pelo menos até amanhã ou mesmo depois, esse ferimento estaria um pouco mais protegido de possíveis infecções”.

As áreas sob responsabilidade daquela equipe estão distribuídas ao longo de alguns bairros, que compõem uma dada região da cidade, conforme descrito no Capítulo IV. Na maioria das vezes o deslocamento dos profissionais é feito de carro, num veículo tipo Kombi, destinado ao apoio da equipe e conduzido pelo Sr. José. No tempo gasto no percurso de idas e vindas entre as ‘cenas de uso’, abrigos da cidade, CAPSA²⁰⁹ e outros lugares, decorrem muitas conversas em torno dos encontros vivenciados. Como na maioria das vezes há vários profissionais da equipe na kombi, eles aproveitam para fazer discussões de caso, acertos de condutas, orientações do processo de trabalho, compartilhamento de preocupações sobre situações das áreas e desabafos sobre diversas situações relativas ao estado das pessoas que transitam pelas ‘cenas de uso’, bem como suas discordâncias em relação à conformação de algumas políticas públicas, como a do recolhimento compulsório adotado pela prefeitura da cidade. Esse é um assunto recorrente.

Os temas tratados na Kombi são aprofundados nas reuniões de equipe que acontecem semanalmente. Os encontros e práticas de saúde junto às pessoas que estão nos diferentes territórios podem ser entendidos, sob o ponto de vista das

²⁰⁸ As ações de assistência acionadas por Márcia no âmbito local são parte de programas e ações desenhados e implementados no âmbito da gestão da assistência social do Estado e município do Rio de Janeiro, que por sua vez são orientadas pela política de assistência social para a população em situação de rua, tratada no Capítulo IV.

²⁰⁹ Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas.

diretrizes da atenção à saúde, como ‘atendimentos/consultas interdisciplinares’, pois acontecem com a participação de diferentes profissionais, a depender da especificidade de cada situação. Constituem variados e complementares olhares sobre pessoas, contextos e situações, sendo os recursos acionados – conhecimentos; materiais; organizativos, entre outros -, são também interdisciplinarmente colocados num rol de possibilidades e condutas.

No Consultório J, os atendimentos são comumente conduzidos por Cláudia ou Bruno, contando com frequência com a presença e atuação de outros profissionais da equipe²¹⁰. Também acionam profissionais de outras especialidades médicas da clínica da família e da UPA. Como a tuberculose é tema recorrente, ocorrem discussões de caso junto aos infectologistas da UPA, que estão naquela unidade exatamente devido ao elevado número de casos de doenças infecciosas na região, especialmente de Tuberculose e AIDS.

Para fins do presente estudo, foram realizadas entrevistas abertas com esses infectologistas. Esses profissionais foram alocados no serviço de pronto atendimento como estratégia de reordenamento de fluxo de pacientes de casos agudos de uma unidade de referência secundária e terciária que está localizada na região, assim como agilizar processos diagnósticos e terapêuticos em infectologia e referenciá-los para outros serviços. Os casos mais simples são encaminhados para clínica da família da área de residência do paciente ou para o Cnar, quando se refere às pessoas em situação de rua. Os casos mais complexos, que

²¹⁰ Conforme descrito anteriormente, a atenção primária no Brasil tem-se beneficiado do enfoque interdisciplinar em suas práticas. Tem como uma de suas estratégias clínicas a interconsulta, definida como “uma ação de saúde interprofissional e interdisciplinar que tem por objetivo integrar e promover a troca de saberes de diferentes atores que atuam nos serviços de saúde, visando o aprimoramento da tarefa assistencial. Faz-se por meio de pedido de parecer, discussão de caso e consulta conjunta” (Mello Filho e Silveira, 2005:148). Está inscrita nas diretrizes da política de atenção primária, tendo como origem e inspiração as práticas do campo da saúde mental. “**interconsulta** é o principal instrumento do apoio matricial na atenção primária sendo, por definição, uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral do cuidado” “[O] encontro de profissionais de distintas áreas, saberes e visões permite que se construa uma compreensão integral do processo de saúde e doença, ampliando e estruturando a abordagem psicossocial e a construção de projetos terapêuticos, além de facilitar a troca de conhecimentos, sendo assim um instrumento potente de educação permanente. Porém, dentro da prática do matriciamento, a interconsulta tem como objetivo específico a estruturação do projeto terapêutico do caso.” (Chiaverini et al. 2011:25)

demandam tratamentos mais longos, são encaminhados para unidades hospitalares da rede de atenção do município.

Os médicos infectologistas entrevistados apontam que a grande maioria de casos agudos que chegam para eles é de SR - sintomáticos respiratórios -, com uma alta incidência de tuberculose. Há também considerável volume de pacientes com HIV, assim como de comorbidade TB/HIV. Não é raro já estarem em estágio avançado das doenças que *“por causa de problemas sociais graves acabam por ter um diagnóstico tardio”* (Entrevistado 12, 2014)

Os infectologistas reconhecem que há situações mais simples, em que é possível fazer o diagnóstico um pouco mais precocemente. Nesses casos, a preocupação é com a continuidade do tratamento. Por estarem em uma Unidade de Pronto Atendimento e não terem na rotina o acompanhamento longitudinal dos casos, não possuem informações sobre seus desdobramentos, porém ambos falam de uma desorganização no sistema que faz com que alguns pacientes retornem sem terem conseguido *“entrar no sistema”* (Entrevistado 12, 2014).

Ambos os entrevistados identificam o paciente usuário de drogas como o maior desafio à realização do tratamento adequado. Relatam situações de evasão da unidade assim que melhoram os sintomas. Para um dos entrevistados, estes *“são os mais miseráveis dessa doença miserável. Chegam em uma situação deplorável e saem daqui na mesma condição”* (Entrevistado 11, 2014).

Ainda que reconheçam as condições de vida como importante elemento na composição desse cenário, ao elencar as ações necessárias à reversão do quadro da tuberculose identificam e reforçam um rol de procedimentos e práticas de controle, definidos a partir de *guidelines* e consensos internacionais, tais como: a agilidade e acurácia diagnóstica, a investigação de contatos e a realização da quimioprofilaxia. A dimensão social da TB não compõe a agenda.

O tema da tuberculose é recorrente em inúmeras discussões de caso, cujos questionamentos levaram Cláudia a propor inseri-lo como pauta prioritária em uma das reuniões semanais. Decidem visitar as diretrizes que orientam o Programa Nacional de Controle da Tuberculose, discutidas em relação ao cotidiano do

trabalho junto à população em situação de rua. Problematizam questões relativas a prevenção, diagnóstico e tratamento. Na dinâmica da reunião, Cláudia faz a leitura de partes do manual do programa, problematizando as orientações em relação às situações vivenciadas por eles *vis a vis* as práticas que realizam.

Uma das questões debatidas é a grande quantidade de pessoas com episódios de tosse nas ‘cenas de uso’, e Cláudia alerta que a inalação do *crack* também pode causar tosse frequente. Por causa de especificidades como essa, ainda que fiquem atentos aos sintomáticos respiratórios, os profissionais reveem cotidianamente as definições previstas nos manuais, no sentido de adequá-las a dinâmica ‘rua-*crack*’. São análises situadas em torno tanto dos elementos previstos nos manuais como nos elementos dos diferentes contextos e situações. Fazem uma ‘busca ativa do sintomático respiratório’ diferenciada, em que o fator ‘tempo em que apresenta o sintoma’ é trabalhado em conjunto com outros elementos.

Não é raro retornarem para a clínica com vários potes contendo material para exame. Muitos deles resultam em positivo para TB. A forma de efetuar a coleta na rua, num espaço quase sempre aberto e sem privacidade, implica uma constante improvisação. Primeiro perguntam se a pessoa quer fazer o exame. Se aceitar, explicam como deve ser feita a coleta e identificam o pote com uma etiqueta com o nome da pessoa²¹¹. Sugerem que escolha um lugar em que se sinta confortável para fazer a coleta. Alguns saem em busca de um espaço, mas outros fazem a coleta no mesmo local onde são abordados. Ao final, o profissional calça a luva numa das mãos, recebe o pote de volta já contendo o material, faz uma manobra em que ao mesmo tempo que tira a luva envolve o pote, dá um nó na ponta da abertura da luva e acondiciona na mochila.

²¹¹ Muitos não informam o seu nome verdadeiro, utilizam pseudônimos. Quando nos encontramos nas ‘cenas de uso’ os profissionais perguntam o nome, informam que o ideal é que seja dado o nome verdadeiro, mas que não é obrigatório. Muitos evitam ser identificados por diversos motivos, que podem envolver registros policiais ou desejo de ali naquele espaço ser um ‘outro’, enquanto maneira de manter, ‘fora dali’, uma identidade preservada. Numa ocasião, um profissional conversava com uma moça, e ela explicava o uso do pseudônimo como forma de preservar um ‘eu’ fora da cena de uso, um ‘eu’ que pudesse ser resgatado depois, em algum tempo e lugar. Falava do desejo de retorno a casa e que, quando desse retorno, deixaria para trás aquele outro ‘eu’ que respondia por um outro nome. Ela falava sobre o uso de pseudônimo como um desejo, e talvez uma possibilidade de mudança.

A secção do manual ‘Detecção e diagnóstico’, dedicada à população em situação de rua, orienta que todos aqueles que apresentam tosse devem ser examinados, a partir da justificação de que “se trata de uma população com dificuldades relacionadas à percepção do tempo; que existe um número de pessoas que não chegam a perceber que estão apresentando tosse” (Brasil, 2011a:153). Essa diretriz altera a definição de SR – Sintomático respiratório - voltada para a população em geral, assim descrita no mesmo documento: “Pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas (Sintomático Respiratório)” (*ibid*:23). Ainda que os profissionais da equipe do Cnar realizem sistematicamente ‘mutirões’ de coleta de escarro, como estratégia de busca ativa de casos, a partir também da alteração na definição de SR, eles questionam o argumento de ‘comprometimento da percepção de tempo’, presente no documento em relação à população em situação de rua, colocado enquanto generalidade.

Os profissionais contra argumentam que frequentemente as pessoas que estão nessa situação tendem a não fornecer informações, como uma estratégia de se conduzir na rua. Assim como alguns não fornecem seu nome verdadeiro, também não revelam o tempo que estão na rua e minimizam, ou mesmo ocultam alguns sintomas. Isso difere da premissa da ‘não percepção do corpo’ contida no manual. Questionam também as bases que fundamentam essa argumentação, tendo em vista a escassez de estudos empíricos sobre a tuberculose nessa população. Essa leitura orienta também outras práticas - de abordagem e do cuidado, na medida em que não compartilhar com o profissional de saúde o ‘reconhecimento’ de corpo doente é diferente da não percepção de tempo, espaço e corpo.

Pressupor que pessoas em situação de rua não têm a percepção ‘adequada’ implica práticas de domesticação, de colonização desse outro, num esforço de destituição da agência do outro. Outras questões referenciadas no manual foram também discutidas na reunião, sendo essa uma prática constante da equipe em relação as diretrizes e orientações que chegam por parte da gestão da saúde pública (federal, estadual e municipal). É um exercício de pôr a prática em questão em face do contexto.

VI.2 - Dispositivos das práticas – as mochilas-ambulatório.

A confecção diária do ‘ambulatório itinerante’ varia a partir de elementos como o perfil das ‘cenas de uso’²¹², bem como em relação às diferentes situações dos pacientes acompanhados, como aqueles em tratamento para TB. A expectativa do que pode vir a ser encontrado na área é levada em consideração no arranjo dos dispositivos que compõem as mochilas-ambulatórios, sendo, portanto, um primeiro acionamento de práticas, como será visto a seguir. Por agora, pode-se citar como exemplo os testes rápidos de gravidez, que não são insumos tão necessários em alguns lugares quanto material para curativo, que é fundamental para outros.

O ‘ambulatório itinerante’ tem nas mochilas um dos seus principais dispositivos. É em cada uma delas, normalmente em número de três ou quatro, que são colocados diferentes insumos a serem levados aos territórios. Da mesma forma que médicos, enfermeiros e farmacêuticos organizam seu ambiente de trabalho, os profissionais da equipe do Cnar também o fazem, só que esse ambiente é fruto da interseção de elementos das ruas. Cada mochila é destinada a um tipo de insumo²¹³.

A ‘**mochila-farmácia**’ contém os medicamentos que são usados para as principais demandas e queixas, tais como: analgésicos; anti-inflamatórios; antialérgicos; antiácidos, pomadas para afecções de pele; alguns antibióticos - que são utilizados em casos específicos, especialmente nos quadros infecciosos agudos em que os pacientes não aceitam ir ao Consultório J. Esses medicamentos são acondicionados em uma bolsa de plástico transparente, para facilitar a visualização e agilidade na procura. Contudo, essa bolsa é posta dentro de uma mochila, sendo retirada apenas quando da existência de alguma demanda. Essa

²¹² Será feito posteriormente um delineamento dos perfis das ‘cenas de uso’. Por agora traz-se apenas alguns elementos que ajudam ao olhar sobre a organização das práticas e o acionamento dos objetos em face dos conhecimentos e das experiências prévias dos atores junto aos diferentes contextos.

²¹³ Em virtude do movimento no Consultório J e nos territórios, muitas vezes a separação rigorosa dos materiais não ocorre. A organização do material exige tempo e dedicação nem sempre disponíveis. Os atendimentos entram como prioridade e as mochilas são supridas rapidamente.

estratégia foi justificada devido aos muitos pedidos de medicamentos que surgem ao longo das visitas, tendo em conta a precariedade e a falta de acesso dessa população às ações de saúde, em especial a medicamentos. Portanto, guardar a bolsa de remédios na mochila funciona como uma ‘regulação do acesso’, como estratégia de filtrar a solicitação direta desse ou daquele remédio. O acesso a medicamentos é intermediado por uma queixa, uma história, uma consulta, enfim, um encontro.

A ‘**mochila-curativo**’ é uma das mais pesadas, pois transporta, entre outros itens: caixa de luvas, ataduras, iodo, sabão líquido, álcool, gel antisséptico, gaze, esparadrapo, pomada para cicatrização e sacos de lixo. Estes vão vazios e voltam cheios, pois o lixo dos procedimentos no território é acondicionado e levado de volta para ser dispensado nos recipientes de descarte específico na clínica. Não há praticamente nenhuma ida aos territórios em que essa mochila não seja utilizada, dados os inúmeros casos de lesões que surgem. Além destes, que são muito frequentes, há também aqueles casos já previamente conhecidos pela equipe, que vai preparada para encontrá-los.

É o caso de um rapaz, com cerca de 20 anos, que sofreu uma fratura de fêmur, foi operado e recebeu uma prótese externa, que demanda curativo diário. Numa das primeiras vezes foi Isabela que fez o curativo, e naquele momento conversou um pouco sobre a situação da perna – as circunstâncias em que sofreu a fratura, a necessidade de cuidado especial em virtude da prótese externa (condições de higiene, acomodação da perna, principalmente na hora de dormir, medicamentos para dor e para auxiliar na cicatrização, etc.). Para além dessa abordagem mais voltada para as questões médicas, Isabela aborda também outras questões, como a possibilidade de conseguir levá-lo para um Abrigo. Isabela atua no sentido da redução de danos, que é a prática da equipe do Cnar.

Durante a feitura do curativo ela interage com ele no sentido de pensarem juntos estratégias e recursos capazes de evitar maiores complicações, em face da situação ortopédica. Dessa forma, a feitura do curativo é uma forma de aproximação e de possibilidade de trabalhar questões como: o que significa estar na ‘cena de uso’? Como é para ele permanecer no local com a prótese externa no

fêmur? Foi a partir da questão ortopédica e da relação que estabeleceram por meio do curativo que Isabela soube que ele era acompanhado por sua mãe, que o visitava sempre, trazendo-lhe roupas limpas, alimento e produtos de higiene pessoal. O rapaz contava com apoio da mãe, não havendo uma ruptura total de vínculos familiares. Sua permanência na rua não se localizava na falta de lugar para ir, era de outra natureza, estava mais vinculada a questões de adicção, à necessidade de uso frequente do *crack*.

Estar na rua não é uma generalidade. No caso desse rapaz, implica num aprofundamento de temas como o da adicção, considerado por Isabela como mais importante do que discutir a falta de alternativas ao 'estar na rua'. São várias as formas de se estar nas ruas, de estar nas 'cenas de uso', assim como são várias as formas de se estar no mundo. Não há padrões prévios que as conformem e definam suas formas. Definições generalistas e apriorísticas presentes em alguns tipos de enfoques e estudos correspondem a rótulos e tendem a ser de pouca relevância nas abordagens da equipe. Os encontros nas ruas são singulares, assim como são singulares os pactos feitos com os pacientes em tratamento para Tuberculose em situação de rua. A singularidade é tida como um dos conceitos chave das práticas da equipe do consultório na rua.

Ao longo das últimas décadas, a concepção de 'trabalho singular' tem estado presente nos debates e produções da saúde coletiva, e vem sendo traduzido em diretrizes de políticas acerca do cuidado em saúde. O debate sobre a singularidade nas práticas de saúde está na agenda da saúde coletiva, independentemente do ambiente de feitura do cuidado – atenção primária, hospitalar, especializada, etc. Surge como uma revisão do processo de trabalho, num olhar crítico à ideia de trabalho em saúde como 'linha de produção' rigidamente padronizada. Tem informado revisões do trabalho em saúde, e cunhado algumas orientações, como o conceito de Clínica Ampliada e de Projeto Terapêutico Singular.

Ambos se fundamentam no reconhecimento da variabilidade da clínica, posta em relação aos modos concretos de vida dos sujeitos do cuidado. Implicam um modo alternativo de organização do processo de trabalho, tendo como elementos chave a autonomia, a democratização e uma certa artesanaria da clínica.

(Campos e Amaral, 2007; Nunes 2007; Ayres, 2004). Como é próprio do campo da saúde coletiva, tem sido forjada numa relação 'inter-atores', nas diferentes esferas de produção de conhecimentos e nas práticas de saúde. Os agentes formais da formulação da política, como o Ministério da Saúde, têm utilizado essas noções, não apenas no texto de suas políticas, como o da Política Nacional de Humanização – PNH e do Consultório na Rua, mas também em peças de divulgação, como nas Cartilhas e *folders*, que são distribuídos para os usuários dos serviços de saúde.

Conceitos nucleares dessa noção de organização do cuidado como 'democratização', 'singularidade' e 'clínica ampliada' estão inscritos nos dispositivos das políticas e suas publicações, enquanto diretrizes a serem seguidas:

A equipe do Consultório na Rua deve organizar seu processo de trabalho prevendo momentos de reuniões de equipe da ECR e interequipes (NASF, CAPS etc.), realizar planejamentos, discussão de casos, elaboração e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares, fundamentais para a atenção integral à saúde, a resolutividade das ações e a gestão do cuidado (Brasil, 2012c).

Nas singularidades das situações na rua, como essas noções são postas em ação? Com quais intencionalidades e como se efetivam? Como são traduzidas e incorporadas nas práticas e nos diferentes espaços e encontros? Questões como essas nortearam o olhar sobre as 'cotidianidades' das práticas da equipe do Cnar – tanto nos encontros nas ruas, como nos atendimentos realizados no Consultório J.

Um outro dispositivo das práticas é a **mochila-exame**, que comporta os materiais utilizados nos procedimentos diagnósticos. É organizada e mais frequentemente utilizada por Cláudia e Bruno. Contém: estetoscópio, sonar fetal portátil, espátula para auxiliar exame da cavidade bucal e da faringe, pote para coleta de escarro e coleta de urina para o teste rápido de gravidez, etiquetas para identificação de material coletado, entre outros. Acompanhar o cotidiano da equipe me ajudou a perceber algumas particularidades, como a indicação para a realização do teste rápido de gravidez em situação de rua, que é orientada a partir de análises situadas. A primeira delas é quando a mulher faz referência a atraso

menstrual e recusa-se a ir ao Consultório J para a realização de exames de maior precisão, como o Teste Imunológico de Gravidez – TIG. Esse exame faz a dosagem de gonadotrofina coriônica humana (β HCG) para o diagnóstico precoce da gravidez, sendo considerado pelas diretrizes do Programa de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco como o mais indicado para a confirmação da gravidez (Brasil, 2012d).

A primeira orientação dos profissionais é de levar a mulher para o consultório J, sendo frequente a oferta de transporte. Porém, apesar de explicitada a precariedade da precisão diagnóstica, algumas mulheres preferem primeiro fazer o teste na rua e *“ver no que dá, para depois tomar a decisão de ir ou não para a Clínica”*, como informou Bruno. Uma vez constatada a gravidez, o esforço é de inseri-las nas ações do referido programa, constante no rol de atribuições da atenção primária. Bruno alerta que o resultado negativo do exame é sempre questionado, em face da possibilidade de ser um falso negativo, e que essa informação é dada à mulher. Reforça que se ela mantém a recusa de ir à clínica, a partir daquele momento ficam atentos nos encontros subsequentes.

Em uma ocasião estávamos caminhando em uma via bastante movimentada, à procura de uma nova concentração de pessoas que haviam nos informado andar recentemente pelas redondezas de um determinado território. No caminho fomos abordados por uma mulher que veio correndo em nossa direção, chamando por Bruno. Ao aproximar-se falou que sua menstruação estava atrasada e queria fazer o teste de gravidez, mas que *“não estava conseguindo tempo para ir a clínica”*. Bruno pediu que fosse ao Consultório J, argumentando que lá ele *“poderia dar uma maior atenção a ela, fazer outros exames, conversar um pouco”*. Ela, porém, estava agitada e insistiu em fazer naquele momento, pois tinha urgência. Bruno questiona se há algum lugar em que ela possa fazer a coleta, ao que ela prontamente responde que sim. Recebe o pote de coleta e sai em direção a um bar. Minutos depois retorna com a urina coletada e Bruno faz o teste, cujo resultado é negativo (Anexo V, Imagem 6).

Ele então alerta sobre a possibilidade do ‘falso negativo’, propondo-lhe ir à clínica. Ela sorri e promete ir *“assim que for possível”*. Bruno já a conhecia e

suspeitava que ela não iria à clínica, pois em outras situações anteriores já havia também recusado ir. Por isso optou por realizar o teste na rua. Contudo, fala de uma preocupação ainda maior, da mulher estar com alguma DST, por não estar fazendo 'sexo seguro'. Esse é um dos exemplos de acionamentos de dispositivos em encontros que subsidiam decisões, informadas por análises situadas, de elementos como vínculo e vulnerabilidade.

A **Mochila-preservativos** tem um papel especial nas práticas da equipe do Cnar. Quando os segui pela primeira vez e vi a movimentação em torno da organização das mochilas, chamou minha atenção o fato de uma delas ficar destinada exclusivamente a um enorme suplemento de preservativos. Essa mochila é uma das maiores, sendo portada quase sempre por Miguel, que segue na frente dos demais quando da aproximação aos territórios. Porém, assim que saem da Kombi, cada membro da equipe pega um punhado de preservativos com ele e todos caminham com estes nas mãos, propositalmente a vista de todos. Na minha primeira vez e em todas as demais segui a conduta deles, e também peguei um punhado de preservativos.

Percebi que o objetivo daquela estratégia, além da questão da prevenção de DSTs, também funciona como um 'dispositivo de contato e de atração', como uma estratégia de entrada, um pedido de passagem e de aceitação da presença nos territórios. Durante a abordagem é frequente a seguinte conduta: os profissionais se dirigem às pessoas, as cumprimentam, ao mesmo tempo que oferecem os preservativos. Além de ser uma forma de aceite à sua entrada no espaço, é também um meio de atrair as pessoas, de estabelecer algum contato e de possibilitar o início de uma conversa. É em momentos como esses que muitas conversas são iniciadas. Ao entregar o preservativo, frequentemente perguntam se está tudo bem ou se necessitam de algo. É frequente muitas pessoas irem ao encontro dos profissionais quando os veem vestidos de jaleco branco e com as mãos cheias de preservativos.

Ainda que sendo uma forma de abordagem aparentemente efetiva, já que a mochila-preservativo quase sempre retorna vazia, presenciei algumas recusas. Uma delas aconteceu comigo. Entreguei uma boa quantidade de preservativos para

uma mulher que veio me solicitar, dizendo que era para ajudar a distribuir. Entretanto, logo em seguida ela retorna me devolvendo os preservativos e justifica dizendo ser homossexual e que sua companheira não ia gostar de vê-la portando aquilo, já que elas não fazem uso. Seu medo é que a companheira não acreditasse que havia aceito pegar os preservativos com objetivo de distribuir para outras pessoas.

Em outras situações, algumas pessoas recusaram argumentando ‘serem casadas’, falando um pouco sobre como lidam com a noção de ‘sexo seguro’. Alguns usuários questionam o que entendem ser uma ‘distribuição indiscriminada’ dos preservativos, pois argumentam que muitas pessoas que pegam grandes quantidades as destinam para a venda, a preços baixos, nas próprias ‘cenas de uso’ ou trocam grandes quantidades por outras coisas, ou seja, os preservativos tornam-se moedas de troca. Miguel e Bruno refutam a controvérsia argumentando que a finalidade é o uso, e que essa valoração do dispositivo comprova sua potência. Que não há a intenção de controlar a destinação feita após a distribuição, e sim de estimular o uso, seja por quais caminhos forem. Às vezes deixam preservativos ao lado das pessoas que estão dormindo no chão, e certa vez disseram em tom de brincadeira que *“a mensagem era: a saúde passou por aqui, seu dorminhoco”*.

No Brasil, as campanhas educativas contra a AIDS, lideradas pelas instâncias de gestão da saúde, têm papel relevante nas estratégias de incentivo ao uso de preservativos. O surgimento da AIDS é considerado como um marco de mudanças na maneira de operar a decisão, formulação e implementação de política de saúde no Brasil, localizada na capacidade de pressão, articulação e participação dos movimentos de pacientes (Biehl, 2004). O ativismo e a participação de representações sociais, em especial de pessoas portadoras do vírus da AIDS nas diferentes esferas decisórias da política, bem como em sua execução, contou com a inclusão de outros conhecimentos, vozes e olhares sobre diversas faces do problema, ampliando também os espaços de negociação e pactuação de diretrizes e ações. A formulação de campanhas cujo enfoque são abordagens contra o preconceito (Anexo VI, Figura 17), contam com a participação de diversos grupos sociais como os profissionais do sexo, a população em situação de rua, e os

movimentos LGBTTT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros) nos fóruns de discussões de representações²¹⁴.

Entretanto, o dispositivo de distribuição de preservativos pode ser entendido a partir da noção de controle e ordenação de corpos e sexualidade. A sua distribuição nas ruas, para além de ser um dispositivo biopolítico, nas vertentes disciplinadora – ordenação da execução do ato sexual - e reguladora – controle de doenças e de gravidez, é por outro lado também acionado como dispositivo de contato interpessoal e estratégia para o acesso às pessoas, dado que essa noção também está incrustada no repertório social do cuidado de si (Foucault, 2012). Parte do ‘sucesso’ e da ‘aceitação’ da passagem dos profissionais em algumas áreas, principalmente aquelas onde eles são ainda desconhecidos, pode ser creditado a esse trabalho de abordagem. Houve uma ocasião em que chegamos em um território já quase sem nenhum destes na mochila e passamos parte da visita justificando sua ausência.

VI.3 - Os cenários de práticas – nos espaços urbanos e nas formações de ‘cenas de uso’

O perfil da população em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro é diversificado, portanto não pode ser entendido em termos de generalidade. Como discutido anteriormente, em estudo recente sobre a população em situação de rua, a Prefeitura do município do Rio de Janeiro²¹⁵ apontou algumas especificidades dessa população. Entretanto, ainda que nesse mapeamento tenha sido levada em consideração a localização das pessoas em situação de rua em termos de sua distribuição espacial em bairros/zonas da cidade, os demais dados constantes do censo restringem-se a informações como faixa etária; escolaridade; sexo e perfil de doenças (no qual a tuberculose aparece com a maior taxa de incidência: 6,47%).

O enfoque do inquérito é predominantemente quantitativo, não fornecendo informações mais qualitativas, que propiciassem uma melhor ideia sobre alguns

²¹⁴ Sobre a política AIDS no Brasil - seus percursos, êxitos, desafios e retrocessos ver: Parker, (1994); Parker, R., & Camargo Jr, K. R. (2000); Berkman, A. et all. (2005); e Biehl, J. (2009).

²¹⁵ Censo da População em situação de rua 2013 (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2014)

dos diversos fenômenos que circundam o 'estar na rua'. Ademais, nota-se que ao fazer um resumo do perfil dessa população são elencadas duas questões que não foram trabalhadas anteriormente em nenhuma parte do documento: relações familiares rompidas e histórico de violações. O documento não traz nenhuma explicitação sobre essas duas 'caracterizações' de pessoas, que em certa medida apontam para histórias de vida. Infere-se que essas informações servem de argumento retórico para a justificativa da necessidade de planejamento de uma política local para essa população, ainda que não tendo sido trabalhada no estudo publicado.

A região da cidade na qual a equipe do Cnar está inserida é agregada pelo referido censo sob a denominação de Bonsucesso, sendo responsável pela concentração de 15,6% do total de pessoas em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro. Em sua maioria inclui homens (76%), de 25 a 59 anos (65,4%), de baixa escolaridade (82% possuem o ensino fundamental), que estão há mais de um ano na região (66,6%), sendo que mais de 7% estão com Tuberculose. Esse perfil geral pode, em alguma medida, fornecer subsídios para a formulação de políticas locais. Contudo, há uma significativa diferença entre as diversas concentrações de pessoas em situação de rua nessa parte da cidade.

A despeito de não serem trabalhadas pela gestão do desenvolvimento social do município, há um esforço de reconhecimento e de incorporação das diferenças nas abordagens e na organização das práticas realizadas pela equipe do Cnar. Ir aos diferentes agrupamentos de pessoas significou presenciar diferentes acionamentos e práticas. Mais do que caracterizar cada um desses agrupamentos, majoritariamente aqueles designados como 'cenas de uso', o objetivo dessa parte do trabalho é abordar a forma como os profissionais da equipe se conduzem nestes diferentes territórios e contextos, como se relacionam com as pessoas em cada um deles e, em face da frequente labilidade dos encontros, o movimento que é feito no sentido de um ordenamento de práticas de saúde.

Falar de cada uma das 'cenas de usos' é abordar suas diferenças, é olhar os diferentes sujeitos que as compõem, mas principalmente também falar nas diferenças existentes nas condutas dos profissionais de saúde. Há um

tensionamento constante entre normativas versus singularidade do cuidado, entre protocolos versus limites impostos pelas precariedades dos encontros e das condições de vidas dos sujeitos em situação de rua. O enfoque sobre práticas de saúde, postas em situação, permeia também toda a discussão que segue.

Como já assinalado, parte considerável dos agrupamentos de pessoas em situação de rua, nessa área da cidade, tem por apelo gregário o uso abusivo de *crack* e de outras drogas consideradas ilícitas. Entretanto, há outros grupos de pessoas em outros registros do 'estar na rua' que não o uso de drogas. No período de realização do estudo de campo, a equipe mantinha em sua agenda de trabalho dez agrupamentos de pessoas, sendo que em sete destes a tônica de agregação era o uso abusivo de *crack* e outras drogas.

Da mesma forma que os demais logradouros da cidade - bairros, praças, ruas, etc. -, a maior parte destas áreas também possui denominações, porém são informais e, portanto, mais estritamente conhecidas pelos habitantes locais. Para fins desse estudo denominei-as de 'América', 'Coruja', 'Sideral', 'Estação', 'Avião' e 'Estandarte'²¹⁶. Outros três agrupamentos são muito dinâmicos em termos de mobilidade, resultando em esvaziamentos por vários períodos do dia ou mesmo da semana. Para fins desse trabalho chamei-os de: 'Viaduto do Fundão', 'Transcarioca', 'Matinho da linha do trem' e 'Ao lado da clínica'.

Os agrupamentos têm fluxos, dinâmicas e especificidades próprias. Concebê-los em conjunto, como 'cenas de uso', implicaria em ocultamentos e narrativas categoriais estéreis. Categorizar 'cenas de uso' como algo já dado, estabilizado enquanto 'coisa', poderia implicar na busca de padrões, repetições, categorias e também, como alerta Latour (2012), em "restringir os atores ao papel de informantes de casos de tipos bem conhecidos". Não enrijecer a noção de 'cena de uso', implica em pôr em curso uma outra tarefa, a de seguir as associações e de, no máximo, registrá-las em termos de agrupamentos localizados num tempo e num espaço.

²¹⁶ Como os demais territórios e pessoas desse estudo, esses nomes também são fictícios.

A proposta de seguir os atores nos fluxos e acionamentos de objetos forneceu os sentidos das agregações, que podem ser olhadas por meio da mobilidade das pessoas; da ativação das mochilas; da movimentação de policiais e traficantes; das horas do dia, *vis a vis* a circulação de pessoas; do acesso a água e comida; do fornecimento das drogas; da existência e conduta de líderes locais; das demandas por cuidados de saúde, entre muitos outros objetos. Apresento um pouco dessa dinâmica ao abordar a ‘América’, ‘Sideral’, ‘Coruja’ e ‘Ao lado da clínica’.

O agrupamento ‘**América**’ ocupa fisicamente um espaço de calçada, na confluência de duas ruas de um subúrbio onde está um dos maiores complexos de favelas da cidade – a Favela da Maré. É organizada em espaços divididos por panos, restos de madeira e plástico, conformando cubículos, denominados pelos profissionais do Cnar de ‘cabaninhas’. É numa espécie de corredor na calçada, em frente a esses cubículos, que está a concentração e circulação de pessoas – conversando, ouvindo rádio e consumindo o *crack* e outras drogas. É nessa calçada de esquina que estão o tapete, sofá, mesa de centro e vaso, descritos anteriormente. Circundando toda a área vê-se uma vala que acumula grande quantidade de lixo e água parada e que exalam constantemente um odor desagradável.

Nesse espaço da calçada os profissionais do Cnar concentram seu trabalho quando estão na ‘América’. Entretanto, em algumas ocasiões transitam pelo entorno, que é composto por residências e algum comércio. Conversas com pessoas desse entorno e a leitura de matérias jornalísticas reforçam a percepção do quão indesejáveis são as pessoas que transitam em torno do *crack*. Em uma ocasião acompanhei Isabela e uma moça que havia pedido para fazer teste de gravidez. Fomos até um bar próximo, com objetivo de coletar o material. Para isso compramos algo para ela como forma de acessar o banheiro do lugar. Lá encontramos outros moradores da ‘América’ tomando café, constatando também serem estes os ‘sujeitos abjetos’ (Rui, 2012), parte da clientela do lugar.

Ao esperar pela moça enquanto ela ia ao banheiro, fomos abordadas pelo dono do bar de maneira ríspida, que nos disse: “*Vocês ficam aí perdendo tempo*”

com essa gente, cuidando dessa corja, enquanto tem muita gente 'do bem' precisando de vocês". Ao sairmos Isabela comentou que 'ser cliente' não era problemático, ou seja, ser parte da fonte de renda dele é legítimo, porém cuidar delas não tinha legitimidade.

Na leitura desse senhor, não é legítima a presença de agentes de Estado que atuam na saúde, pois de modo diferente de outros agentes de Estado, como a polícia, não desempenham um papel coercitivo sobre essas pessoas, que ocupam a rua de maneira indesejada - que sujam as ruas, que consomem drogas ilícitas, que brigam, que atraem o tráfico de drogas, que põem em risco o ambiente. Narrativas como essa fazem parte das discussões circulantes. Por um lado, o não reconhecimento da legitimidade da inclusão dessas pessoas nas políticas sociais, da ação de agentes da saúde e assistência social.²¹⁷ Por outro lado, há a aceitação tácita da presença delas, num outro quadro de referência, quando no papel de consumidores. Esse pequeno comércio sobrevive graças à circulação de dinheiro propiciada pelo enredamento 'tráfico de drogas-consumo-pessoas em situação de rua'. No quadro moral do mercado, no ato da compra de mercadoria, a legitimidade da presença destes sujeitos não é posta em questão, entretanto, é questionada quando no registro do cuidado efetuado pelos agentes da saúde (Fassin, 1998 e 2012b).

Numa das vezes em que fomos para 'América', acompanharam-nos três residentes de psicologia de uma outra clínica, que haviam solicitado a Bruno conhecer o trabalho do Cnar. Bruno alertou que seria bom se todas estivessem de jaleco. Uma delas assumiu que estava com muito medo e que por isso não sairia do carro, não acompanhando as demais na visita que haviam solicitado. No percurso até 'América' a conversa girou em torno de recentes embates ocorridos

²¹⁷ Ressalta-se que a assistência social no Rio de Janeiro também atua em práticas mais coercitivas, na medida em que realiza recolhimentos compulsórios de pessoas em situação de rua, e distribuem-na em alguns abrigos, que são instituições localizadas distantes dos bairros centrais. Presenciou-se algumas tentativas de integração de caráter mais intersetorial, contudo não se pode dizer que nesse nível local ela ocorra de maneira sinérgica, no sentido de integrar programas de cunho local que agreguem os setores sociais da gestão municipal, especialmente saúde, educação e assistência social. Contudo, a assistente social Márcia atua na busca de acesso a recursos e apoio da assistência social, considerando o perfil de vulnerabilidade da população atendida. Ela realiza acionamentos específicos de dispositivos próprios da assistência social, mobilizando seu conhecimento sobre programas e a rede local.

com a polícia e que, portanto, devia-se estar preparado para encontrar pessoas com necessidade de curativos ou mesmo de encaminhamento para algum hospital. Além dessa informação da conjuntura recente, Bruno entende ser importante traçar um panorama da área para as residentes. Em sua narrativa elenca elementos do tipo: ser uma área onde as pessoas tendem a permanecer por longos períodos, sendo muitos deles moradores há mais de um ano; ter uma organização hierárquica liderada por Suzana; zelar pela delimitação de espaços reservados para diferentes indivíduos ou pequenos coletivos, dentre eles casais, entre outras características.

Bruno ressalta ser um local em que empregam considerável tempo e esforço para o estabelecimento de vínculos de confiança, conduzindo-se de maneira a não causar rupturas nas relações existentes. Essa é uma área onde há alguns pacientes em tratamento para Tuberculose, sendo esse mais um motivo das visitas sistemáticas da equipe, nas quais fui incluída.

A noção de comunidade, composta de núcleos de pessoas que se agregam por afinidades, conhecimentos anteriores, relações afetivas vai se delineando a cada encontro e conversa. Na 'América', também há a distribuição de preservativos; cuidados paliativos em caso de dores de dente, de cabeça; feitura de curativos, entre outras ações que, a princípio, seriam comuns às condutas dos profissionais da equipe em todas as áreas. Contudo, há diferenças significativas entre as áreas.

Na 'América', como parte das pessoas já são conhecidas, os profissionais da equipe do Cnar se conduzem de maneira mais próxima à 'rotina' de serviços de saúde, na medida em que buscam por determinados pacientes - inseridos em protocolos de tratamento de doenças infecciosas; em ações de pré-natal no caso das gestantes; na realização de curativos sistemáticos de casos já conhecidos, como o rapaz com prótese externa. Conversam com muitos deles e fazem perguntas sobre suas vidas e a evolução dos quadros clínicos que acompanham; enfim, organizam a visita a essa área numa agenda de cuidados.

Além desse movimento de ordenamento do cuidado de longo termo, conduzem-se também no sentido de atentar para as lideranças e de buscar seu apoio em determinadas situações, como a solicitação de informações sobre algum paciente que está sendo acompanhado, mas que não foi encontrado naquele

momento. Dado o perfil de maior permanência das pessoas na área e uma certa estabilidade e frequência nas relações, alguns elementos previstos nas normativas, como os protocolos de atenção, têm mais possibilidade de serem acionados, tais como a administração de medicamentos de uso regular e a solicitação de exames complementares que dependam da ida do paciente à clínica. Destaca-se também a feitura de ações bem menos frequentes em outros agrupamentos, como as de prevenção, nomeadamente a busca de sintomáticos respiratórios.

Em muitas ocasiões em que acompanhei a equipe em suas visitas a 'América' foram realizadas coletas de escarro para realização da baciloscopia. A sistematização dessas ações compõe um quadro de práticas que forjam círculos do cuidado, na medida em que ao realizar os exames desencadeia possibilidades de diagnosticar casos positivos de Tuberculose e, conseqüentemente, de inseri-los nos esquemas de tratamento. O estabelecimento de uma 'rotina' (ainda que diferenciada) na 'América' propiciou uma ordenação de práticas de saúde, com algumas transposições de '*settings*' do cuidado – do consultório médico para a rua.

Os elementos postos em situação, os acionamentos e sentidos fornecidos pelo conjunto de objetos e atores informam tipos de associações, que conformam práticas de saúde na 'América' enquanto uma 'coletividade mais estável'. Infere-se que é em parte devido ao diálogo mantido com essa dinâmica de associações nesse coletivo que ocorre a conformação e estabelecimento do perfil de práticas de saúde, cujas características não são vistas em outros agrupamentos, tais como: rotinização, vínculos e longevidade do cuidado, planos terapêuticos; contato com atores que exercem algum poder; aumento das demandas; maior inserção de dados nos sistemas de informação em saúde; estabelecimento de fluxos de atenção que incluem outros níveis assistenciais, dentre eles as consultas com especialistas na clínica da família (p.ex. infectologistas), assim como para outros serviços e equipamentos de saúde.

Ao levar em consideração, estritamente, os parâmetros e diretrizes clínicas e gerenciais da política de atenção primária em saúde, pode-se dizer que há um maior grau de sistematização e ordenamento do cuidado na 'América', fornecendo meios para o cumprimento de dispositivos biopolíticos mais estabilizados do campo

da saúde pública, como os de controle de doenças e monitoramento de ciclos de vida.

No “**Sideral**” o cenário é outro, assim como são outros os acionamentos e práticas. Esse agrupamento está localizado ao lado da linha do trem, ocupando uma faixa de mais ou menos duzentos metros de terreno, limitado por um extenso muro. Há predominância de homens, com intensa circulação durante o dia, alguns deles a caminho do trabalho. Os que por lá permanecem por mais tempo organizam-se em pequenos grupos. O ambiente é repleto de lixo, pedras, restos de madeira, cacos de vidro, pregos e outros materiais perfuro-cortantes. São frequentes as incursões da polícia, assim como brigas entre os usuários.

Esse cenário propicia o surgimento de muitos casos de ferimentos e, conseqüentemente, de demandas por curativos e medicamentos tipo analgésicos e anti-inflamatórios. São duas as formas de chegar a ‘Sideral’: um dos acessos é através de um buraco no muro que circunda a linha do trem, seguindo depois por um descampado com pouca circulação de pessoas e repleto de lixo. Numa das vezes em que fomos por esse lado passamos por um cavalo morto, cujo cadáver haviam tentado incinerar, porém sem muito sucesso, restando pedaços em decomposição e repletos de moscas. O odor que exalava era fortíssimo, obrigando-nos a tapar o nariz e sair correndo o mais rapidamente possível da área.

Não foi apenas nessa vez que corremos pelo descampado. Em outra ocasião estávamos a caminho e, num dado ponto, quando já era possível avistar o agrupamento, vimos uma correria de pessoas. Miguel logo percebeu tratar-se de mais uma incursão da polícia. Corremos nós também. Não retornamos mais nesse dia, pois dada a experiência da equipe nestas situações, sabem que as áreas costumam ficar esvaziadas por algum tempo, assim como os ânimos bastante alterados. Voltamos para a clínica, e um rapaz proveniente da área buscou atendimento com um ferimento no rosto.

No acesso pela direita atravessa-se uma pequena favela, composta por casas feitas de alvenaria, mas também de material de refugo, como restos de madeiras e folhas de zinco. Há também um pequeno comércio, frequentado tanto pelos moradores como pelos usuários da ‘Sideral’. Essa pequena comunidade é

contígua a 'Sideral', com uma tênue delimitação entre uma e outra - à distância de poucos passos, num dado limite do terreno, cessam as construções e já se inicia a presença dos grupos de pessoas. O uso do *crack* é intenso e pareceu-me sempre haver uma frequente agitação nas pessoas. Suas condições de higiene são precárias, muitas delas com visíveis ferimentos no corpo. Quando abordadas são gentis, mas uma boa parte delas não deseja nenhum tipo de cuidado de saúde. Frequentemente ouvem-se vozes alteradas e gritos, devido a desentendimentos entre eles, nomeadamente entre os homens. É um local cuja dinâmica é preponderantemente em função do *crack*, tanto que numa das vezes em que lá estivemos nos surpreendemos por não ter quase ninguém. A justificativa estava no desabastecimento do *crack* há já alguns dias.

Nessa área, a abordagem da equipe difere em relação a 'América'. Miguel costuma seguir na frente com uma considerável quantidade de preservativos nas mãos e a ação mais frequente é sua distribuição, secundarizada pela oferta de ações de saúde. Os encontros e conversas entre profissionais e as pessoas da área são menos frequentes, e os profissionais da equipe tendem a ficar mais juntos ao longo da visita. O enfoque reside em demonstrar disponibilidade e acolhimento. Na maior parte do tempo da visita as práticas de saúde mais frequentes são a realização de curativos, cuidados de infecções da pele e de dores diversas – cabeça, muscular, dentes, entre outras.

Contudo, houve algumas tentativas de acompanhamento de casos, o que pressupõe o estabelecimento de vínculos e cuidados mais longevos. Uma situação que seve de exemplo foi a de um rapaz, por volta de vinte e poucos anos, que abordou Bruno com machucado e deformidade no pé direito. Ao examinar a lesão, Bruno percebeu que havia parte de uma prótese ortopédica saindo na altura do tornozelo, e ao redor estava ulcerado, inchado e avermelhado. O rapaz explicou que havia quebrado a perna e se submetido a uma cirurgia com implante de prótese. Pareceu a Bruno que devido à ausência de repouso e demais cuidados posteriores teria havido um deslocamento da prótese, com conseqüente processo de consolidação óssea sem alinhamento. Por conseguinte, seu tornozelo apresentava uma curvatura, resultando num pé torto, que dificultava sua caminhada, também agudizada pelo processo infeccioso.

Bruno propôs levá-lo ao hospital, porém o rapaz recusou-se. Alternativamente sugeriu que fosse conosco até à clínica para realização de Raio X e de curativo em melhores condições. Também sem sucesso. A partir desse dia, tanto Bruno como os demais profissionais da equipe puseram em prática outra estratégia – procuravam o rapaz quando das visitas a ‘Sideral’ com dois objetivos: realizar curativos e seguir tentando convencê-lo a ir ao atendimento de ortopedia. Ao discutir o caso, Bruno abordou a questão da redução de danos, que nesse caso significou evitar uma possível agudização do processo inflamatório. Ao mesmo tempo, reforçou a intenção de, no momento de cuidados paliativos, tentar alguma estratégia de convencimento de levá-lo a um tratamento mais adequado à sua situação.

O rapaz seguiu fazendo o curativo por alguns dias e depois não foi mais encontrado. Algumas semanas após esse encontro, numa ocasião em que estávamos de saída da clínica para alguma área, vimos o rapaz chegando de bicicleta. Bruno volta e o acompanha até o Consultório J para explicar o caso à Cláudia.

As diferenças nas abordagens, formuladas à luz dos contextos e das formas de ‘levar a vida’ dos sujeitos, como nos exemplos de ‘América’ e ‘Sideral’, aparecem em diversas narrativas dos profissionais, tendo na ideia de ‘vínculo’ um dos eixos norteadores das práticas da equipe do Cnar. Por diversas vezes, Cláudia reforça a concepção de vínculo como algo processual. Ancora-se na compreensão da multiplicidade da noção de ‘estar na rua’, e como cada sujeito a experiencia. Pondera que há casos em que os sujeitos mantêm forte vínculo com o local, como no caso de muitos que estão na ‘América’, proporcionando o estabelecimento de pactos e vínculos mais duradouros. Outros são considerados como mais ‘andarilhos’, que circulam pela cidade, como na ‘Sideral’. Com estes mantêm o que denomina de ‘pacto ao contrário’ – “combinamos deles nos procurarem quando necessitem”.

Para que isso possa ocorrer, os profissionais constroem algumas estratégias: informar sistematicamente sobre sua disponibilidade no Consultório J ao longo dos dias da semana; fornecer o endereço da clínica e reforçar a

especificidade da modalidade de atenção voltada para pessoa em situação de rua; informar que não precisa ter documentos; e preservar a sistemática da agenda semanal das visitas, na qual há definição prévia dos dias da semana em que estão presentes em cada uma das áreas.

Por ser um lugar mais ermo, numa linha de trem distante das estações, ao entardecer tem início uma dispersão na 'Sideral', com migração para outras áreas do entorno, em busca de espaços mais movimentados, que tenham maior circulação de pessoas. Alguns seguem juntos e agrupam-se ao '**Lado da Clínica**', conformando a área num agrupamento temporário, especialmente de pernoite. Aquilo que querem evitar durante o dia - serem vistos pelos passantes na dinâmica do consumo do *crack* -, quando chega a noite passa a ser desejável - buscam o movimento de carros e pessoas como tentativa de evitar eventuais ações violentas da polícia, traficantes e milicianos.

Cláudia informa que nesse grupo de pessoas o consumo do *crack* a noite é menor, referindo-se a esta como uma 'cena de pernoite'. Ela organiza sua agenda semanal de modo a realizar visitas e atendimentos às pessoas que ali chegam ao anoitecer, provenientes de outras 'cenas de uso', e não apenas da 'Sideral. Para poder ir a essa área em um dia da semana, Cláudia altera seu horário de trabalho - chega mais tarde à clínica e sai somente à noite, por volta das 20 horas, e não às 17 horas, como de costume. É também acompanhada por mais algum profissional da equipe.

A vinda desse grupo de pessoas à noite para o lado da clínica não é uma casualidade. Alguns elementos a favor desse argumento surgem em várias narrativas, como quando Cláudia aponta ser naquele momento que 'descansam' do consumo do *crack*. Podem ser elencados alguns outros elementos, além de ser um local com algum movimento de veículos e pessoas, tais como estar ao lado de uma clínica da família que possui o serviço de atenção à população em situação de rua²¹⁸; o fato de ter no mesmo prédio uma UPA, que é um serviço do tipo 'porta

²¹⁸ Corrobora com esse argumento o relato de Miguel sobre o entendimento de um homem, que frequentemente fazia essa migração, ao conceber e referir-se aquela área como um 'centro de recuperação'.

aberta' para casos urgentes. Destaca-se também que pela manhã, antes de se deslocarem para as 'cenas de uso', eles têm a possibilidade de ir ao Consultório J, se assim desejarem. Somado a esses fatores, em um dia da semana recebem a visita da médica e outro profissional de saúde à noite.

Ao pensar sobre esses elementos e elencá-los em contraponto ao entendimento de ser esse afluxo de pessoas uma mera casualidade, os profissionais da equipe traduziram-no em um ordenamento do trabalho e numa oferta de práticas de saúde, não formuladas aprioristicamente, e sim como fruto de encontros situados, realizados entre atores que circulam num mesmo território.

A despeito de seus 'papéis' naquele enredo social serem diferenciados – por um lado, os usuários de *crack* em situação de rua, e por outro, profissionais de saúde -, os acionamentos apontam para o entendimento de 'território comum', um compartilhamento da racionalidade de base contextual e territorial. Esses profissionais, nomeadamente Cláudia, incluem a dinâmica das pessoas na rua na sua própria dinâmica do processo de trabalho em saúde. Os dispositivos de inscrição que normatizam e ordenam formal e institucionalmente o processo de trabalho dos atores da saúde são ali secundarizados, como o seu horário. Penso que Cláudia se percebe e se conduz como ator e parte integrante do território.

Esse pressuposto recoloca a noção de vínculo para além de uma noção mais restritiva da relação 'médico-paciente', circunscrita ao ambiente clássico da saúde: o consultório. Ela inclui nas tramas da assistência em saúde as noções de território e de cuidado, enquanto fruto dos encontros entre sujeitos da vida, os profissionais de saúde e pessoas em situação de rua, estando ambos imersos num cenário de fricções, a serem levadas em consideração quando do desenho e da feitura do processo de trabalho.

Semelhantes considerações podem ser feitas em relação às práticas acionadas na '**Coruja**'. Parte dessa área é um descampado que serve de 'depósito informal' de lixo da região, que fica ao lado de uma avenida de grande movimento. Ao final do terreno há um extenso 'valão', e dispostas na beirada deste estão algumas 'tendas' improvisadas, utilizadas majoritariamente como 'prostíbulo' durante o dia e a noite. É uma cena mista de mulheres e homens, e muitos destes

frequentam-na em busca de ‘sexo barato’²¹⁹. Nem todos os que lá circulam ou permanecem são usuários de *crack* ou de outras drogas.

Nessa área presenciei a circulação de motoristas de taxi e de homens mais velhos, que vinham a pé, parecendo ser da região. Dada essa especificidade, o preservativo é item indispensável para ser levado para ‘Coruja’. A questão da prostituição nessa área, como em várias outras, está vinculada à forma de obtenção de recursos não apenas para a sobrevivência, mas também para a compra de drogas. A maior parte das mulheres que encontrávamos nas visitas à área era composta de jovens, entre vinte e trinta anos de idade.

Numas das visitas conhecemos uma moça que chorava, queixando-se de dores no estômago, e a levamos para uma consulta com Cláudia na clínica. No percurso, já dentro do carro, ela perguntou-nos se costumávamos visitar lugares assim, “*tipo submundo*” (em suas palavras). Nos disse que era uma pessoa sozinha, que não tinha ninguém que pudesse ajudá-la. Estava preocupada com sua aparência – ao mesmo tempo que perguntava se estava com mau aspecto, afirmava: “Sei que estou horrível, tenho espelho”. Contou-nos que se prostitui desde os dezessete anos, que era muito bonita e tem dois filhos, com os quais não mantém contato algum. Nesse momento voltou a chorar muito, enquanto dizia ser hoje “um lixo igual àquele da ‘Coruja’”. Afirma que não gosta de usar drogas, mas o faz como uma forma de amortecer suas dores e, ao mesmo tempo, de tentar suicidar-se.”

O desabafo daquela jovem dentro da Kombi foi muito impactante para todos que estávamos mais próximos e a ouvimos sobre suas dores – eu, Márcia e Joana. Ao chegarmos na clínica, a conduzimos para o Consultório J. Como Cláudia estava em consulta, Márcia ficou com ela na sala de espera, enquanto fui procurar Sueli, a psicóloga, para que pudesse também atendê-la. Já no Consultório, durante o atendimento com Cláudia, ela diz não querer mais voltar à ‘Coruja’, que precisa mudar sua vida e pede para ir a um abrigo e para fazermos contato com uma amiga.

²¹⁹ Termo utilizado por um homem que certa vez se encontrava no local.

Já quase no final do expediente, Márcia consegue vaga num abrigo da prefeitura e José a leva.

Chama a atenção a grande quantidade de lixo depositada na entrada da 'Coruja', e é frequente a movimentação de moradores do entorno indo para a área para esse fim. Essa dinâmica indica o entendimento que os moradores têm daquele espaço como um lugar para depósito de lixo, com o qual a moça se compara.

As conversas entre os profissionais, após as idas à 'Coruja', trazem alguns elementos em torno do registro da exclusão e do refugio. Os habitantes do bairro, aqueles que estão inseridos na dinâmica formal da localidade, entendem aquele como um espaço não apenas de descarte de seus próprios dejetos, mas também de 'pessoas-lixo', como nas palavras da moça. Um pequeno espaço não ocupado da grande cidade, um 'espaço de ninguém', é por todos utilizado como depósito de dejetos, entre esses o 'refugio humano' (Bauman, 2005). Lembro que é um terreno localizado à encosta de um grande valão, sendo também esse, por sua vez, depósito e veículo de dejetos.

Esse espaço é indicativo tanto da feitura de inviabilidades de vidas, como desvela a inexistência de um 'lugar' para um conjunto de pessoas, concebidas por Bauman como uma resultante inevitável da modernidade – os 'inadaptados', 'párias', 'redundantes', 'lixo humano', produto da sociedade de consumo. O Manual do cuidado à população em situação de rua, produzido pelo Ministério da Saúde, traz um poema escrito por 'Cadu', uma pessoa em situação de rua na cidade de Salvador, na Bahia, que também fala desse imaginário social que vincula, que relaciona pessoas 'sem espaço no mundo' ao 'lixo'²²⁰.

²²⁰ **Não somos lixo**

Não somos lixo e nem bicho.
Somos humanos.
Se na rua estamos é porque nos desencontramos.
Não somos bicho e nem lixo.
Nós somos anjos, não somos o mal.
Nós somos arcanjos no juízo final.
Nós pensamos e agimos, calamos e gritamos.
Ouvimos o silêncio cortante dos que afirmam serem santos.
Não somos lixo.
Será que temos alegria? Às vezes sim...
Temos com certeza o pranto, a embriaguez,

A lucidez dos sonhos da filosofia.
Não somos profanos, somos humanos.
Somos filósofos que escrevem
Suas memórias nos universos diversos urbanos.
A selva capitalista joga seus chacais sobre nós.
Não somos bicho nem lixo, temos voz.
Por dentro da caótica selva, somos vistos como fantasmas. Existem aqueles que se assustam.
Não somos mortos, estamos vivos. Andamos em labirintos. Depende de nossos instintos.
Somos humanos nas ruas, não somos lixo.

*Carlos Eduardo (Cadu),
Morador de rua em Salvador.
(Brasil, 2012c: Epígrafe)*

Parte das ações de ‘remoção’ postas em prática pela assistência social da prefeitura da cidade²²¹ opera com base nesse entendimento - no binômio inadaptação-refugo. Como bem alerta Bauman (2005), os Estados reduzem o problema dos ‘excedentes’ aos moldes de remoção, daquilo que consideram como refugo humano, pois que contaminam o ambiente urbano. Tem como agravante a escassez de alternativas para quem ultrapassou a fronteira do descarte, e assim sendo, o caminho de volta da remoção não está dado para os que foram excluídos, concebidos e operados politicamente como refugo. Alerta que são poucos os itinerários instituídos que possam ser percorridos no sentido de uma ‘inclusão’, que os insira novamente no ‘quadro dos integrantes’ da vida dos ‘incluídos.

Para esse autor a produção de refugo humano é inerente ao modelo da globalização capitalista, em que os excedentes não têm lugar na equação produtiva. E como agravante, fazem parte de um outro cálculo, em um registro negativo: são componentes de estratégias de exclusão mais veladas. Traz como exemplo a epidemia da *AIDS* em Botsuana, que alterou drasticamente a expectativa de vida do país, caindo de setenta para trinta e seis anos de idade, impactando numa redução de 28% no prognóstico populacional para 2015. O pressuposto da exclusão velada dialoga com a potência da noção de racismo em Foucault, na inflexão da biopolítica do ‘fazer viver’ para o ‘deixar morrer’ (Foucault, 2007).

Será que foi apenas pela cobiça e pela autoassumida proteção dos ‘direitos de propriedade intelectual’ que nossas empresas farmacêuticas não mostraram muito empenho em fornecer, a um preço acessível, armas para combater a epidemia? É sempre o excesso deles que nos preocupa. (Bauman, 2005:60)

Bauman designa por “eles” a superpopulação dos países pobres e de “nós” a população dos países ‘desenvolvidos’, especialmente. Problematiza o que denomina de “crise aguda de remoção do lixo humano” como resultante da modernidade, cujo enfoque de solução do problema recai sobre a gestão local - “os

²²¹ Como já a bordado anteriormente, algumas iniciativas da ‘assistência social’ são concebidos a partir da perspectiva de institucionalização de práticas, operadas num registro de descarte dos ‘redundantes’, de sua remoção das ruas e inserção em abrigos públicos ou privados conveniados (e remunerados) pela esfera pública, preferencialmente distantes dos espaços urbanos mais econômica e socialmente valorizados, como a ‘Operação Cata-tralhas’.

depósitos de lixo devem ser estabelecidos dentro da localidade que as tornou supérfluas”, originando os “hiperguetos”, constituídos por aqueles que não servem nem de “mão de obra industrial descartável”, apenas como “depósito de lixo” (Wacquant, apud Bauman, 2005:102).

Qual o lugar da atenção à saúde para a população em situação de rua enquanto política pública, em especial dirigida àquela em uso abusivo de drogas? Qual o enfoque e a potência da redução de danos direcionada às pessoas dispostas em ‘guetos’, denominadas de ‘cenas de uso’? E nesse contexto, como se insere o *DOTS* na relação controle-cuidado? Essas questões foram aos poucos assumindo importância junto às indagações iniciais que me levaram a acompanhar os profissionais de saúde àquelas áreas, mas obviamente sem a pretensão de encontrar ‘as respostas’, e sim de preservá-las enquanto possibilidade de problematização.

O Cnar, como variante biopolítica inscrita na agenda de Estado, que pressupõe o ‘cuidado nos guetos’, que não necessariamente opera no mesmo registro de outros dispositivos biopolíticos, notadamente os que excluem através de ações de governos e de mercado, como a citada por Bauman, podem estar apontando para mudanças de práticas sociais? Ou ao contrário, são apenas iniciativas também marginais, de minimização do transbordamento dos ‘modos de vida nos guetos’, e suas repercussões nas áreas e vidas dos ‘incluídos’?

Dito de outra forma, se essas práticas realizadas em cenários de exclusão não alteram uma dada estrutura global, que vem historicamente resultando na exclusão de um grande contingente de pessoas nas periferias do capital, podem elas, por outro lado, ao atuar num registro de ‘redução de danos’, estar operando para além de uma perspectiva de redução da ameaça aos incluídos? Apesar de reconhecer o caráter residual dessa política de saúde, e de admitir a possibilidade de que assim possa ter sido concebida, a nível de sua formulação nos gabinetes da gestão da saúde, ou seja, enquanto um dispositivo meramente compensatório de atenção primária para populações vulnerabilizadas, por outro lado, arriscaria problematizar essa noção reducionista quando no registro das práticas locais.

A concepção e as estratégias daquela equipe do Cnar, nomeadamente a maneira de atuar de Cláudia, Bruno, Miguel, Márcia, Isabela, Joana, Sueli e demais profissionais da equipe, podem estar indicando mudanças sutis, que são imperceptíveis quando inscritas em análises macroestruturais. Essa ponderação não objetiva opor-se à noção de refugio humano de Bauman (2005), muito menos a negação da potência das biopolíticas (Foucault, 2008), e sim apenas reconhecer realidades múltiplas (Mol, 2012) que podem desvelar elementos contraditórios.

A complexidade de contextos - das políticas sociais para a população em situação de rua; da concepção de cuidado; de envolvimento em bases territoriais; da feitura de vínculos e relações empáticas podem apontar para outros agenciamentos e desdobramentos possíveis. Penso que ajuda pouco afirmar que esses agentes da saúde, enquanto agentes de Estado, atuam apenas e restritamente em consonância com a noção de descarte e controle. Ainda que reconheça que em muitas medidas essa atuação pode contribuir para a manutenção de um certo 'estado de coisas', de um equilíbrio que se sustenta por dentro do modelo de 'gueto'.

O questionamento que proponho é no registro de alternativas e caminhos que podem estar se tornando possíveis para aqueles indivíduos, quando do investimento na ideia de autonomia, cuidado e preservação da vida dos sujeitos, no respeito aos seus 'modos de levar a vida', enquanto um processo de pequenos coletivos de mudança, que incluem diferentes atores localmente inscritos. Por processo coletivo refiro possíveis mudanças, não apenas na forma de entender a autonomia de sujeitos, mas também de colocar em questão as bases de uma dada racionalidade e direcionalidade de fazer saúde, de perceber corpos de maneira situada e, também em situação, rever e recolocar as premissas do cuidado médico e suas variantes.

Insistir na legitimidade do reconhecimento daquelas pessoas como 'sujeitos do cuidado', a partir de práticas cotidianas no terreno, que contam com a presença dos 'jalecos brancos' e que não atuam na remoção das pessoas e sim num atendimento de saúde 'a céu aberto' podem contribuir para alterações naquilo que imprecisamente denomino de alterações em micropolíticas de base local (Foucault,

2014). Trata-se de um esforço de compreensão das práticas cotidianas com base na potência de (contra)micropolíticas dos processos de trabalho, que incluam outros elementos para além daqueles previstos e normatizados na estruturação das relações formais do cuidado em saúde, dos seus espaços e dispositivos biopolíticos.

O que pode estar sendo alterado quando nas práticas cotidianas da saúde são, além do ‘estetoscópio’, outras estratégias e dispositivos, como passar pelo buraco da linha do trem, portar os preservativos nas mãos, carregar mochilas-ambulatorios nas costas, ter dinheiro disponível para comprar água ou leite, acionar soro fisiológico e sabão para lavar feridas, fornecer a dose supervisionada dos tuberculostáticos, as vezes até mesmo escondida²²², etc.

As análises do cotidiano remetem ao entendimento da produção de saberes e de tecnologias de poder ancoradas na produção de espaço e tempo. A questão do poder está envolvida na constituição de cotidianos. A condução de processos de trabalho, conformada por dispositivos de micropolíticas, pode também ser tensionada na perspectiva do agir cotidiano de sujeitos que compartilhem terreno, interesses e conhecimentos, num fluxo de redes de práticas. No agir cotidiano do Cnar, intervenções de sujeitos coletivos atuam no sentido de alterações na correlação e composição de forças, num embate muitas vezes silencioso com as técnicas disciplinares instituídas.

Falar de uma sociedade disciplinada não é necessariamente falar de grupos disciplinados. Em debate com Foucault, Certeau fala sobre os múltiplos cotidianos que alteram a conformação dos dispositivos disciplinares, questionando:

Se é verdade que por toda a parte se estende e se precisa a rede de “vigilância”, mais urgente ainda é descobrir como é que uma sociedade inteira não se reduz a ela: que procedimentos populares (também “minúsculos” e cotidianos) jogam com os mecanismos da disciplina e não se conformam com ela, a não ser para alterá-los; enfim, que “maneiras de fazer” formam a contrapartida, do lado dos processos mudos que organizam a ordenação sócio-política. (Certeau, 1998:41)

Esse autor propõe pensar as práticas cotidianas como “maneiras de fazer” através das quais os sujeitos apropriam-se de espaços político-sociais, tendo nas

²²² O TDO ‘escondido’ será abordado a seguir.

práticas cotidianas a possibilidade do exercício de transgressão dos processos de ordenamento e disciplina. Concebe a existência de saberes incorporados nas práticas, em cujas lógicas de ação são articuladas as condições e sentidos históricos (Certeau, 1998). É nesse quadro de referência que advoga a favor da compreensão das ‘maneiras de fazer’ o cotidiano pelos sujeitos, a partir do reconhecimento das distinções acerca dos estilos de ação, em base dos também distintos contextos, oferecendo condições para análise do exercício de ‘não poderes’ (em contraposição aos ‘micropoderes’), por parte de sujeitos (aparentemente) destituídos dessa possibilidade.

É na esteira das ‘maneiras de fazer’, da lógica do cotidiano, que profissionais de saúde e pessoas em situação de rua podem estar interpretando e alterando alguns dispositivos da gestão da saúde. Para Certeau, é no enfrentamento da opressão do cotidiano que se localiza a emergência de ‘microrresistências’ com base em ‘microliberdades’, fundantes da “invenção do cotidiano”, operada pelo “homem ordinário”, pelo “herói comum”, capaz de alterar processos e espaços por meio de “táticas de resistência”. (Certeau, 1998). São essas as questões que se debatem mais à frente, quando da discussão sobre os encontros em situação de rua na construção de cotidianos possíveis.

VI.4 - Cotidiano da equipe do Cnar – a vulnerabilidade e a plasticidade de agendas

Por se diferenciar de demais serviços de saúde em termos de ‘clientela’/‘público alvo’, já que é um dos poucos dedicados quase que exclusivamente a pessoas em situação de rua, o processo de trabalho do Cnar é estruturado com base nessa especificidade, porém também guarda relação com diretrizes organizativas da atenção à saúde voltada para a população ‘domiciliada’, notadamente no âmbito da política de atenção primária em saúde. É, portanto, também ordenado por normativas e diretrizes. Como já foi mencionado, entretanto, muitas destas são revistas pela equipe num esforço de adequação aos diferentes contextos. A essa revisão do processo de trabalho chamo de plasticidade da

agenda. Uma plasticidade que não está restrita apenas à organização de rotinas na estruturação do trabalho mas uma plasticidade do processo de trabalho também em termos clínicos. Em face dos modos de levar a vida das pessoas em situação de rua, reveem as referências 'modelares' do trabalho assistencial em saúde, construindo e reconstruindo objetos, dentre eles a clínica e o enfoque sobre doenças.

Ainda que haja um planejamento das ações a serem realizadas nos territórios, a dinamicidade dos eventos resulta, muitas vezes, numa radical alteração da agenda. São eventos que alteram a programação do dia: como a notícia de uma paciente em tratamento para tuberculose que estava sumida e foi vista em um outro lugar; ou alguém que se acidentou e está precisando de cuidado; ou o surgimento de um novo agrupamento. Essas alterações são incorporadas na organização do trabalho como parte constitutiva da construção das práticas que a equipe efetua no dia a dia. A plasticidade da agenda e das formas de interação com as pessoas é uma das principais características do processo de trabalho, assim como é dinâmica a vida das pessoas que eles acompanham. Como alertou Joana, uma das AS(s) da equipe: *“todo dia tem uma surpresa, uma novidade. Aqui não tem tédio!”*

A seguir apresento colagens de eventos e situações vivenciadas, que funcionam como uma primeira aproximação sobre as práticas do fazer cotidiano, que aos poucos fornecem sentido para um entendimento sobre os encontros em torno da Tuberculose, a serem abordados posteriormente. São quadros cotidianos que falam das conformações de encontros e práticas de saúde.

VI.4.1. - Batons vermelhos, sombras azuis cintilantes e comprimidos contra a tuberculose - busca do corpo são em cenário de 'exclusão'

Tendo por estrutura um pedaço de parede descascada e esburacada na encosta da linha do trem no subúrbio da cidade, circundada por panos coloridos e gastos, dispostos em forma de cortinas, vê-se uma espécie de quarto do qual surge Isabel. Quando vê a equipe do Cnar se aproximando, abre um grande sorriso e diz

“bom dia amores, que bom que vocês estão aqui. Estou cheia de dores no estômago”. Isabel é falante, cumprimenta-nos a todos e logo pergunta o nome de quem ainda não conhece, foi assim que fomos apresentadas. Diz que está arrumada porque vai passear e pergunta se gostamos de seu vestido tipo ‘tubinho’, em tom de rosa forte. Chama nossa atenção também para seu rosto, mostrando a maquiagem - pálpebras pintadas de azul cintilante, batom vermelho e cabelos com mechas loiras, ainda molhados do banho recente. Ela nos pergunta *“Estou bonita?”*

Bruno sorri, responde que como sempre sim, está bonita e pede para que ela descreva sua dor. Pergunta-lhe também sobre alimentação e se fez uso recente de algum medicamento, nesse momento me afasto um pouco para deixa-los a sós e também para entregar preservativos a um rapaz que me pediu. Na sequência do atendimento vi que Bruno lhe forneceu ranitidina, um medicamento para as dores no estômago, para ser usado naquele e nos próximos dias. Ele então pergunta por Clara, com quem Isabel divide o mesmo quarto, e que está em tratamento para tuberculose. Bruno fala que não tem conseguido encontrá-la.

Nesse momento, Isabel fica visivelmente alterada e nos diz que a “escorraçou” daquele local, pois está com tuberculose e não quer se tratar como deve ser, exclamando: *“Ela quer que eu pegue a doença novamente?”* Após essa reação, Isabel narra sua experiência com a tuberculose. Fala do medo de morrer, do quanto isso a afetou, e de como serviu de estímulo para fazer o tratamento completo. Quando estava em tratamento, relatou se sentir maldisposta, com muito cansaço, fraqueza e dores gástricas. Ela vinculou esses sintomas a falta de acesso a alimentação e repouso adequados, já que estava em situação de rua. Enfatiza o tempo todo em sua fala a vontade de viver, mas de um viver “à sua maneira”.

Localiza no preconceito um dos maiores desafios que enfrentou, principalmente quando da associação entre tuberculose e situação de rua, narrando alguns episódios que vivenciou. Isabel fala também sobre ‘superação’, e que se reconhece como “uma mulher forte e que sabe o quer”. Ressalta que, ao se tratar da tuberculose, está também cuidando daqueles que estão com ela, e que negar a doença nunca foi sua opção, ao contrário, que falava sobre o assunto e isso lhe dava ânimo para continuar. Por esse motivo não admitiu a postura de Clara de não

fazer o tratamento. A equipe inteira parou para ouvi-la, assim como várias outras pessoas que estavam pela área naquele momento.

Em sua experiência com o programa da AIDS no oeste africano, em Burkina Faso e Costa do Marfim, Nguyen (2010) relata a importância do compartilhamento de experiências no processo de controle da doença. Para além dos objetivos estritamente médicos e de controle da epidemia, ressalta um certo sentido terapêutico na criação de ‘espaços de fala’, de compartilhamento de vivências, no que chama de “*new ways of asking and telling*”. Um sentido de apropriação e compartilhamento, da ‘escuta, da ‘fala e da troca’ por partes dos sujeitos. No esforço de entender a importância dessa dinâmica, Nguyen questiona um profissional de saúde, um enfermeiro que lidera práticas de compartilhamento de experiências num ambulatório de AIDS, sobre a validade dessa estratégia, tendo em vista que as condições da realidade, principalmente a escassez de recursos, efetivamente se mantinham inalteradas. Questiona o que isso altera no ambulatório e na vida das pessoas. Ishmaël, o enfermeiro, responde-lhe: “*Health is a vast thing (...) They [the patients] ‘believed’ that they have been able to share their problems; and that ‘counts for something’ too*” (op. cit. 56).

Ainda que o contexto relatado pelo autor se diferencie em relação ao acesso às ações de saúde do contexto aqui trabalhado, já que o Cnar é um dispositivo assistencial criado com objetivo de ampliação de acesso e inclusão dessa população às ações de saúde, a realidade da precariedade da vida apresenta semelhanças. A potência de espaços de fala, de compartilhamentos, nesse contexto é ainda mais válida, se levarmos em consideração que o acesso a tratamentos está colocado no horizonte de possibilidades.

Há também outros espaços de trocas de experiências previstos no âmbito do Cnar, como os grupos terapêuticos. O fundamento desse grupo reside na ideia de compartilhar vivências, a redução de danos e a busca de soluções para os problemas cotidianos. Esse grupo terapêutico contava com a presença de pessoas em diferentes situações: albergados, em situação de rua; em uso de drogas, ou em abstinência; retornados aos domicílios. Contava com a participação dos profissionais da equipe, especialmente da psicóloga e da assistente social.

Desde que iniciei meu estudo de campo, passei a frequentar o grupo. A presença dos profissionais no grupo de redução de danos é valorizado pelos presentes, pois além da importância do espaço de escuta e troca de vivências são também chamados a pensar, coletivamente, na busca de alternativas para os problemas debatidos. Entretanto, com as sistemáticas dos encontros, percebi nas falas mais recorrentes dos membros do grupo que o valor dado ao grupo residia mais na dimensão da troca, do compartilhamento de situações, não somente de problemas, mas também de conquistas, como enquanto possibilidade terapêutica.

Retornamos muitas vezes àquela área, em busca de Clara, e não a encontramos, nem tampouco Isabel. Certo dia chegou a notícia de que esta última havia sido assassinada. Isabel era recorrentemente lembrada de maneira alegre e positiva pela equipe. Viam-na como alguém que desempenhava liderança no território, que ajudava os demais e que se propunha ser uma espécie de ‘ponte’ para as demandas das pessoas com as quais convivia.

Passado algum tempo, estamos na ‘Sideral’ e encontramos Isabel. A alegria das pessoas da equipe que lá estavam foi visível, fizeram festinhas com beijos e abraços e perguntaram o que aconteceu, dada a notícia do suposto assassinato. Ela então responde que já sabia desse boato, mas que estava bem, havia apenas dado um tempo das ruas, que tinha ido “para casa se cuidar, engordar um pouco e ficar ainda mais bonita”. Nos disse que estava de volta pois era livre para sair e voltar sempre que assim o desejasse. Continuava arrumada e sorridente.

Daquele episódio em diante, percebi que notícias de morte eram uma constante nas áreas. Foram vários os relatos de mortes, muitos deles desmentidos pela presença dos próprios ‘focos’ das notícias em momentos posteriores, como acontecera com Isabel. Porém, alguns de fato haviam morrido e quanto a outros não se soube ao certo o que havia acontecido. Por fim, Clara, a companheira de quarto que havia sido ‘escorraçada’ por Isabel, vai ao Consultório J e retoma o tratamento para tuberculose. Leva consigo um amigo que, segundo ela “*está tossindo muito, vai que também pegou tuberculose!*”

VI.4.2 – Em meio ao trabalho de seleção de material reciclável, um intervalo para o curativo na lesão do tórax.

Havíamos saído da “Sideral” e estávamos próximo a uma espécie de final de feira, onde inúmeros vendedores ambulantes retiravam suas mercadorias e algumas pessoas catavam os restos deixados por eles no chão. Uma dessas pessoas era um senhor alto e magro que, quando vê a equipe passando ao largo, apressa os passos, dirige-se a Bruno e lhe pede para fazer um curativo, que o anterior já estava fedendo pois ele não conseguiu ir antes ao consultório J. Percebi que ele era conhecido da equipe. Bruno concorda em fazer o curativo ali mesmo, pois percebeu que o senhor havia recolhido muito material e que certamente não iria à clínica naquele mesmo dia.

De imediato as mochilas são retiradas das costas e monta-se, a partir das mãos de todos devidamente enluvadas, o suporte que serve de ‘campo para o curativo’. O senhor retira a camisa, Bruno começa a remover o curativo antigo e quando termina vê-se que há um orifício na altura das costelas daquele senhor (Imagem 7 no Anexo VII). Cada um de nós segura um dos insumos de que Bruno necessita para a feitura do procedimento: álcool a 70%, gases, pomadas, ataduras que são passadas em torno do tórax e, para finalizar, esparadrapos. A mim coube segurar o saquinho de lixo, no qual iam sendo depositados os materiais utilizados, que levávamos conosco para ser devidamente dispensado na clínica, incluindo as luvas utilizadas por todos. No final, Bruno reforça a necessidade de ele ir à clínica e obtém um ‘com certeza irei’ em resposta.

À saída do senhor, que segue em seu trabalho de catador de material reciclável, dá-se um intenso debate entre Joana, Miguel e Bruno, em torno do que fazer daquele momento em diante. Como desconhecia o caso, levei um tempo até entender que já haviam sido feitas inúmeras abordagens, sempre no sentido de levá-lo a clínica para consulta e posterior encaminhamento para um serviço de referência, sempre postergado com inúmeras justificativas.

Em face de sua situação de rua, é dada a opção de ações curativas que possam evitar uma contaminação da cavidade torácica, exposta pela incisão que

não cicatrizou de todo. O que se sabe é que ele fez tratamento para TB Pleural, provavelmente tendo sido submetido a uma toracoscopia para drenar o derrame da cavidade. Na discussão, os profissionais da equipe falam o quanto se preocupam com ele e alertam que sua situação não é banal para a equipe - ele é bastante magro, transita o dia inteiro pela região e pode-se ouvir um ruído de respiração na altura da incisão. Sabe-se que ele vive há tempos nessas condições, e sua reversão é tida como uma hipótese remota. Bruno relata que já tentaram algumas ações, inclusive de assistência social - “Mesmo não tendo conseguido grandes avanços, seguimos tentando, não desistimos dele”, desabafa Bruno.

Em certa medida, este senhor também não desistiu e busca o cuidado da maneira que pode, de uma forma que o vem mantendo vivo e com capacidade de trabalho. Assim como muitos na região, é catador de material reciclável. O surgimento dessa profissão reside na relação entre o longo processo de exclusão social brasileiro, aliado ao modelo de consumo atual da sociedade, produtora de materiais recicláveis. Os anos recentes viram não apenas surgir, como aumentar o contingente de pessoas nessas atividades, principalmente nos grandes centros urbanos, e a marginalização dos ‘catadores de lixo’ acompanha essa matriz de exclusão.

A recente alteração na forma das cidades lidarem com o lixo, a partir do incentivo à reciclagem, e a continuidade do aumento do consumo humano acarretou maiores possibilidades e rentabilidade dessa ocupação, surgindo experiências e movimentos de organização coletiva que buscam aumentar sua autonomia, a partir da criação de cooperativas. Entretanto, estudos apontam que essas iniciativas enfrentam problemas de apoio por parte das políticas governamentais (Velloso, 2005).

A exclusão e inserção marginal na esfera produtiva desses sujeitos guarda relação com o desenho do perfil dessas políticas governamentais. Nessa, é grande a quantidade de pessoas que exercem essa atividade. Cuidar desse senhor num cenário rodeado de dejetos, fazer-lhe o curativo do ‘buraco do tórax’, é narrado por Bruno como “a rotina do extraordinário”. Rotina, quando da aceção assistencial do processo de trabalho da saúde, que entra em contradição com a excepcionalidade

da situação do corpo, de extrema vulnerabilidade, e sobre o qual políticas de inclusão social não operam, por variados motivos, culminando com situações extraordinárias, como afirma Bruno.

Em a 'Ética do cuidado de si como prática da liberdade' Foucault (2012), retorna ao tema das 'práticas de si', relacionadas ao problema da relação entre o sujeito e os jogos de verdade²²³, que foram por ele examinados tomando por referência as práticas coercitivas (p.ex. a psiquiatria) e os quadros científicos (p.ex. análise da linguagem). Em uma análise histórica enfatiza a importância e a autonomia que a 'prática de si' assume nas civilizações grega e romana, enquanto uma prática de autoformação do sujeito, sendo posteriormente secundarizada em relação ao papel assumido pelas instituições, como as religiosas, pedagógicas e médicas.

Refere-se a prática de si como uma prática ascética, "(...) dando ao ascetismo um sentido muito geral, ou seja, não o sentido de uma moral de renúncia, mas o de um exercício de si sobre si mesmo através do qual procura-se se elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser." (op. cit, p.259). Vincula esse trabalho de si, sobre si mesmo, ao exercício de 'práticas de liberdade', como um movimento que está presente em todas as relações humanas, nas quais a questão do poder, mais ou menos assimétrico, desempenha importante papel.

Foucault fala em evitar usar o termo 'poder' em favor da expressão 'relação de poderes'. Estas estão na base da renúncia ao entendimento do 'poder' enquanto esquema pronto, no qual figuras clássicas como Estado e classe social surgem privilegiadamente no exercício coercitivo. Pondera que em todas as relações humanas, sejam quais forem, as relações de poder estão presentes e se realizam, não de maneira predeterminada e estática, e sim como "móveis, modificáveis, reversíveis e instáveis". Consequentemente, as relações de poder podem ser mais ou menos equilibradas, tendo por polos opostos a dominação e a liberdade. As assimetrias nas relações de poder forjam possibilidades de resistência vinculadas

²²³ O sentido de jogo operado é assim definido pelo autor: "conjunto de regras de produção de verdade. Não um jogo no sentido de imitar ou de representar..., é um conjunto de procedimentos que conduzem a um certo resultado, que pode ser considerado, em função dos seus princípios e das suas regras de procedimentos, válido ou não, ganho ou perda". (Foucault, 2012:276)

aos tipos concretos de relações – trabalhistas, conjugais, étnicas, sexuais, etc. (op. cit, p.270). Para ele, a análise das relações de poder envolve uma dinâmica em “três níveis: as relações estratégicas, as técnicas de governo e os estados de dominação.” (op.cit. p.279).

O quadro fornecido pelo autor possibilita pensar em análises e valorações que influenciam formas de resistência, e em um maior ou menor equilíbrio nas relações de poder. Nos contraditórios – a introjeção pelos sujeitos dos dispositivos biopolíticos no cuidado de si, e o exercício de liberdade²²⁴, ‘num cuidar à sua maneira’, pode desequilibrar e exigir negociações às ordenações que agentes de Estado, como os profissionais de saúde, exercem sobre sujeitos que ultrapassaram linhas ordenadoras atuando no sentido de localizar o ‘mundo da rua’ como um mundo ‘fora do nosso mundo’.

Uma dada direcionalidade normativa é ‘silenciosamente questionada’, ou mesmo recolocada em outras bases. Entra em cena uma ‘habilidade negociativa’, expressa nos cuidados/ações de saúde ‘flexibilizados’, em face de contextos e dos modos de levar a vida de sujeitos em situação de rua. Trata-se de um novo cariz de dispositivos biopolíticos? Em sendo assim, o que essa outra biopolítica pode informar-nos em termos das relações de poder e sujeitos, que não se enquadram tão facilmente nos dispositivos disciplinares e de certas prescrições estabilizadas, pois que já se encontram à margem? Penso que o desafio está em pensar o sujeito não como substância, pois, como Foucault pondera, não há uma natureza do sujeito, e sim formas de sujeito, historicamente constituídas em relação aos jogos de verdade.

Essa concepção ajuda a pensar a constituição de formas de ser e estar nas ruas e nas ‘cenas de uso’, em relação a um certo número de práticas: os jogos de verdade e as práticas de poder. Se é correto pensar que há um deslocamento do “campo da obrigação da verdade”, como Foucault sinaliza, “contra efeitos de

²²⁴ Importante dizer que Foucault entende liberdade “como condição ontológica da ética”, pressupondo-a como “forma refletida assumida pela liberdade”, e o cuidado de si, em um modo pelo qual a liberdade individual foi pensada como ética. Entretanto o autor pondera que o cuidar de si é também, em alguma medida, o reconhecimento de um conjunto de “regras de conduta ou de princípios que são simultaneamente verdades e prescrições.” (op. cit. p.261-263).

dominação ligados às instituições encarregadas da verdade” (*ibid*:274), pode-se pensar nestes sujeitos, os ‘moradores de rua’ e os ‘cracudos’, como deslocamentos? Que os jogos de verdade que designavam os loucos, as histéricas, os delinquentes, podem ser nessa situação acionados e/ou alterados?

As ações de cuidado em saúde do dispositivo Cnar, fornecimento de vale-refeição que dá acesso aos restaurantes populares, os grupos terapêuticos para a população em situação de rua em uso do crack e outras drogas; as ações coercitivas da polícia, as iniciativas de recolhimento da assistência social, exigência de abstenção e evangelização em troca de teto e comida das comunidades terapêuticas são elementos que expõem as contradições dos dispositivos disciplinares do estado, ou talvez a necessidade de repensarmos nossos aportes em termos mais associativos do que analíticos, atentos a novas categorias que emergem em face dos desafios que vidas precárias expõem em seus modos de manter-se vivos.

VI.5 - Encontros e sujeitos – onde se conformam Tuberculoses

A presença cotidiana da TB é resultado de uma dinâmica na qual estão presentes diversos elementos e ativações coordenadas, tais como: os resultados positivos das baciloscopias, a escuta diferenciada às tosses das pessoas nas ‘cenas de uso do *crack*’, a reposição diária dos potes de coleta e dos tuberculostáticos nas mochilas, o preenchimento de formulários, os exames físicos realizados no Consultório J, as buscas e negociações diárias relativas a administração dos remédios junto aos pacientes, etc. São dinâmicas em torno de tuberculoses a partir dos objetos do contexto, incluindo os de cariz político e social. São outros elementos e direcionalidades que falam também de outras praticidades. Por não se tratar de um estudo avaliativo em termos de impactos de ações e serviços de saúde, com base nos parâmetros de uma ‘boa’ saúde pública, não cabe inferir comparativamente sobre a qualidade destas, mas apenas ressaltar que são outras práticas no acionamento de dispositivos de cuidado, controle,

vínculo e acesso. São outros encontros, outras praticidades e, também, outras repercussões.

Viaduto em obras, gravidez, banhos diários, magreza, marido, *crack*, vômitos e longas caminhadas são alguns dos elementos que compõem narrativas possíveis envolvendo Helena, Glória e Maria Clara. O alinhavar em termos narrativos que as aproxima é constituído pelos encontros em torno de Tuberculosos. Como foi dito anteriormente, encontramos aqui as práticas de saúde, entendidas como ‘maneiras de fazer’, que emergem dos encontros entre os profissionais de saúde e os pacientes em tratamento contra a Tuberculose, com especial atenção à singularidade de elementos como: formas de acompanhamento da doença, fluxos dos cenários das ruas, tipo e quantidade de medicamento, entre outros.

As estratégias e acionamentos de dispositivos assistenciais, ao assumirem lugar de destaque, recaem sobre negociações; compatibilizações e dissensões inerentes à fricção dos campos da normatividade, da disciplinaridade, do controle e dos modos de levar a vida de sujeitos e seus corpos, forjados em vidas precárias, que desafiam muitos dos pressupostos ordenadores da vida ‘em sociedade’. Ainda que reforce o entendimento de que os encontros nas ruas são singulares, assim como são singulares os pactos feitos com os pacientes em tratamento para Tuberculose em situação de rua, é, entretanto, uma singularidade fruto de fricções.

VI.5.1 – Com o ‘vínculo’ na bolsa - os encontros com Helena na ponte entre dois cenários - Parte 2²²⁵

O encontro com a mãe de Helena, Eliana, que até então supunha que a filha estaria em alguma ‘cracolândia’ no entorno das regiões de Manguinhos ou Jacarezinho, foi naquele momento considerado pelos profissionais da Equipe % da clínica da família da Rocinha. Porém, me fez pensar em histórias de vida nas quais elementos como a vulnerabilidade ajudam a tecer enredos e caminhos.

²²⁵ Aqui retomamos o caso de Helena, interrompido no final do Capítulo V.

A escolha dos campos de estudo dessa pesquisa - a Área 5 na Rocinha e pessoas em situação de rua naquela região da cidade, foi alinhavada pela tuberculose. Portanto, não foi uma casualidade. Será que o percurso de Helena tampouco é uma casualidade? Como jogam, no jogo de vidas vulnerabilizadas, elementos como miséria, desemprego, más condições de moradia, baixa escolaridade, demais precariedades de diversas ordens? Como são tecidas as associações que pavimentam caminhos de vulnerabilidades que sujeitos como Helena percorrem: de uma das piores áreas da favela da Rocinha para, supostamente, as ruas do subúrbio da cidade do Rio de Janeiro²²⁶, onde grupos de pessoas permanecem e fazem uso de drogas como o *crack*? Que elementos se conjugam e servem de ligação nesse enredo? Indagações como essas foram surgindo a partir daquele momento, tendo como ponto de partida à recusa do entendimento acerca do percurso de Helena como casualidade, entendendo-o em seu lugar como trama.

De posse da fotografia de Helena, falei para a equipe do Cnar sobre o encontro com Eliana e do seu pedido de encontrar a filha. Estavam presentes Cláudia, Bruno e Joana. Nenhum deles a conhecia. Claudia fixou a foto de Helena no quadro de avisos do consultório J e passaram a informação sobre a 'menina da Rocinha em tratamento de tuberculose, que possivelmente está em uma das cenas de uso', para os demais. Nenhuma estratégia foi previamente estabelecida por eles. Se Helena fosse encontrada, a dinâmica do encontro daria o contorno do que ser feito em diálogo com ela.

Passados alguns dias Cláudia altera a agenda do turno da manhã, que originariamente seria dedicada a uma visita a 'Coruja', para ir procurar Rosana, paciente em tratamento de tuberculose, que havia deixado a área onde comumente era encontrada. Ela havia ido à clínica na semana anterior e informado que estava em outro lugar - debaixo de um determinado viaduto. Cláudia tinha urgência em encontrá-la, pois sua medicação acabaria naquele mesmo dia. Pegamos a Kombi e ela tentou explicar para José qual, supostamente, seria o viaduto, já que naquela

²²⁶ Em termos estritamente geográficos, trata-se de um percurso que vai de uma zona a outra da grande cidade do Rio de Janeiro.

região há muitos. Percorremos algumas ruas e autopistas que têm viadutos em seus percursos, mas não vimos nenhum agrupamento de pessoas como o que Rosana havia descrito para Cláudia.

Levamos mais de uma hora nessa procura, até que nos deparamos com um pequeno grupo embaixo de um viaduto recém construído, parte integrante de uma imensa rodovia denominada Transcarioca, que corta várias regiões da cidade, e que ainda estava com resquícios de obra bem recentes, tais como tapumes e entulhos. Descemos do carro e fomos abordadas por um homem no entorno dos quarenta anos, acompanhado de uma moça bem jovem. Ele pediu-nos preservativos e falava nervosamente sobre o risco de contaminação de AIDS por parte das mulheres que estavam lá, em torno de cinco, relatando haver intensa atividade sexual naquele grupo, num quadro de prostituição.

Cláudia dirigiu-se para onde estavam as mulheres e acompanhei-a. Oferecemos preservativos e falamos sobre a disponibilidade de ações de saúde do Cnar, como era de rotina na abordagem às pessoas em situação de rua por parte da equipe. Ela percebeu que uma das moças estava com o abdômen muito distendido e, suspeitando de gravidez, abordou-a. Dada a receptividade desta, propôs examinar a distensão abdominal. A moça aceitou e disse que estava mesmo querendo ir ao médico, mas que não havia conseguido sair daquela área. Nos dirigimos a um pequeno colchonete que estava encostado na pilastra do viaduto. Cláudia retirou da mochila-exame um estetoscópio, um sonar fetal e gel, calçou luvas e abaixou-se para examiná-la, enquanto eu e Joana ficamos em pé, ao lado delas, tentando funcionar como uma 'barreira visual' para o trânsito de carros que passavam na autoestrada.

Quando Cláudia estava fazendo o exame, uma outra moça aproximou-se, curiosa. Percebi que ela olhou para os preservativos em minhas mãos, então ofereci-lhe. Ela respondeu-me: "Não preciso mais disso, eu já estou grávida". Perguntei-lhe se gostaria de conversar com a médica, ao que respondeu com surpresa: "*Ela faz consulta aqui?* " Respondi-lhe que sim, se necessário fosse, e perguntei se queria consultar, e, caso afirmativo, se sentia-se confortável para a

consulta decorrer no próprio local ou se preferiria acompanhar-nos até a clínica. Ela respondeu que preferia que fosse ali mesmo.

Uma terceira moça também se aproximou com a mesma demanda. Formou-se então uma pequena ‘fila de espera’ para consulta médica. Ainda que o ambiente fosse repleto de barulho, dificultando muito a ausculta, Cláudia permanece com a suspeita de gravidez da primeira moça a ser atendida, e propôs-lhe que nos acompanhasse até a Clínica para exames complementares e, no caso de confirmação, a consequente inserção nas ações de pré-natal. Ela concordou com o encaminhamento.

Cláudia se dirige a outra moça, já adiantando a segunda consulta, enquanto a primeira que foi examinada fica por um tempo no colchonete, limpando-se do gel. Ela se dirige a mim com dúvidas sobre o atendimento na clínica, trazendo questões relativas ao fato de estar sem documentos e em situação de rua. Abaixo-me para poder conversar com ela na mesma altura e algo naquela moça me pareceu familiar. Atento para seu rosto magro e depois, ao olhar para seu ombro direito, vejo uma tatuagem semelhante à de Helena. Porém não tenho certeza de ser ela, pois essa moça é bem mais magra que a da foto e os cabelos também não coincidem. Perguntei se ela iria à clínica no dia seguinte e, como me respondeu que sim, perguntei seu nome para poder inserir na agenda de consultas. Ela então me respondeu que seu nome era *Helena*.

Após aquela confirmação, preocupou-me a forma de abordar o assunto do encontro com sua mãe e do pedido que me havia sido feito, dado meu total desconhecimento sobre ela, de sua relação com a mãe e com o resto da família, do possível estado de gravidez e de estar numa ‘cena de uso’. O receio residia em passar a ideia de estar buscando-a, de controle, e com isso fazê-la sentir-se ameaçada, afastar-se e desistir de ir à clínica, comprometendo a abordagem inicial e a consulta de Cláudia. Ou seja, o receio de minha intervenção prejudicar tanto a moça como o trabalho da equipe.

Cláudia já iniciava o outro atendimento e Helena se preparava para sair, quando então tomei a decisão de dizer-lhe que achava já tê-la visto antes. Ela sorriu e me perguntou se eu também era médica no Território 5. Dada a sua receptividade,

disse que não era médica, mas que também acompanhava os profissionais da saúde da família de lá e que achava ter conhecido sua mãe e irmã. Ela olhou-me surpresa e respondeu com um sorriso: “*Sério?*” Confirmei a informação e optei por dizer-lhe exatamente o que a mãe havia dito, que estava preocupada com ela e que havia me dado uma fotografia para ajudar na busca.

A reação de Helena foi de me abraçar, e repetiu a pergunta já com um tom de exclamação: “*É verdade isso? É sério?*” Sem esperar por resposta, prosseguiu: “*Como você conheceu ela? Caramba, sinto tanta falta da minha mãe! Você pode dizer pra ela que estou aqui? Pra ela vir me ver no domingo? Acho que não quero mais ficar aqui. Pede pra ela vir me buscar*”.

Nesse momento, Joana se aproxima e pergunta se é a Helena da foto. Helena então pergunta: “Você também me conhece? Nossa, estou famosa!” Todos rimos. Conte sobre o meu encontro com Eliana na Rocinha e, da mesma maneira que a mãe, ela imediatamente me pediu para não falar mais o nome ‘Rocinha’, justificando: “*É que lá é outra facção, diferente daqui, e se eles sabem que sou de lá acabam me pegando.*”

Como foi já discutido, o zoneamento da cidade do Rio de Janeiro por facções do crime organizado, que tem no tráfico de drogas uma das suas principais atividades, é algo que orienta inúmeros aspectos da vida da cidade, entre elas o comportamento de pessoas que mantêm relação de consumo e venda; o cotidiano da vida de pessoas que vivem nestas áreas submetidas a regras próprias, alternativas ao Estado de direito, e impregnadas pela violência; a forma de organização e de operação da polícia, entre muitas outras regras.

Não havíamos reconhecido logo Helena, pois sua magreza tinha alterado suas feições, só tendo sido possível identificá-la através da tatuagem. Cláudia retorna com a outra moça e presencia a cena do reconhecimento de Helena, reforçando a necessidade de ela ir a clínica fazer exames mais conclusivos sobre a gravidez. Helena concorda em ir, mas somente após conversar com o namorado, que não se encontra na ‘cena’ naquele momento. Fala também sobre o tratamento para tuberculose que estava fazendo anteriormente. Cláudia diz que a aguarda na clínica e inicia o exame físico de Rafaela, a outra moça, no mesmo ‘consultório’

improvisado, e dessa vez ouvimos com clareza o som dos batimentos cardíacos do bebê. Rafaela chora. Ambas afirmam que irão até a clínica.

A terceira moça é examinada, e nesta Cláudia descarta a possibilidade de gravidez. Voltamos para o carro e retomamos nosso objetivo inicial: procurar Rosana. No caminho, o assunto gira em torno da 'coincidência' do encontro com Helena, e compartilhamos nosso desconforto em face da situação daquelas três jovens mulheres. Comentamos sobre seu aspecto magro e a importância da tatuagem no reconhecimento. Cláudia fala de desafios adicionais ao tratamento da tuberculose - a suposta gravidez e suas condições físicas, em especial a magreza, que, em comparação com o que vimos na foto, fala a favor do uso de *crack*. São elementos que elenca como importantes e a serem levados em consideração nas decisões sobre o tratamento de Helena. Resgato a fala dela sobre ter saudades da mãe e de ter manifestado o desejo de sair daquele lugar. Cláudia encara isso como sendo boas notícias, e que irá abordar o assunto com ela quando de sua ida ao Consultório J.

Dois dias depois, Helena vai ao consultório e manifesta novamente o desejo de sair da rua, mas afirma não ver o retorno para a casa da mãe como possibilidade. Ao longo da consulta, Cláudia incentiva-a a falar sobre a família, sua casa e a estadia na 'cena de uso'.

Tem início o percurso de Helena em praticidades tecidas por vários elementos e atores, incluindo: agentes de um abrigo municipal para reabilitação em dependência química, a mãe, registro de abandono do tratamento, conversas telefônicas entre médicas e enfermeiros, o motorista, dinheiro, roupa, morte, polícia, assédio, casa nova, medicamento na bolsa. São elementos que compõem tessituras relacionais do cuidado de Helena e desdobram-se em análises, definições, negociações, dúvidas e desfechos.

A ida de Helena ao Consultório J repercutiu na mobilização da equipe em prol não apenas de seu tratamento para tuberculose, como também na busca de alternativas a sua situação de rua: Márcia conseguiu vaga num abrigo ao final daquele mesmo dia; Joana providenciou-lhe novas roupas; Cláudia examinou-a, agendou exame de ultrassonografia, registrou-a como paciente em tratamento para

tuberculose e forneceu-lhe os medicamentos; Bruno reservou uma ‘quentinha’ para seu almoço e Sr. José conduziu-a até o abrigo que ficava em um bairro distante. Helena estava animada e extremamente afetuosa com boa parte da equipe. Esse aspecto de Helena, sua afetuosidade, era sempre trazido quando das discussões sobre seu caso pela equipe.

Posteriormente, reporteii o encontro com Helena para a equipe da Rocinha, e Cristina, a ACS, ficou de levar a notícia para mãe dela, Eliana, juntamente com o endereço do abrigo no qual Helena agora se encontrava. Sandra e Letícia (enfermeira e médicas, da Equipe 5 da Rocinha) decidem registrar Helena como um caso de abandono do tratamento da tuberculose, dado que decorriam mais de 30 dias da última dose supervisionada sob sua responsabilidade, conforme previsto no protocolo gerencial do programa nacional de controle da tuberculose, assim preconizado pelo Ministério da Saúde: “Critério de abandono - Não comparecimento do paciente à unidade de saúde por mais de 30 dias consecutivos após a data prevista para o seu retorno ou, nos casos em TDO, 30 dias”(Brasil, 2011a:137). Helena tem dessa forma um duplo registro no sistema de informação sobre tuberculose: um como abandono e outro como reinício de tratamento.²²⁷

Uma semana depois fomos ao abrigo levar-lhes os tuberculostáticos. Levamos também sabonetes e absorventes que ela havia pedido. A encontramos preocupada e calada. Pediu para conversar a sós conosco e relatou ter sofrido uma ‘tentativa de assédio’ por parte de um funcionário do local. Disse também que havia tido um sangramento. Pediu-nos que a tirássemos de lá o mais rapidamente possível. Falou que a mãe foi visitá-la e que conversaram sobre seu retorno para casa, concluindo não ser uma boa opção e que preferia ir para outro abrigo, pois do contrário certamente voltaria para a ‘cena de uso’ em busca do namorado. Bruno comprometeu-se em mandar buscá-la para fazer o exame de ultrassonografia (que

²²⁷ O monitoramento das informações sobre tuberculose constitui parte do sistema nacional de vigilância epidemiológica, com definições e orientações relativas ao registro de dados e de geração de informações. Assim, a tuberculose é uma das doenças incluídas no rol de registros do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN, incluída Lista de Notificação Compulsória – LNC, pela Portaria Ministerial Nº 104 (Brasil, 2011d).

é feito posteriormente, constatando inexistência de gravidez) e de tentar uma outra instituição que pudesse abrigá-la.

Porém, antes de conversarmos com Helena no abrigo, fomos recebidos pela direção da instituição, que nos levou para conhecer suas instalações. Há duas alas, uma masculina e outra feminina, contendo dormitórios e banheiros, ambos sem portas. Essas alas são separadas por um corredor extenso, cujo acesso é limitado por uma porta; há também uma grande sala com sofás e televisor, uma cozinha e um pátio externo onde estavam algumas das pessoas abrigadas – majoritariamente homens jovens em processo de reabilitação ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

O acesso facultado aos profissionais que trabalham na instituição, num ambiente supostamente de uso mais privado, corresponde a determinadas referências a modelos asilares ou mesmo a modelos prisionais (Foucault, 2014), possibilitando a sujeição das pessoas abrigadas à discricionariedade dos agentes, e não raro a situações de violências de diversas naturezas.

O tema é debatido em reunião de equipe e as posições dos profissionais oscilam entre apresentar ou não uma denúncia contra o profissional do abrigo. As posições são divergentes, considerando o envolvimento de Helena com a polícia. Entretanto, esse não é um elemento novo para a equipe do Cnar, outros pacientes também se encontram em situações semelhantes. A conduta que costumam adotar pode ser assim resumida a partir das falas: “Não somos da polícia, somos da saúde e é com a saúde que lidamos e nos preocupamos. Ter problemas com a justiça não é o foco de nossa anamnese, não somos obrigados a fazer esse tipo de pergunta. Cuidamos de feridas, machucados e doenças”.

Cláudia decide que o melhor é repassar o ocorrido com Helena para a coordenação de assistência social, responsável pelo abrigo, omitindo o nome da paciente em face de seu problema judicial. Sugere que a administração da instituição fique atenta àquele profissional e questiona o modelo assumido da estrutura física do lugar.

Helena é transferida para outro abrigo, do qual sai à revelia após alguns dias, em companhia de uma outra moça que havia conhecido naquele local. Esse é um tema recorrente junto aos profissionais da equipe do Cnar. O tratamento da tuberculose sofre nova descontinuidade. Duas semanas depois, Helena retorna ao Consultório J, vindo de uma outra 'cena de uso'. Está muito agitada, falando sem parar. Diz-nos que seu namorado foi assassinado, fala que pressentia que isso pudesse acontecer e que está revoltada por terem sumido com o corpo dele. Chora muito, anda de um lado para outro no consultório, ao mesmo tempo em que se queixa de dor de dente. Bruno conversa com ela por quase uma hora. Dentro do agravamento da situação, avaliamos como algo positivo o fato dela ter saído da 'cena de uso' e nos procurado.

Dessa vez, Helena quer passar um tempo na casa da mãe. É dado medicamento para os sintomas de abstinência do uso do *crack*, que Cláudia havia prescrito quando da primeira consulta, já que Helena havia permanecido em uso ao longo das últimas semanas. Ao final do atendimento, ela leva Helena até o consultório de Guilherme, o dentista da equipe, por causa da dor que está sentindo. O tratamento da tuberculose também é retomado. Perguntam se ela quer que seu tratamento volte a ser feito na Rocinha e ela diz que não, que prefere que continue sendo no Cnar. Bruno aborda a questão do vínculo com a equipe e decide respeitar a escolha dela.

Helena permanece na casa da mãe, mas ausenta-se de lá em algumas ocasiões. Porém, retorna em todas as vezes. A condução do tratamento para tuberculose passa a ser questionado pela equipe do Cnar devido a alguns fatores, principalmente pela descontinuidade das doses e pela impossibilidade de monitoramento por parte da equipe. Contudo, ela já tinha sido anteriormente considerada como um caso de abandono por parte da equipe 5.

Sandra e Cláudia fazem contato telefônico para avaliarem juntas as questões relativas à gestão do tratamento de Helena, e entre as alternativas coloca-se a transferência, novamente, para a Equipe 5. O local do domicílio é uma das variáveis orientadoras na designação do serviço de saúde responsável pela atenção do

indivíduo e sua família, a diretriz de ‘adscrição de clientela’²²⁸, segundo a PNAB. Contudo, na análise conjunta de Sandra e Cláudia, outros elementos são acionados: o percurso de Helena, considerado como errático, e o vínculo estabelecido com a equipe do Cnar. Decidem que Helena continuaria sendo atendida pelo Cnar, com o compromisso de que ela compareça sistematicamente no Consultório J, numa periodicidade pactuada com a equipe. A análise sobre o vínculo, aliada à expertise e vocação da equipe do Cnar em lidar com pessoas com ‘trajetórias erráticas’, foram importantes nessa definição.

Em algumas ocasiões, a pactuação entre Helena e a equipe do Cnar demonstra fragilidades, pois ela não cumpre com a periodicidade das idas ao Consultório J anteriormente acordadas. Relata ser devido a alguns fatores, dentre eles a falta de recursos para pagar o transporte da Rocinha até Manguinhos. Uma ocasião foi necessário providenciar o dinheiro. Em outra, sou solicitada para levar os tuberculostáticos suficientes para uma semana de Manguinhos para a Rocinha. Esse acerto foi feito entre Sandra e Cláudia, com o meu aceite. Essa mesma estratégia precisou ser repetida por duas vezes, e numa delas, quando me foi entregue a cartela de medicamentos, é que surgiu a frase: com o “vínculo” na bolsa - a ponte entre dois dos cenários.

Além do fornecimento de medicamentos, as realizações de outras práticas também foram mantidas no Cnar, como os exames de baciloscopia para o monitoramento do efeito da terapêutica, previsto no protocolo do programa de controle da tuberculose.

Pouco tempo depois, encontro Helena na Clínica da Rocinha. Ela e a mãe dizem estarem muito felizes, pois haviam recebido as chaves de um novo apartamento, obtido através do programa do governo federal denominado “Minha

²²⁸ Assim descrita no texto da política, no capítulo destinado aos seus fundamentos e diretrizes: “Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado”. Assim como em relação à organização do processo de trabalho: “trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea”. (Ministério da Saúde, 2012a:21 e 48)

Casa Minha Vida”²²⁹, assim como alguns outros moradores da Área 5 da Rocinha, considerada como área de risco - ambiental e epidemiológico. A gestão da clínica da família teve participação na indicação para a escolha das famílias. Mãe e filha mostram, junto com as chaves, uma pasta contendo a planta e os documento da casa e orientações gerais sobre o território, dentre elas o nome e endereço da Clínica da Família que passaria a atendê-las. Diferente da situação de outras famílias, em que a mudança do lugar de moradia implica na ‘desterritorialização’ de sujeitos (Porto et al., 2015), dado a conjuntura em que se encontra Helena mudar-se da Rocinha foi recebida como a melhor opção.

Os percursos de Helena, suas ‘maneiras de fazer’ o cotidiano (Certeau, 1998), os diversos aparatos de governamentalidade (Foucault, 1999) em práticas acionadas por diferentes atores de Estado, nos também diversos encontros e cenários pelos quais transita, reforçam de maneira exemplar a proposição de Mol (2002) quando afirma que nenhum objeto, nenhum corpo, nenhuma doença é singular, desde que não sejam removidos das práticas que a sustentam, a realidade é múltipla. Reforça a partir desse argumento a conformação de realidades múltiplas²³⁰ a partir das práticas:

If reality doesn't precede practices but is a part of them, it cannot itself be the standard by which practices are assessed. But 'mere pragmatism' is no longer a good enough legitimization either, because each event, however pragmatically inspired, turns some 'body' (some disease, some patient) into a lived reality - and thereby evacuates the reality of another. (Mol, 2002:6)

²²⁹ Trata-se de uma política pública habitacional, implementada em 2009, que objetivou a construção de um (1) milhão de moradias destinadas à população de baixa renda. É considerada como uma política habitacional de interesse social. O programa destinou investimentos da ordem de R\$ 34 bilhões de reais. Está atualmente na sua terceira versão, com novos aportes de recursos e ampliação do público alvo. Para aprofundamento, ver: Romagnoli, A. J. (2012) **O programa minha casa, minha vida: continuidades, inovações e retrocessos**. Temas de Administração Pública. v. 04, p. 1, UNESP. Araraquara. Informações atualizadas estão disponíveis no site oficial do governo federal: <http://www.brasil.gov.br/infraestrutura/minha-casa-minha-vida>.

²³⁰ A autora alerta que multiplicidade não deve ser entendida como pluralismo - “(...) *multiplicity, after all, is not quite pluralism. Diseases may be enacted differently at different sites, but the sites in question are not sides. Instead, different enactments of any disease are interdependent. They may be added up; patients may be distributed between them; and they may include each other.*” (Mol, 2012:178)

A trajetória de Helena, em tessituras de variadas dimensões, expõe a conformação de realidades tecidas a partir de práticas, forjando desfechos possíveis somente e em função destas, das práticas tramadas em objetos múltiplos.

VI.5.2 – Uso intensivo de ‘*crack*’, magreza extrema e adesão ao tratamento da tuberculose – os desafios de Glória.

Glória era uma das pacientes que mais preocupava a equipe do Cnar. Tomei conhecimento de sua situação antes mesmo de conhecê-la, foi em uma das reuniões semanais da equipe. Bruno (enfermeiro), Isabela (técnica de enfermagem), Joana (AS) e Márcia (assistente social) debateram longamente o seu caso e os principais elementos em discussão eram o histórico de descontinuidade do tratamento e o uso intensivo de *crack*, associado as más condições de saúde – magreza extrema, tosse frequente e apatia.

Há um consenso entre eles de que o desafio é fazer com que Glória esteja em condições mínimas para tomar a medicação, o que nem sempre é possível, dado o estado em que frequentemente é encontrada, durante ou após o uso da droga. Ressaltam que ela não se recusa a fazer o tratamento, e que a descontinuidade decorre do estado em que fica com o intenso uso do *crack*. Falam sobre sua magreza, associando-a não apenas a droga, mas também a tuberculose e a alimentação escassa. Estabelecem como meta a retomada do tratamento na própria casa de uso na qual ela se encontra, a ‘América’, já que ela não vai à clínica e não aceita a possibilidade de internação. Bruno propõe avaliarem a situação atual e a partir da situação que encontrarem, pensar as alternativas. Acrescenta que não devem falar a ela sobre reiniciar o tratamento, pois muitas vezes o paciente reage mal, dado o alargamento do tempo de tratamento.

No dia seguinte, quando chegamos a ‘América’, vimos Glória sentada no chão, de cabeça baixa e os olhos fechados. Essa imagem repetiu-se por algumas vezes, era frequente encontrarmos Glória nessa posição. Em outras ocasiões ela estava dormindo também no chão, porém, não era raro encontrá-la agitada, andando de um lado a outro. Nesse dia, Bruno abaixou-se e abordou-a, dando-lhe

‘bom dia’ e perguntando como ela estava se sentindo. Tanto nessa como nas outras ocasiões, Glória responde que está bem, e o faz de maneira monossilábica, num tom de voz muito baixo, quase sem levantar a cabeça.

Bruno diz que está preocupado com ela, e ao perguntar sobre o medicamento que havia deixado ela responde que roubaram sua bolsa com os comprimidos dentro. Nesse momento, aproxima-se uma amiga de Glória, e diz que também está preocupada com ela. Sabe que Glória está em tratamento para tuberculose e se prontifica a ajudar. Informa que sabe ‘fazer direitinho’, porque já teve a doença e seu marido também foi diagnosticado recentemente e ela o ajuda na medicação. Bruno explica a situação para ela, ressaltando que a descontinuidade do tratamento deve ser evitada ao máximo, explicitando o risco da resistência ao medicamento²³¹.

A estratégia pensada, alternativamente, é de contar com essa amiga no papel de ‘auxiliar terapêutico’, que possa atuar apenas quando da impossibilidade de administração do medicamento no momento da visita diária àquela área, dado o estado em que se encontra Glória (de torpor ou o contrário, de agitação), e também nos finais de semana. Ou seja, contar com alguém que possa auxiliar Glória a tomar a medicação no momento em que ela estiver mais desperta.

O arranjo com a amiga de Glória funciona por um período. Contudo, seu estado geral segue preocupando Cláudia e Bruno, que discutem o caso com frequência. É perceptível o rápido emagrecimento de Glória, bem como uma deterioração nas suas condições de higiene e de vigília - está quase sempre pouco interativa. Como haviam reiniciado o tratamento, seguem o previsto no protocolo, assim disposto, segundo a situação da paciente: “Paciente com tratamento anterior, em retorno pós abandono – RA, deve ser submetido ao Esquema Básico, até o resultado da cultura e teste de sensibilidade, realizado na Atenção Básica” (Brasil, 2011a).

Diminuem, porém, a dosagem da medicação, pois Glória está com um peso abaixo de cinquenta quilos. Antes, ela enquadrava-se no esquema previsto para a

²³¹ Tuberculose multidroga-resistente – TBMDR.

dose diária de 4 comprimidos por dia, durante dois meses. Em virtude de seu emagrecimento, a dose diária passou a ser de 3 comprimidos, previsto para pessoas com peso no intervalo de 36kg a 50kg. A expectativa agora voltava-se para a possibilidade de fazer a cultura da baciloscopia, com o teste de sensibilidade para os compostos da medicação, e torcendo para que o resultado não fosse de TBMDR.

Assim seguia o tratamento de Glória – por vezes conseguiam que ela tomasse o medicamento no momento da visita a ‘América’, outras com apoio da amiga, e outras por ela mesma. Numa das últimas vezes que acompanhei a equipe no tratamento de Glória íamos conversando sobre ela no caminho e nos perguntávamos em que estado iríamos encontrá-la. Daquela vez ela estava dormindo no chão, junto ao muro. Vestia um casaco em cuja manga estava amarrado um saco plástico transparente contendo alguns objetos pessoais, entre eles sua carteira de identidade e parte de uma cartela dos tuberculostáticos. Bruno acordou-a, pediu para ver a cartela, providenciou água e administrou a medicação do dia. Depois perguntou-lhe, sorrindo: *“Agora é assim que você guarda os remédios do fim de semana?”* Ela respondeu que sim, argumentando que “o saco ficava amarrado nela o tempo todo”.

A situação de Glória é considerada como sendo de difícil manejo. Não estava dada a possibilidade de uma reversão mais imediata em face da complexidade da situação, moldada por uma conjunção de elementos vulnerabilizantes. Quais os quadros de referência a partir dos quais se pode falar de indicadores utilizados para avaliação da conduta de pacientes como Glória em relação ao tratamento para tuberculose, tais como ‘adesão’, ‘não adesão’, ‘abandono’, ‘autonomia’? Esses referenciais pouco ajudavam na avaliação da condição extrema de Glória.

No permanente processo de confecção e revisão do projeto terapêutico de Glória, realizado por parte da equipe do Cnar, orientado para a redução de danos, eram acionadas estratégias a partir da cotidianidade e do entendimento sobre elementos e processos sociais que moldam vulnerabilidades. Porém, ao mesmo tempo que levam em consideração os ‘modos de estar na rua’, essas estratégias

também esbarram em constrangimentos de outras ordens, como os riscos individuais e coletivos da evolução da doença de Glória para uma TBMDR.

O risco individual refere-se a fatores como a ampliação da complexidade do tratamento e da necessidade de ser realizado em unidades de saúde de referência secundária no tratamento da tuberculose, e não mais na atenção primária (Brasil, 2011a). O risco coletivo é definido em relação com a possibilidade de disseminação de bacilos de cepas multi-resistentes²³², em territórios e corpos precarizados. Como está em questão a elaboração de um projeto terapêutico que leve em consideração esses riscos, indaga-se, portanto, qual a forma mais adequada de coordenar múltiplos objetos em prol de um desfecho favorável, individual e coletivamente.

Ainda que comprometida pelo uso contínuo do *crack*, a percepção de cuidado de Glória, ao 'proteger' os medicamentos acondicionando-os num saco plástico amarrado em sua roupa, fala a favor de uma busca pela vida, porém até então de baixa efetividade, dada as discontinuidades das doses e o agravamento de seu quadro clínico. Em situações como essas, problematiza-se a compatibilização com o uso de dispositivos mais normativos, como a internação temporária, preconizada pelo programa nacional de controle de tuberculose. Seria essa a solução mais adequada para Glória? Quais as práticas que podem conformar realidades que favoreçam a saúde - individual e coletivamente -, para além da dicotomia autonomia versus controle e subalternização? Situações extremas como a de Glória colocam questões que seguem em aberto, sem respostas fáceis no cotidiano das práticas de saúde dirigidas à população em extrema vulnerabilidade. Pouco tempo depois do término do trabalho de campo, soube por Bruno que Glória havia falecido.

²³² Os bacilos provenientes de uma pessoa com tuberculose resistente são, conseqüentemente, bacilos infectantes 'multidroga resistentes'. Para Dalcomo et al (2007:40) "*Evitar a seleção de resistência é sabidamente a mais importante premissa no tratamento da TB. Some-se a complexidade da doença per se e a dificuldade no manejo do paciente com tratamentos longos e de eficácia menor do que os esquemas convencionais, ao alto custo dos fármacos e da propedêutica necessária ao acompanhamento do tratamento.*"

VI.5.3 – Os sentidos da exclusão e a não destituição de sujeitos desejantes – notas sobre Maria Clara

Diferente da situação de Glória, com variados desafios ao manejo das práticas de saúde, a experiência com Maria Clara, que também se encontrava na mesma ‘cena de uso’, aponta para outro sentido. Um sentido de possibilidades de diálogos entre elementos: da singularidade de vidas vulnerabilizadas, das bases e racionalidades do campo da saúde pública e da biomedicina, *vis-à-vis* as normativas gerenciais do programa de controle da tuberculose. É no esforço de construção de uma narrativa sobre possibilidades que elenco objetos, situações e análises acerca da vivência nos encontros entre a equipe do Cnar e Maria Clara.

Em uma manhã particularmente quente no final do verão estávamos em mais uma visita à ‘América’, no subúrbio da cidade do Rio de Janeiro. Alguns habitantes tinham conseguido ter acesso a torneira, mangueira²³³ e bacias. Havia uma movimentação geral em torno da água, com várias pessoas tomando banho, lavando roupas e o calçamento. Em meio àquela alegre movimentação que tomava conta do lugar, fomos chamados por uma moça que nos pediu para conversar com sua amiga, que estava chorando em um dos cubículos.

Ao nos aproximarmos, vimos um rapaz saindo de dentro do pequeno recinto e a moça que lá estava chorava bastante, mal conseguindo falar. Com dificuldades nos relatou que ela e o marido estavam muito felizes (depois viemos a saber que era aquele rapaz que havíamos visto sair), ela achava que tinha conseguido engravidar, pois sua menstruação estava atrasada. Diz-nos que era algo que o casal desejava há algum tempo. Naquela manhã, como as outras pessoas, ela também foi tomar banho, e constatou que estava com sangramento. Ao relatar o ocorrido, o marido acusou-a de ter provocado aborto e pôs em questão o relacionamento dos dois. Ela pediu ajuda para que convencêssemos o marido de que não havia provocado aborto. Argumentou que esse apoio serviria muito no seu esforço de evitar a separação. Disse que estava triste por ter perdido o bebê, mas

²³³ ‘Mangueira’ é um tubo de comprimento variável, feito de lona, borracha ou substância plástica, para condução de líquidos ou de ar. Disponível em <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/mangueira>. Acesso em: 10/10/2015

que a tristeza maior, que a estava fazendo chorar daquela maneira, era ver o marido com raiva, e a possibilidade de perdê-lo.

Maria Clara era uma mulher jovem, por volta de trinta anos, que não apenas nesse dia, mas em todos os outros em que a encontrei estava de roupas e sapatos limpos, sempre aparentando ter tomado banho recente. Diferia de alguns outros por essas referências de higiene e aparência, contrastando com Glória, por exemplo, que quase sempre apresentava as roupas e o corpo visivelmente maltratados. Isabela (a técnica de enfermagem) tentou acalmá-la e convidou-a a vir à clínica conosco para que Cláudia pudesse examiná-la. Ao final dos atendimentos daquele dia, ela retornou conosco para a clínica. Após alguns exames, Cláudia informou que ela não estava grávida, mas que estava tudo bem, sem nenhum problema ginecológico. Tratava-se apenas de um atraso menstrual.

Em suas consultas, Cláudia costuma acolher a demanda inicial que motivou a ida da pessoa até o consultório, associada a uma abordagem mais ampla, na qual vários outros aspectos da saúde e dos modos de vida dos sujeitos são chamados a entrar em cena. Assume diferentes posturas, inclusive corporais -, sempre falando em tom baixo com os pacientes; após o exame físico e o registro de dados clínicos no computador, desloca sua cadeira para o lado deles e inicia uma ‘conversa’, na qual aborda outros assuntos para além dos sintomas. Normalmente, pinça algum elemento que eles próprios haviam pontuado e a partir daí desdobram-se variados assuntos. Em muitas ocasiões surgiram outras questões, que passavam a compor o projeto terapêutico de cada um dos pacientes.

Maria Clara fazia uso moderado de drogas e permanecia naquele local em boa parte em função da relação que mantinha com aquele rapaz. Falou de planos para o futuro, que incluíam filhos e trabalho. Em uma das muitas vezes em que a equipe realizou a coleta de escarro entre várias pessoas da América, Maria Clara foi incluída e o resultado deu positivo para tuberculose.

A questão da adesão ao tratamento da tuberculose é tema recorrente em diferentes ambientes – da atenção à saúde; da produção acadêmica; da gestão dos programas; da formulação de políticas, entre outros. No esforço de reversão do problema, os atores que circulam nestes ambientes tendem a tecer análises e a

elencar problemas, traduzindo-os em variáveis que devem ser manipuladas e controladas, com frequência num processo de generalização de situações (Farmer, 2001).

Fragments de leituras sobre a história de Helena e Glória demonstram uma complexa composição e conexão de elementos, que se relacionam e potencializam as chances daquilo que consta nos relatórios como 'abandono do tratamento'. Enfocar as dinâmicas, de diversas matizes, que vulnerabilizam pessoas, especialmente as que se encontram em situação de rua, tem demonstrado potência nas análises sobre práticas de saúde, dentre elas o *DOTS*, porém com pouco espaço de registro e análise.

Nomadismo; escassez de alimento; comprometimento psicológico em função do uso intensivo de drogas; ausência de práticas de higiene pessoal, pobreza extrema e comorbidade são alguns dos elementos que podem compor as análises. Acionar tais elementos em face da dificuldade de adesão ao tratamento por parte de Maria Clara não seria então de todo um equívoco, como já se havia verificado em diversas outras situações.

Porém, num outro registro, as dinâmicas e sentidos de 'sujeitos do desejo' contam sobremaneira (Deleuze e Guatarri, 2004). Estava sendo difícil para Maria Clara aceitar o TDO na 'América'. Porém, nenhuma das questões que até então haviam estado presentes na dinâmica de tratamento dos demais pacientes, considerados como 'não aderidos', nesse caso fariam sentido. A questão de Maria Clara era outra e passava ao largo das questões listadas acima como frequentes: ela não queria ser vista pelo marido tomando nenhuma medicação, por medo dele achar que era anticoncepcional, já que a questão da gravidez era um ponto sensível da relação do casal.

Ele pressupunha que ela não queria ter filhos, dada a situação de rua em que se encontravam. Contudo, ela mesma havia ponderado acreditar que essa situação seria revertida no caso dela vir a ficar grávida, e que esse também era motivo para desejar ter filhos. A dinâmica do casal deveria contar, nesse caso, nas diretrizes do cuidado individual. Incorporar essa dimensão no plano terapêutico de Maria Clara significou o seguinte pacto: Bruno, Cláudia, Isabela ou qualquer outro

membro da equipe responsável pelo TDO chegaria na 'América', faria um discreto sinal para Maria Clara, que o acompanharia até uma outra rua, dobrando a esquina, e receberia a medicação. Todos da equipe sabiam do combinado e assim estava sendo feito. Mas Maria Clara permanecia receosa, tanto que numa ocasião ela achou que eu iria lhe dar a medicação, pois num dado momento da visita a bolsa de medicamentos estava comigo. Ela aproximou-se de mim, me abraçou e sussurrou no meu ouvido: *“Não me dá o remédio na frente das pessoas, vou virar a esquina e te espero lá”*. Eu respondi que os remédios dela não estavam comigo e sim com Bruno. Ambas rimos e ela foi falar com ele.

Os profissionais de saúde do Cnar narram o seu trabalho como *“uma tentativa de cuidar sem tentar ‘enquadrar’ os que já saíram do quadro”*. Em suas práticas eles negociam novos 'enquadramentos' possíveis, em bases contextual e situada. Os parâmetros que ordenam o cuidado são repensados e negociados nas práticas diárias. São postos à prova e aferida a sua validade a partir de desdobramentos relacionais e dialógicos. O poder exercido pelo profissional da saúde da família sobre os processos saúde e doença junto às pessoas domiciliadas é posto em questão quando ele se relaciona com as pessoas em situação de rua, os que 'saíram do quadro'.

A iminente possibilidade de recusa daqueles sujeitos, enquanto corpos possíveis para as práticas de saúde, funciona como elemento demarcador de limites e possibilidades. A agência destes sujeitos não apenas põe em questão, mas até certo ponto baliza o papel das normativas. Se antes estas existem para ordenar, limitar, direcionar e disciplinar, agora os modos de levar a vida também contam, e também entram em cena como elementos conformadores, fornecendo, conjuntamente, contornos e limites de práticas.

A despeito de sua condição, e talvez até mesmo em função desta, as normativas podem ser repensadas. A contradição entre agência de sujeitos e vulnerabilidade pode se expressar, às vezes, na radicalização de um devir em outros modos de viver, pondo em questão determinados dispositivos biopolíticos estabilizados. Ressalto, contudo, que as repercussões em termos de saúde pública não podem ser desprezadas. Porém, por vezes as vidas precárias escapam destes

dispositivos, se postos em marcha sem possibilidade de diálogos, agravando-se ainda mais a já precária situação da saúde individual e coletiva.

Dispositivos que operam sobre corpos subalternizados e 'domesticados' não possuem a mesma potência quando são dirigidos a muitos sujeitos em situação de rua. Nesse outro quadro, a vulnerabilização de vidas e corpos não atua necessariamente no sentido de destituição de agência e de domesticação pelo contrário, repercute numa narrativa de margem, de um não estar em totalidade dentro de um mesmo sistema de regras e valores - de vigilância e controle, dando contornos a outras sociabilidades e quiçá de outros dispositivos biopolíticos.

Considerações Finais

O que práticas de saúde, medicamentos, diretrizes globais, taxas de incidência, vacinas, protocolos de programas, entre outros dispositivos, podem falar sobre corpos e vidas de sujeitos concebidos como portadores de uma doença denominada tuberculose? Penso que a resposta se localiza na composição de um vasto e complexo mosaico de elementos, postos em situação, em agenciamentos e em diálogo com contextos, histórias e modos de vida. Entretanto, os esforços feitos no âmbito desse trabalho apontam para a relevância de algumas noções que merecem destaque nesse enredo. Noções que a partir da empiria vieram iluminar questões que se destacam em tessituras de práticas de saúde, doenças, vidas e mortes. Assumem lugar de destaque algumas dessas noções, tais como: vulnerabilidade, práticas de saúde dialógicas e autonomia.

Elementos abordados ao longo do trabalho assumem sentidos apenas quando colocados no registro de práticas de saúde, nos encontros com Maria Luiza, Lucas, Sr. Mineirinho, Luciano, Helena, Glória, Maria Clara, Rosana e demais sujeitos sobre os quais trouxemos apenas fragmentos de narrativas de percursos, alinhavados por tuberculosas. Buscar o sentido das práticas no terreno mostrou-se potente para se pensar os agenciamentos de elementos, postos em termos dicotômicos e até contraditórios, tais como global versus local, conhecimento formal versus conhecimento baseado na experiência, normativas versus emancipação, protocolos gerais versus corpos situados.

Olhar para além dessas dicotomias significou perceber realidades performadas em que práticas de saúde, num deslizar por diversos cenários, constantemente feitas e refeitas, repercutem ao mesmo tempo em dialogias, conflitos, curas, mortes, autonomias, recusas e adesões. Cada encontro é singular, assim como são singulares as ativações sobre objetos, mesmo quando preformatados, pois estes só assumem significado quando postos em relação. O refinamento das práticas que repercutem positivamente sobre os sujeitos do cuidado está relacionado com possibilidades de negociações em situações situadas.

A crueza de vidas precárias das pessoas em situação de rua pode parecer, em um primeiro momento, oposta às vidas de pessoas que possuem domicílio, atendidas na clínica da família. Entretanto, deslizar pelos cenários de práticas de saúde, adentrar em outros espaços para além de encontros encenados nos ambientes formais de saúde, desvela os apagamentos de um universo de vulnerabilidades. A fome nem sempre cabe nos consultórios e corredores das clínicas da família, assim como a falta de acesso a água e outras precariedades de vidas vulnerabilizadas. Mas estão lá, presentes no cotidiano dos sujeitos que, entretanto, se ‘normalizam’ para poder caber, e ter acesso aos ambientes formais da saúde, demarcados por biopolíticas que definem e disciplinam seus corpos e vidas.

As más condições do Território 5 na Rocinha e suas moradias, revelam alguns traços dos esforços de superação que são feitos pelos sujeitos para tornarem-se ‘aptos’, em condições de adentrar nos ambientes ordenados num outro quadro de arrumação, próprios da saúde – ambientes com ar condicionado, chãos brancos e limpos, assim mantidos por pessoal qualificado, banheiros equipados e higienizados, bebedouros com água fria e filtrada, entre outros recursos. A situação da habitação do Sr. Mineirinho, sua falta de acesso a comida e tampouco à possibilidade de a preparar (os alimentos doados não puderam ser preparados pois ele não tinha fogão, nem mesmo algo que pudesse ser considerado como cozinha). Em situação semelhante está Maria Luiza e sua família, com a imensa vala que passa por baixo de sua casa, que é composta por apenas dois cômodos. Vidas que fornecem uma ideia das contradições e apagamentos operados por mundos cindidos em termos de inclusão/exclusão.

A radicalização das vulnerabilidades, reveladas pelos modos de viver das pessoas em situação de rua, podem indicar a existência de elementos de continuidade nas também vulnerabilizadas vidas dos sujeitos da Rocinha. As condições de vida destes podem ser chaves analíticas a revelar caminhos de contiguidade, cotidianamente pavimentados pelas desigualdades. É necessário transpor linhas do pensamento abissal (Santos, 2010) para perceber que não se trata de universos em separado, ao contrário, o estar em situação de rua é tramado por elementos de continuidade, porém ocultados pela naturalização da pobreza em

territórios como as favelas. A figura e trajetória de Helena resumem essa trama. Os ‘caminhos de vulnerabilidades’ constituem um desafio que merece ser pensado em termos de inclusão, nos aportes do cuidado em saúde, de referências críticas que questionem as práticas em perspectivas hegemônicas da atenção. Que levem em consideração nas práticas de saúde, além do reconhecimento da determinação social, possibilidades de um cuidado emancipatório da saúde em ato.

Deslizaamentos de práticas de saúde em territórios vulnerabilizados não asseguram práticas mais situadas e dialogadas. Ou seja, a presença do profissional de saúde no terreno não é garantia de encontros intersubjetivos e de ressignificação de práticas e relações. Porém, ao conceber a natureza dos encontros como pressuposto de uma co-presença, de uma mutualidade (Ayres, 2001 e 2003), há de se reconhecer a potência do olhar sobre os elementos do terreno quando em tessitura de vulnerabilidades e suas repercussões nos encontros em saúde.

Ao tematizar as práticas de saúde em espaços onde a precariedade da vida é a tônica, destaco os trabalhos de Porto (2014), em especial aqueles voltados para a saúde em territórios, aliando-me à crítica que ele formula, nos seguintes termos:

A perspectiva biomédica e epidemiológica produziu uma racionalidade para as intervenções da sociedade e do Estado nos moldes de uma ciência normal, restringindo a dimensão social na determinação do processo saúde-doença ‘ao plano instrumental dos atributos’ com a sociedade, sendo entendida como um agregado de indivíduos com características quantificáveis. Tal racionalidade não prioriza nem articula melhorias das condições de vida e trabalho com as estruturas sociais da sociedade ou laços de solidariedade. (Porto et al, 2014:4072 e 4073)

Em seus trabalhos vê-se um esforço de integrar, na concepção de determinação social da saúde, duas dimensões: a do “plano macroestrutural e coletivo, por um lado; e as condições e potencialidades dos sujeitos, em planos mais pessoais e comunitários vinculados ao cotidiano e ao lugar”. (Op. cit.,:4073). As práticas de saúde também podem beneficiar-se de referências nas bases do envolvimento associativo, como proposto por Porto (2014 e 2015) e Piveta (2012) a partir da noção de promoção de saúde emancipatória. Falar em atenção à saúde emancipatória pode significar o reconhecimento da capacidade decisória dos ‘sujeitos do cuidado’ na relação com dispositivos de saúde.

Algumas controvérsias como a que vimos na situação de Maria Luiza e seus filhos - o uso de quimioprofilaxia *vis a vis* a manutenção dos elementos de riscos de adoecimento (reincidência em face da permanência do contato com o bacilo e as más condições de vida), e a possibilidade da mãe estar com TBMDR merecem ser pensadas nestes termos, de problematização dos elementos do contexto. A médica e a enfermeira da equipe que iniciaram o tratamento suspeitaram de TBMDR, já a equipe que assumiu o caso posteriormente questionou os exames em termos de 'não adesão', apesar de Maria Luiza ter feito uso dos medicamentos todos os dias, sob a supervisão de Renata.

Há um conjunto de elementos que tecem uma agenda complexa na qual pode-se destacar: o precário estado nutricional das crianças; as condições insalubres da habitação; a não realização da baciloscopia do pai; a mudança de médica/o, enfermeira/o e agentes comunitários no acompanhamento do caso (a questão do vínculo), com conseqüente alteração nas relações, horários e local de realização do tratamento diretamente observado; e a permanência de índices bacilíferos do exame da mãe (caso índice) após dois meses de tratamento; e as diferentes interpretações e justificativas por parte das equipes.

O quadro atual da tuberculose, como os elevados índices de TBMDR, põem em questão diretrizes exclusivamente fundadas em bases biomédicas. A medicalização de corpos vulnerabilizados, associada a políticas inadequadas e insuficientes em termos da determinação social, têm repercutido na geração de muitas respostas que, paradoxalmente, permanecem operadas no mesmo registro, ou seja, com mais drogas. Medicamentos e vulnerabilidade não são contraditórios, desde que postos em diálogo.

Não é apenas a tuberculose milenarmente conhecida que é hoje uma ameaça global, mas também a TBMDR, a TB associada ao HIV e a Diabetes. O desafio é cada vez maior, essa é a verdade quando olhamos como a pandemia global se movimenta e se associa. Quando pensamos no horizonte de 2050, colocado como meta para eliminação da tuberculose no mundo, chega a ser tímido em relação ao aumento das desigualdades sociais e a expertise do bacilo em sobreviver e de se alterar. É uma doença que vitimiza e afeta covardemente os mais frágeis e despossuídos. Quem está morrendo por causa da tuberculose são os mais pobres, ainda mais

quando também são alcoólatras, adictos, prisioneiros, moradores de favelas e periferias” (Entrevistado 14, 2014).

Mais do que discutir a tuberculose, *per se*, o que importa também reter é o que essa doença pode nos ajudar a repensar sobre as ações de saúde, em termos de práticas locais/globais, que num *continuum* situado desvelam cotidianidades assistenciais enquanto dispositivos biopolíticos. Assim, pondero a favor da superação de argumentos postos em torno da questão da validade ou não dos princípios biomédicos, *stricto sensu*. Essa é uma falsa questão. Observo ser mais apropriado pensar em termos dialógicos, em relações e situações concretas. É nesse sentido que se pode pensar nos desafios postos pelas realidades de vulnerabilidade que impõem práticas de saúde contextualizadas e mais negociadas, em termos de parâmetros que orientam e avaliam as práticas, como por exemplo os protocolos gerenciais que preveem uma determinada forma de operar os princípios do *DOTS*.

Biehl (2001) destaca a encruzilhada entre a tecnologia e a gestão daquilo que denomina de ‘margens sociais’, realçando o esvaziamento do campo intersubjetivo perante a ação técnica e a existência de lugares que se tornam depositários dos corpos que ali se deixam morrer. São biopolíticas acionadas por diferentes ontologias. São gradações de vulnerabilidade que diferenciam e informam diferentes mecanismos operados nas práticas de saúde. O que funciona para os sujeitos socialmente ‘incluídos’ pode não fazer o mesmo sentido quando em relação aos ‘*outsiders*’, e aos vulnerabilizados. Fazer diferente exige uma revisão de dispositivos de normatividade, como, por exemplo, as ações de ‘controle de contatos’ dos casos índice de tuberculose. A questão de mecanismos de ‘controle’ sobre sujeitos pode ser um esforço de ressignificação. As noções de família e domicílio merecem ser repensadas perante desafios como as condições de moradias em favelas, que são contíguas e em becos escuros, bem como no caso dos sujeitos em situação de rua.

A problematização feita a partir das noções de *therapeutic citizenship* (Nguyen, 2010) e *physically well and economically dead patients* (Biehl, 2007) auxiliam a pensar em recortes que ora legitimam, ora deslegitimam acionamentos biopolíticos sobre os mesmos sujeitos. O controle da propagação do bacilo em

termos populacionais, em virtude do risco de contágio, legitima a medicalização de sujeitos vulnerabilizados. Entretanto, a própria vulnerabilidade, por si só, não legitima necessariamente outras políticas de proteção social. Ao contrário, a desigualdade é fruto de diretrizes políticas que repercutem na precariedade e vulnerabilização desses mesmos corpos. Pode-se aqui pensar numa segunda dobra de contradições, em que doenças como a tuberculose emergem como ‘bandeira de luta e cidadania’, num uso do ‘corpo em tuberculose’ como dispositivo de ‘inclusão social’, mas que por sua vez, ainda merece ser impresso num registro crítico e emancipatório dessa ‘inclusão’.

Assumir as contradições de matrizes de inclusão/exclusão de dispositivos biopolíticos e problematizá-las pode ser um caminho profícuo para se pensar agendas públicas. Debruçar-se sobre o campo da saúde coletiva é vislumbrar histórica e contextualmente as contradições, avanços, retrocessos e desafios. A atenção à população em situação de rua não é exceção, ao contrário, pareceu-me bastante exemplar. Publicações recentes, somadas ao que vivenciei no campo – encontros nas ruas, a organização espacial da clínica que sedia o Cnar e entrevistas realizadas, evidenciam que o caráter de excepcionalidade - o enfoque diferenciado da atenção às pessoas em situação de rua, que os aparta dos espaços preservados para os demais, os ‘domiciliados’ - vem se traduzindo na tônica da organização de espaços e equipes.

Há de se reconhecer que inserir uma população, até então excluída da maior parte das políticas públicas, exige esforços para muitos atores. Os apagamentos que estes sujeitos sofrem nos cenários da vida em comum indicam os sentidos que lhes são fornecidos na trama social. A inserção de corpos em uma matriz de cuidado, da atenção à saúde, que foram (e são) até então apagados e refutados como tal, muitos deles considerados como abjetos (Rui, 2012), só está sendo possível a partir do registro da ‘excepcionalidade’. A diferenciação de fluxos, equipes, espaços do cuidado e de incentivos, via recursos financeiros, pode ser significativo de um outro matiz de segregação. De uma segregação que, ao conformar dispositivos de acesso desses sujeitos às ações de saúde, assim o faz a partir da definição de possibilidades bem delimitadas de ‘inclusão’, de uma

inclusão parcializada e modelada em espaços circunscritos e desenhados por biopolíticas diferenciadas.

Ainda que se reconheça a positividade e a imensa importância do Consultório na Rua como estratégia de inclusão, há de se problematizar os dispositivos e formas de efetivação, no sentido do risco do fortalecimento e da permanência de modelos segregacionistas. O envolvimento dos profissionais e o ativismo de atores do campo já estão sendo peças chave de uma luta mais abrangente, que têm imprimido pautas ampliadas, não apenas restritas à questão do cuidado em saúde, ainda que este tenha grande relevância, como iniciativas que dão maior visibilidade e inserção destes sujeitos em outras políticas sociais, bem como do questionamento de práticas cotidianas segregadas.

Em contraposição aos históricos apagamentos, entende-se a relevância da inclusão destes sujeitos, disparada através de práticas emancipatórias de saúde, como estratégia potente de escuta, vocalização e registro da questão da vulnerabilidade em suas diferentes dimensões, que vão desde a violência estrutural até os sentidos individuais da ocupação dos espaços em comum. Segue-se com a aposta no reconhecimento da saúde (coletiva) como exercício de cidadania e de luta política.

Índice das Entrevistas

Entrevista 1 – Pesquisador e coordenador do CDTS/Fiocruz e ex-dirigente do TDR - área de pesquisa e treinamento em doenças tropicais, da Organização Mundial da Saúde. Em 22/02/13 no Rio de Janeiro;

Entrevista 2 - Subsecretária de Atenção Básica da SES/RJ. Em 02/08/13 no Rio de Janeiro;

Entrevista 3 – Médica do Programa de Controle da Tuberculose de Itaboraí. Em 2/08/2013 no Rio de Janeiro;

Entrevista 4 – Subsecretário de Vigilância Epidemiológica e Ambiental da SES/RJ. Em 30/08/2013;

Entrevista 5 - Coordenadora de Vigilância Epidemiológica da SES/RJ. Em 30/08/2013 no Rio de Janeiro;

Entrevista 6 - Gerente de Dermatologia Sanitária da SES/RJ. Em 20/09/2013 no Rio de Janeiro;

Entrevista 7 - Coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose da SES/RJ. Em 08/10/13 no Rio de Janeiro;

Entrevista 8 – Secretário de Saúde e ex Subsecretário de Atenção Básica, Vigilância e Promoção da Saúde da SMS Rio. Em 07/04/2014 no Rio de Janeiro;

Entrevista 9 - Pesquisador e coordenador do Projeto Fio-TB. Em 10/04/2014 no Rio de Janeiro;

Entrevista 10 - Pesquisador e ex Secretário de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Em 27/05/2014 em Brasília;

Entrevista 11 - Médica Infectologista da UPA Manguinhos. Em 25/08/2014 no Rio de Janeiro;

Entrevista 12 - Médico Infectologista da UPA Manguinhos. Em 27/08/2014 no Rio de Janeiro;

Entrevista 13 - Coordenador do Programa de Controle da Tuberculose da SMS Rio. Em 12/09/2014 no Rio de Janeiro;

Entrevista 14 - Ativista e secretário executivo do Observatório de Tuberculose Brasil. Em 24/09/2014 no Rio de Janeiro;

Entrevista 15 - Gerente da Clínica da Família. Em 01/10/2014 no Rio de Janeiro.

Entrevista 16 – Profissional de referência da clínica para a gestão local do Programa de Controle da Tuberculose. Em 22/05/2014, no Rio de Janeiro.

Referências bibliográficas

- Adorno, R.C.F. (2011) Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. *Revista Etnográfica*. 15(3), 543-567.
- Almeida, Célia. (2002). Eqüidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*.18(Suppl.), S23-S36.
- Almeida Filho, N.; Rouquayrol, M.Z. (2002) *Introdução à epidemiologia*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica.
- Almeida Filho, N.; Andrade, R.F.S. (2003) *Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde*. In: Czeresnia, D.; Freitas, C.M. (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. p. 97-115.
- Almeida Filho, N. (2010a) *A problemática teórica da determinação social da saúde*. In: Passos Nogueira, R. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Coleção 'Pensar em Saúde'. Cebes. Rio de Janeiro. p. 13-36.
- Almeida Filho, Naomar de. (2010b). Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Saúde Pública*. 26(12), 2234-2249.
- Anderson, Warwick. (1992) "Where every prospect pleases and only man is vile": laboratory medicine as colonial discourse. *Critical Inquire*.18(3), 506-529.
- Ayres, José Ricardo C.M., et. al. (1999) *Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids*. In: Barbosa R., Parker R. (Org.) *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. p. 50-71.
- Ayres, José Ricardo C.M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 6(1), 63-72.
- Ayres, José Ricardo C.M. et al. (2003) *O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios*. In Czeresnia, Dina; Freitas, Carlos Machado (Orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz. p. 117-139.
- Bakhtin, Mikhail (2006). *Marxismo e filosofia da linguagem*. 12ª Edição. Hucitec. São Paulo.
- Banco Mundial. (1993) *Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 1993: investindo em saúde*. Rio de Janeiro: FGV.
- Barbosa, J. (2004). Tuberculose - guia de vigilância epidemiológica. *Jornal Brasileiro de Epidemiologia*. 30(Supl.1).

- Barros, R.P. et al. (2001) *A Estabilidade Inaceitável: Desigualdade e Pobreza no Brasil*. Textos para Discussão Nº 800. IPEA. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Brasília, DF. ISSN 1415-4765
- Bastos F., Karam M., Martins S. (2003) *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos*. Associação Brasileira de Redutores de Danos. Rio de Janeiro
- Bastos, F.I.P.M.; Bertoni, N. (2014). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?*. Editora ICICT/FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 224p.
- Bauman, Z. (2005). *Vidas desperdiçadas*. Zahar. Rio de Janeiro. 172 p.
- Benchimol, J.L. (1992) *Pereira Passos: um Haussmann tropical – A renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: Biblioteca carioca.
- Berkman, A., Garcia, J., Muñoz-Laboy, M., Paiva, V., & Parker, R. (2005). A critical analysis of the Brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *American journal of public health*, 95(7), 1162-1172.
- Berlinguer, Giovanni. (1993). O direito à vida e a ética da saúde. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*. (30), 122-143.
- Berlinguer, Giovanni. (1999) Globalização e saúde global. Dossiê Saúde Pública. *Estudos Avançados*. 13(35), 21-38.
- Bertolli Filho, C. (2001) *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Coleção Antropologia & Saúde. Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 248p.
- Biehl, João. (2004) The activist state: Global Pharmaceuticals, AIDS, and Citizenship in Brazil. *Social Text*. 22(3), 105-132.
- _____. (2005) *Vita: life in a zone of social abandonment*. London, England. University of California Press.
- _____. (2007) *Will to Live: AIDS Therapies and the Politics of Survival*. Princeton: Princeton University Press. 478 pp.
- _____. (2011) Antropologia no Campo da Saúde Global. *Horizontes Antropológicos*. 17(35),257-296.
- Bodstein R & Zancan L. (2002). *Avaliação das ações de promoção da saúde em contexto de pobreza e vulnerabilidade social*. In: Zancan, L.; Bodstein, R. & Marcondes, W.B. (Orgs.). *Promoção da saúde como caminho para o Desenvolvimento Local: a experiência em Manguinhos – RJ*. Abrasco, Rio de Janeiro. p. 39-59.
- Bras, O.C.R. (2014) Vulnerabilidade e tuberculose no Rio de Janeiro. *Saúde e Sociedade*. 23(1), 67-76.

- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
- _____. (1993). *Lei Orgânica da Assistência Social - No. 8.742/1993*. Brasília, MPAS, Secretaria de Estado de Assistência Social.
- _____. (2001a). Ministério da Saúde. *Hanseníase*. Brasília. Secretaria de Políticas Públicas.
- _____. (2001b). Ministério da Saúde. *Guia Prático do Programa Saúde da Família*. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf
- _____. (2003) *Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, DF.
- _____. (2004a) *Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências*. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF.
- _____. (2004b). *Política Nacional de Assistência Social*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, DF.
- _____. (2006b) Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (Série Pactos pela Saúde).
- _____. (2007a) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. Série Cadernos da Atenção Básica, V. 21. Brasília.
- _____. (2007b) *Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007. Dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade*. Diário Oficial da União 2007; 23 maio.
- _____. (2007c) *PAC - Programa de Aceleração do Crescimento*. Ministério da Fazenda. 2007. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/sobre-o-pac/publicacoesnacionais>
- _____. (2008a). *Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua Brasil*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, DF.
- _____. (2008b). *Política Nacional para inclusão social da População em situação de rua*. Disponível em http://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPDH/POL%C3%8DTICA_NACIONAL_PARAINCLUS%C3%83O_DA_pop_EM_SITUA%C3%87%C3%83O_DE_RUA_2008.pdf . Acesso em: 20 jul. 2015.

- _____. (2009a) *Rua: aprendendo a contar. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, DF.
- _____. (2009b) *Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010)*. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. Brasília, DF. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html. Acesso: 25 de setembro de 2015.
- _____. (2006a). *Doenças negligenciadas - Caderno 2*. In: Ministério da Saúde/DECIT. Prioridades de pesquisa em saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Pesquisa_Saude/tela17_2.html. Acessado em 12/09/2011
- _____. (2008). *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. Edição. Brasília. 60p.
- _____. (2010). *Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde*. Revista de Saúde Pública. Brasília, 44 (1): 200-2.
- _____. (2011a). *Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília-DF.
- _____. (2011b). *Acolhimento à Demanda Espontânea*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf
- _____. (2011c). *Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 julho. 2011*. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 8 jul.
- _____. (2011d). *Portaria GM/MS nº104, de 25 de janeiro 2011*. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União* Nº 18, quarta-feira, 26 de janeiro de 2011, Pág. 37, Seção 1.
- _____. (2011e) *Crack é possível vencer. enfrentar o crack – compromisso de todos*. Presidência da República. Governo Federal. Brasília, D.F.
- _____. (2011f) *Portaria GM/MS Nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília.

- _____. (2012a). *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília.
- _____. (2012b). *Boletim 1/2012 - Tuberculose no Brasil: realidade e perspectivas*. In: Tuberculose no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/> Acessado em 14/08/2013
- _____. (2012c). *Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. 98p.
- _____. (2012d). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Editora do Ministério da Saúde. Brasília. 318p.
- _____. (2014a). *Panorama da tuberculose no Brasil - Indicadores epidemiológicos e operacionais*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília. DF.
- _____. (2014b). *Guia de Orientação para Coleta de Escarro*. Secretaria de Vigilância a Saúde. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível:<http://funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2014/06/Guia-de-Orienta%C3%A7%C3%B5es-para-Coleta-de-Escarro-MS-2014.pdf>) Acesso: 10/03/2015
- _____. (2014c) *Portaria GM/MS Nº. Nº 1.029, de 20 de maio de 2014. Amplia o rol das categorias profissionais que podem compor as Equipes de Consultório na Rua em suas diferentes modalidades e dá outras providências*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília. Disponível:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1029_20_05_2014 Acesso: 10/03/2015
- _____. (2015a). *Avaliação da Gestão do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (versão eletrônica)*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_gestao_programa_nacional_controle_tuberculose.pdf Acesso: 17/09/2015
- _____. (2015b). *Boletim Epidemiológico*. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde Volume 46, Nº 9
- _____. (2016). *Boletim Epidemiológico*. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Volume 47, Nº 13.

- Breilh, Jaime. (2006) *Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. 317p.
- Buss, P. (2000) Promoção da saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.
- Bursztyn, Michel. (2003). *Introdução - bo meio da rua: nômade, excluídos viradores*. In: Bursztyn, Michel. (Org.) – No meio da rua: nômade, excluídos viradores. Garamond. Rio de Janeiro. p. 19-26.
- Callon, M.; Lascoumes, P.; Barthe, Y. (2001). *Agir dans un monde incertain: essai sur la démocratie technique*. Paris: Seuil.
- Callon, Michel. (1997). “*The sociology of an Actor Network: the case of the electric vehicle*”. In: Callon, Michel; Law, John; Rip, Arie (Eds.). *Mapping the Dynamics of Science and Technology: Sociology of Science in the Real World*. London: Macmillan. p. 19-34.
- Campos, Gastão Wagner. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(2), 219-230.
- Camargo Junior, K. R. (2005). *Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída*. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc; Uerj; Abrasco. p. 91-104.
- Canguilhem, Georges. (1982). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- Cartier, R.; Barcellos, C.; Hübner, C.; Porto, M.F. (2009) Vulnerabilidade social e risco ambiental: uma abordagem para avaliação de injustiça ambiental social. *Cadernos de Saúde Pública*. 25(12), 2695-2704.
- Castiel, Luis David; Póvoa, Eduardo C. (2002) Medicina Baseada em Evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico”? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 6(11), 117-132.
- Castiel L.D.; Guilam M.C.R.; Ferreira M.S. (2010). *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz.
- Castiel LD, (2012) Utopia/Atopia - Alma Ata, Saúde Pública e o “Cazaquistão”. *R. Inter. Interdisc. INTERthesis*. 9(2), 62-83.
- Castro-Gomez, Santiago. (2007). Michel Foucault y la colonialidad del poder. *Tabula Rasa*. (6), 153-172.
- Cecílio, L.C.O. (2001). *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde*. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. UERJ; IMS; ABRASCO. Rio de Janeiro.

- Certeau, M. (1998) *A invenção do cotidiano: 1, Artes de fazer*. Petrópolis: Vozes.
- Centro de Estudos Sociais. (2011). *Avaliação da Cooperação Portuguesa no Sector da Justiça (2000-2009) aos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)*. Relatório Final. Centro de Estudos Sociais. UC. Coimbra.
- Chiaverini, D. H. (2011). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p. Brasília, Distrito Federal.
- Conill, E. M. (2008) Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(Supl. 1), S7-S27.
- Cordeiro, Hésio de Albuquerque; et al. (2010) *Por uma redução nas desigualdades em saúde no Brasil: qualidade e regulação num sistema com utilização combinada e desigual*. In: Rodrigues dos Santos, N.; Amarante, Paulo D.C. (Orgs.) *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. CEBES. Rio de Janeiro. p. 129-151.
- Coutinho, Domingos; Saback, Eduardo (2007). O Histórico da psiquiatria na Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*. 77(2), 210-218.
- Cueto, Marcos. (2004) The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health*. 94(11), 1864-1874.
- Cunha, J.V.Q.D.; Rodrigues, M. (2009). *Rua: aprendendo a contar. Pesquisa nacional sobre população em situação de rua*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- Dagninino, Renato Peixoto. (2007) *Ciência e Tecnologia no Brasil: o processo decisório e a comunidade de pesquisa*. Campinas: Editora Unicamp.
- Dain, Sulamis. (2007) Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*. 12(Supl.), 1851-1864.
- Dalcolmo M.P.; et al. (2007) Tuberculose multirresistente: histórico e controle. *Revista de Saúde Pública*. 41(Supl. 1), 34-42.
- Dantas, M. (2007) *Construção de políticas públicas para população em situação de rua no município do Rio de Janeiro: limites, avanços e desafios*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 164p.
- Das, Veena; e Das, Ranendra K. *How the body speaks – Illness and the life world among the urban poor*. In: Biehl, João; Good, Byron; Kleinman, Arthur (Eds.). *Subjectivity: ethnographic investigations*. London, UK. University of California Press. p. 66-97.
- Deleuze, G.; Guattari, F. (2004) [ed. original: 1972] *O Anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia*. Lisboa: Assírio & Alvim

- Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro. (2007) *Decreto n.º 40.872 de 01 de agosto de 2007*. Disponível em http://www.detro.rj.gov.br/arquivos/decreto_sergio_cabral_40.872-dec_40.927.pdf.
- Diniz, E. (1989). *Empresários e Constituinte: continuidades e rupturas no modelo de desenvolvimento capitalista no Brasil*. In : Camargo, A.; Diniz, E. (Orgs.). Continuidade e mudança no Brasil da Nova República. São Paulo/Rio de Janeiro : Vértice/Iuperj.
- Diniz, E. (2012) É possível um novo modelo de estado desenvolvimentista no Brasil?. *Boletim de Análise Político-Institucional*. 2, 17-24.
- Domingues, P. (2005). Ações afirmativas para negros no Brasil: o início de uma reparação histórica. *Revista Brasileira de Educação*. (29), 164-176.
- Duarte Nunes, E. (2013) O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García. *Cadernos de Saúde Pública*. 29(9), 1752-1762.
- Duarte Nunes, E. (2015). Juan César García: a medicina social como projeto e realização. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(1), 139-144.
- Dussel, Enrique. (1994). “1492- *El encubrimiento del outro: hacia a la origen del mito de la modernidade*”. Colección Academia. Nº1. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Plural Editores. La Paz.
- Escorel, S. (1999). *Vidas ao léu. Trajetórias de exclusão social*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro. RJ.
- Escorel, S. (2008) *Exclusão social*. In: Pereira, I. Brasil ;Lima, Júlio C.F. (Orgs.) Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª Edição. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- FAO, IFAD; WFP. (2015). *The State of Food Insecurity in the World 2015. Meeting the 2015 international hunger targets: taking stock of uneven progress*. Rome: FAO, IFAD; WFP.
- Fanon, Frantz. (2008). *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA.
- Fagnani, Eduardo. (1999) Ajuste econômico e financiamento da política social brasileira: notas sobre o período 1993/98. *Economia e Sociedade*. (13), 155-178.
- Farmer, Paul. (1997) Social scientists and the new tuberculosis. *Social Science & Medicine*. 44(3), 347-358.
- Farmer, Paul. (1999) *Infection and Inequalities – the modern plagues*. University of California Press. Berkeley, Los Angeles and London.
- Farmer, Paul. (2005) *Pathologies and Power – Health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press. Berkeley, Los Angeles and London.

- Fassin, Didier. (1998) *Politiques des corps et gouvernement des villes: la production locale de la santé publique*. In: Fassin, Didier (Org). Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales. Paris: La Découverte.
- Fassin, Didier. (2012a) *Humanitarian reason: a moral history of the present*. Berkeley and Los Angeles, California: University of California Press. .
- Fassin, Didier. (2012b) *O sentido da saúde: antropologia das políticas da vida*. In: Saillant, F.; Genest, S. (Orgs). Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 375-390.
- Fernandes, T.M.; Costa, R.G.R. (2013) As comunidades de Manguinhos na história das favelas no Rio de Janeiro. *Revista Tempo*. 17(34), 117-133.
- Feuerwerker, Laura. (1998). Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2(3), 51-71.
- Fiori, José L.C. (1994) O nó cego do desenvolvimento brasileiro. *Revista Novos Estudos – CEBRAP*. 40.
- Fleury, Sonia (2012) Militarização do social como estratégia de integração - o caso da UPP do Santa Marta. *Sociologias*. 14(30), 194-222.
- Foucault, M. (1980) *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Foucault, M. (2008) *Nascimento da Biopolítica: curso dado no College de France 1978-1979*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010) [1999] *Em defesa da Sociedade. Curso no College de France 1975-1976*. 2ª Edição. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2011) *O nascimento da medicina social [1977]*. In: Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina. Coleção Ditos & Escritos, Volume VIII. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária. p. 402-424.
- Foucault, M. (2012) *Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- Foucault, M. (2014) [1979] *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro/São Paulo Editora Paz e Terra.
- Franco, Túlio B.; Merhy, Emerson E. (2012) Cartografias do Trabalho e cuidado em saúde. *Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva*. 6(2), 151-163.
- Freire-Medeiros, B. (2007). A favela que se vê e que se vende - Reflexões e polêmicas em torno de um destino turístico. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 22(65), 61-72.
- Gadelha, Carlos G. (2003) O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 8(2), 521-535.

- Gandy, Matthew; Zumla, Alimuddin. (2002) The resurgence of disease: social and historical perspectives on the 'new' tuberculosis. *Social Science & Medicine*. 55(3), 357-516.
- Garrafa, Volnei. (2005). Bioética cotidiana. *Cadernos de Saúde Pública*. 21(1), 333-334.
- Geraldes Santos, M.L.S.; et. al. (2006) *A experiência de implantação do DOTS na cidade do Rio de Janeiro*. In: Ruffino-Netto; Scatena Villa (Orgs.), Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil histórico e peculiaridades regionais. Rio de Janeiro: Instituto Milênio Rede Tuberculosis. p. 182-194.
- Giovanella, L; Mendonça, M.H. (2008) *Atenção primária à saúde*. In: Giovanella, L.; et al. (Orgs). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 575-625.
- Giovanella, L. et al., (2009) Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 14(3). 783-794.
- Gondim, R. (1997) *Reforma do Estado e o Setor Saúde – um estudo de conjuntura*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro. ENSP/FIOCRUZ.
- Guimarães, M.B.L.; Valla, Victor Vincent. (2010) *Terapia comunitária como expressão de educação popular: um olhar a partir dos encontros com agentes comunitários de saúde*. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://32reuniao.anped.org.br/arquivos/trabalhos/GT06-5115--Int.pdf>
- Haddad, A.E.; et al. (2010). Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*. 44(3), 383-393.
- Haraway, Donna. (1988) Situated knowledges: the science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist Studies*. 14(3), 575-599.
- Harzheim, Erno (Org.) (2013) *Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro*. Porto Alegre: OPAS.
- IBGE, (2010) *Aglomerados subnormais – informações territoriais*. Senso Demográfico 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão . Brasil.
- IPEA. (2010) *Bolsa Família 2003 – 2010: avanços e desafios*. Brasília: IPEA.
- IPEA. (2011) *Epidemiologia das doenças negligenciadas no Brasil e gastos federais com medicamentos*. Texto para Discussão. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. Brasília: IPEA.
- IPEA. (2015) *Atlas da vulnerabilidade social nas regiões metropolitanas brasileiras*. Brasília: IPEA.

- Iriart, C.; et al. (2002) Medicina social latinoamericana: aportes y desafios. Temas de Actualidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 12(2), 128-136.
- Justiça Global Brasil. <http://global.org.br/programas/carta-aberta-da-sociedade-civil-a-cidh/> (Acesso em 12/ago./2015)
- Kaufmann, Stefan H.E.; van Embden Jan D.A. (1993) Tuberculosis: a neglected disease strikes back. *Trends in Microbiology*. 1(1).
- Kerr-Pontes, Ligia R.S; Oliveira, Fabíola A.S.; Freire, Cristina A.M. Tuberculose associada à AIDS: situação de região do Nordeste brasileiro. *Revista de Saúde Pública*. 31(4), 323-329.
- Koslinski, Mariane C.; Alves, Fatima. (2012). Novos olhares para as desigualdades de oportunidades educacionais: a segregação residencial e a relação favela-asfalto no contexto carioca. *Educação & Sociedade*. 33(120), 805-831.
- Koplan, Jeff Rey P. ; et al. (2009) Towards a common definition of global health. *Lancet*. 373, 1993-1995.
- Lacerda, A.; Valla, V.V. (2005) *Um outro olhar sobre a construção social da demanda a partir da dívida e das práticas de saúde*. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (Orgs.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Cepesc; Uerj; Abrasco. p. 279-292.
- Lacerda, A., & Martins, P.H. (2013). A dívida no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: a experiência do reconhecimento do amor, do direito e da solidariedade. *Revista de Estudos AntiUtilitaristas e PosColonias*. 3(1), 194-213.
- Latour, Bruno (1987). *“Science in Action: How to follow scientists and engineers through society”*. Cambridge: Harvard University Press
- Latour, Bruno. (1994). *Jamais Fomos Modernos: Ensaio de Antropologia Simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Latour, Bruno. (2012)[2006] *Reagregando o social*. Salvador/Bauru: Edufba/Edusc.
- Leitão, Gerônimo. (2004). *Dos barracos de madeira aos prédios de quitinetes: uma análise do processo de produção da moradia na favela da Rocinha ao longo de cinquenta anos*. Rio de Janeiro: UFRJ.
- Lima de Castro, J.; Willington Germano, J. (2012) A Difusão da Medicina Social no Brasil: o Protagonismo de Juan César Garcia e da OPAS. *Revista Cronos*. 11(1).
- Lock, Margaret; Nguyen, Vinh-Kim (2010) *An anthropology of biomedicine*. West Sussex: Wiley Blackwell.

- Lock, Margaret. (2012) *Antropologia médica: indicações para o futuro*. In: Saillant, F.; Genest, S. (Orgs.). *Antropologia Médica: ancoragens locais, desafios globais*. Coleção 'Antropologia e Saúde'. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Londero, Mário Francis Petry; Ceccim, Ricardo Burg; Bilibio, Luiz Fernando Silva. (2014). Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 18(49), 251-260.
- Löwy, I., & Dias, I. E. (2006). Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Luna, Expedito J. A. (2002). A emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 5(3), 229-243.
- Luz, Madel T. (2009) Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde & Sociedade (São Paulo)*. 18(2), 304-311.
- Macerata, I. M. (2013). Experiência POP RUA: Implementação do “Saúde em Movimento nas Ruas” no Rio de Janeiro, um Dispositivo Clínico/Político na Rede de Saúde do Rio de Janeiro. *Revista Polis e Psique*, 3(2), 207-219.
- Macerata et al. (2014). Apoio como cuidado de territórios existenciais: Atenção Básica e a rua. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18 Supl. 1:919-30.
- Magalhães, M.M. (2014) *Tuberculose no espaço urbano: um estudo ecológico utilizando análise espacial no município do Rio de Janeiro nos anos de 2005 a 2008*. Tese de Doutorado. ISC/UFRJ. url: <http://objdig.ufrj.br/96/teses/813739.pdf>
- Maldonado-Torres, Nelson. (2010) *A topologia do ser e a geopolítica do conhecimento. Modernidade, império e colonialidade*. In: Santos, B.S.; Meneses, M.P. (Orgs.) *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez Editora. p. 396-443.
- Mamani, Hernán A. (2014) *Alternativo, informal, irregular ou ilegal? O campo de lutas dos transportes públicos*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.
- Matta, G. (2005) *A medida política da vida: A invenção do WHOQOL e a construção de políticas de saúde globais*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Mbembe, Achille. (2012) Necropolítica, una revisión crítica. In: *Estética y Violencia: necropolítica, militarización y vidas lloradas*, Museo Universitario Arte Contemporáneo/Universidad Nacional Autónoma de México, México, p. 130-139.

- Médecins Sans Frontières – MSF (2001). *Fatal imbalance: the crisis in research and development for drugs for neglected diseases*. Medicines Sans Frontieres. (Disponível em: http://www.doctorswithoutborders.org/publications/reports/2001/fatal_imbalance_short.pdf). Acessado em: 12/09/2011
- Médecins Sans Frontières – MSF (2004) *MSF Activity Report*. Médecins sans Frontières.
- Médicos Sem Fronteiras – MSF (2006). Inovação em saúde e doenças negligenciadas (Editorial). *Cadernos de Saúde Pública*. 22(8), 1522-1523.
- Mello Filho, J.; Silveira, L.M. (2005) Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 29(2):147-151.
- Menicucci, T.M.G. (2007). *Público e PRIVADO NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Mestriner, M.L. (2001) *O Estado entre a filantropia e a assistência social*. São Paulo: Cortez Editora.
- Mignolo, Walter D. (2003). *Os esplendores e as misérias da ‘ciência’: colonialidade, geopolítica do conhecimento e pluri-versalidade epistêmica*. In: Santos, Boaventura S. (Org). *Conhecimento prudente para uma vida decente: um discurso sobre as ciência revisitado*. Porto: Edições Afrontamentos. p. 631-671.
- Mignolo, Walter D. (2002) *Historias locales/diseños globales. Colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. Madrid: Akal.
- Mol, Anne-Marie. (2008). *Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas*. In: Nunes, J.A.; Roque, R. (Orgs). *Objectos Impuros: experiências em estudos sobre a ciência*. Porto: Biblioteca das Ciências Sociais. p. 63-77.
- Mol, Anne-Marie. (2002). *The body multiple – ontology in medical practice*. Durham and London: Duke University Press.
- Morel, C.M. (2004). A pesquisa em Saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9, 261-276.
- _____. (2006). *Doenças negligenciadas - Caderno 2*. In: Ministério da Saúde/DECIT. *Prioridades de pesquisa em saúde*. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Pesquisa_Saude/tela17_2.html. Acessado em 12/09/2011
- Nery, J.S.; et al. (2014) Effect of the Brazilian conditional cash transfer and primary health care programs on the new case detection rate of leprosy. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 8(11), e3357.

- Nguyen, Vinh-Kim. (2010). *The Republic of Therapy – triage and sovereignty in West Africa's time of AIDS*. Durham and London: Duke University Press.
- Noronha, José Carvalho de. (2013). Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cadernos de Saúde Pública*. 29(5), 847-849.
- Noronha, José C. et. al., (2010). *Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal*. In: Rodrigues dos Santos, N.; Amarante, Paulo D.C. (Orgs.). *Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: CEBES. p.152-179.
- Nunes, João Arriscado. (1998). *A 'ciência dos recursos naturais' e a reconversão da economia: zonas de transacção e objectos de fronteira*. Oficina do CES, Biblioteca das Ciências Sociais.
- _____. (2003) *Um Discurso sobre as Ciências 16 anos depois*. In: Santos, Boaventura S. (Org). *Conhecimento prudente para uma vida decente*. Porto: Edições Afrontamentos. p. 57-80.
- _____. (2008). O resgate da epistemologia. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 80, 45-70.
- _____. (2010). *O resgate da epistemologia*. In: Santos, B.S; Meneses, M. P. (Orgs.) *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez Editora. p. 261-290.
- _____. (2011). Sobre a ética (e a política) da investigação social em saúde. *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia. Sociologia On Line*. (3). http://revista.aps.pt/cms/files/artigos_pdf/ART4e664f5a501be.pdf
- Nunes, J.A., Roque, R. (2008). *Introdução – os estudos sobre as ciências*. In: Nunes, J.A. e Roque, R. (Orgs). *Objectos Impuros: experiências em estudos sobre a ciência*. Porto: Afrontamento. p. 13-25.
- Nunes, J.A., et al., (2014) Taking part: Engaging knowledge on health in clinical encounters. *Social Science & Medicine*. 123, 194-201.
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (1978) *Declaração de Alma-Ata*. URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>
- OMS – Organização Mundial de Saúde. (2008) *Relatório Mundial da Saúde 2008: Atenção Primária em Saúde - Agora Mais do Que Nunca*. Genebra.:
- OPAS - Organización Panamericana de La Salud. (1997) *Reunión regional de directores nacionales de programas de control de la tuberculosis: informe final*. Ecuador: OPS/OMS.
- Onocko Campos, R. (2010) *Planejamento em saúde: a armadilha da dicotomia público-privado*. In: Rodrigues dos Santos, N.; Amarante, Paulo D.C. (Orgs.)

Gestão pública e relação público privado na saúde. Rio de Janeiro: CEBES. p.198-207.

Ortega, F. et al., (2010) A Ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.14, n.34, p.499-510, jul./set. 2010.

Pai, Madhu; Dewan, Puneet. (2015) Testing and treating the missing millions with tuberculosis. *PLoS Medicine*. 12(3), e1001805.

Paim, J.S.; Almeida Filho, N. (1998) Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*. 32(4), 299-316.

Paim, J.S., (2009) Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*. 33(81), 27-37.

Parker, R. G. (1994). A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil (No. 3). Relume-Dumará.

Parker, R.; de Camargo Jr, K. R. (2000). Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*. 16(Supl. 1), 89-102.

Pereira, A.G.L.; et al. (2015). Distribuição espacial e contexto socioeconômico da tuberculose. *Revista de Saúde Pública*. 49, 1-9.

Pineda, Norma I Soza; et al. (2004). Quimioprevenção na prevenção da tuberculose. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 30(4), 485-95.

Pires-Alves, F. A.; Paiva, Carlos H. A.; Falleiros, Ialê. (2010) *Saúde e desenvolvimento: a agenda do pós-guerra*. In: Ponte, Carlos F.; Falleiros, Ialê (Orgs). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV. p. 153-180.

Pivetta, F. (2002). *Laboratório territorial como instância para a promoção da saúde: contribuição para as discussões acerca do Programa DLIS Manguinhos*. In: Zancan, L.; Bodstein, R; Marcondes, W. (Orgs). Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local. A experiência em Manguinhos – RJ. Rio de Janeiro: Abrasco/Editora Fiocruz. (Saúde Movimento nº 5). p. 247-271.

Porto, M.S.F.; et al, (2014) Saúde coletiva, território e conflitos ambientais: bases para um enfoque socioambiental crítico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 19(10), 4071-4080.

Porto, Marcelo Firpo de Souza; Cunha, Marize Bastos da; Pivetta, Fatima, Zancan, Lenira; Freitas, Jairo Dias de. (2015). Saúde e ambiente na favela: reflexões para uma promoção emancipatória da saúde. *Serviço Social & Sociedade*. (123), 523-543.

Pôrto, A. (2007) Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. *Revista de Saúde Pública*. 41(Supl. 1), 43-49.

- Prates, J.C.; Prates, F.C./ Machado, S. (2012). Populações em situação de rua: Os processos de exclusão e inclusão precária vivenciados por esse segmento. *Temporalis*. 2(22), 191-216.
- Prefeitura do Rio de Janeiro. (2014) *População de rua 2013: um direito à cidade*. <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4576565/4118206/PesquisaCenso.pdf> (Acesso: 12/04/2015).
- Quijano, Anibal (2010). *Colonialidade do poder e classificação social*. In: Santos, B.S; Meneses, M.P. (Orgs.) *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez Editora. p. 84-130.
- Rabinow, Paul. (1989) *French Modern: Norms and Forms of the Social Environment*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Ramos, C.A. (2007). Por uma intervenção heteronômica na Rocinha. *Revista Eletrônica Boletim do TEMPO*. 2(17).
- Resende, V.M. (2008) "Não é falta de humanidade, é para dificultar a permanência deles perto de nosso prédio": análise discursiva crítica de uma circular de condomínio acerca de "moradores de rua" em Brasília, Brasil. *Discurso & Sociedade*. 2(2), 422-444.
- Ribeiro, Fernanda Mendes Lages; Minayo, Maria Cecília de Souza. (2015). As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 19(54).
- Rosen, George. (1979) *Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Ruffino-Netto, A. (2001). Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. *Informe Epidemiológico do SUS*. 10(3), 129-138.
- Rui, T.C. (2012). *Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack*. Tese de Doutorado. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- Ruzany, Maria Helena. (2000) *Mapa da situação de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ.
- SABREN. (2010), *Banco de dados da prefeitura da cidade do Rio de Janeiro*. Sistema de Assentamentos de Baixa Renda. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/ipp/exibeconteudo?id=4782931>
- Sabroza, Paulo. C. (2004). *Concepções de saúde e doença*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/EAD.
- Sabroza, Paulo C.; Waltner-Toews, D. (2001) Doenças emergentes, sistemas locais e globalização. *Cadernos de Saúde Pública*. 17(Supl.), 4-5.
- Sady, Wojciech. (2002) *"Ludwik Fleck"*. Stanford: Stanford University.

- Santos, Boaventura de Souza. (1987) *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Afrontamento.
- _____. (2002) Os processos de globalização. *Eurozine - The netmagazine*. Disponível em: <<http://www.eurozine.com/article/2002-08-22-santos-pt.html>> (acessado 12/Fev/2013).
- _____. (2007) Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 78, 3-46.
- _____. (2010). *Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes*. In: Santos, B.S; Meneses, M. P. (Orgs.) *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez Editora. p. 31-83.
- Santos, Boaventura de Souza.; Meneses, M. P.; Nunes, J. A. (2004). “*Introdução: para ampliar o cânone da ciência: a diversidade epistemológica do mundo*”. In: Santos, B. S. (Org.). *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Porto: Afrontamento.
- Santos, Leonor Maria Pacheco, Costa, Ana Maria; Girardi, Sábado Nicolau. (2015). Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 20(11), 3547-3552.
- Santos, Milton. (1999) *O território e o saber local: algumas categorias de análise*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. (Cadernos IPPUR/UFRJ/Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional). p. 15-26.
- Santos, Milton (2013) *O espaço da cidadania e outras reflexões*. 2ª Edição. Porto Alegre: Fundação Ulysses Guimarães. (Coleção O Pensamento Político Brasileiro, 3).
- Schramm, J (2004) Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9(4), 897- 908.
- Serafino, I.; Luz, L.C. (2015). Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. *Revista Katál*. 18(1), 74-85.
- Silva, L. J; Monteiro, C. A. (1999) Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. *Informe Epidemiológico do SUS*. 8(3).
- Silva, V.M.; Lima, S.M.L.; Teixeira, M. (2015). Organizações sociais e fundações estatais de direito privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. *Saúde em Debate*. 39(spe), 145-159.
- Siqueira-Silva, R., & Arriscado Nunes, J. (2015). Quando a terapia se torna arte: Teoria Ator-Rede e cocriação musical. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(4)

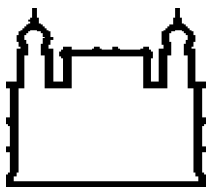
- Soares, P.; de Oliveira, F.B.; Sampaio, M. (2013). *Rocinha, uma breve história no tempo. Análise dos processos de formação e transformação do bairro*. Anais: Encontros Nacionais da ANPUR, 13.
- Souza, L.J.R.D.; Freitas, M.D.C.S.D. (2014). O agente comunitário de saúde: violência e sofrimento no trabalho a céu aberto. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 35(1), 96.
- Starfield, Barbara. (2002) *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde.
- Stop TB (2001) *Global Plan to Stop TB Phase 1: 2001 to 2005*. Genebra: UNOPS.
- Stop TB (2015) *Global Plan to End TB – The Paradigm Shift*. Genebra: UNOPS.
- Stotz, E. N. (1991) *Necessidade de saúde: mediações de um conceito*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- Strathern, Marilyn. 1987. *The limits of auto-anthropology*. In: Jackson, Antony. (Ed.). *Anthropology at home*. Cambridge: University Press Cambridge.
- Teixeira, M; Gondim, R; Arantes, R. (2012) *Mudanças nas políticas do trabalho e da educação em saúde no Governo Lula*. In: Machado, C.V; Baptista, T.W.F.; Lima, L.D. (Orgs.). *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 197-225.
- The Lancet (2009). *An assessment of interaction between global health initiatives and country health systems*. *Lancet*. 373.
- Trino, A.; et al., (2015). *Conceitos norteadores do cuidado junto à população em situação de rua*. In: Teixeira, M.; Fonseca, Z. (Orgs). *Saberes e práticas na atenção primária à saúde - cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Editopra Hucitec. p. 27-44.
- United Nations (2000). *The eight Millennium Development Goals (MDGs)*. Disponível em <http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml>. Acessado em 12/09/2011
- Vallim, D.; Zaluar A.; Sampaio, C. (2015). *Uma etnografia das cenas de uso de crack no Rio de Janeiro e seus efeitos nos usuários*. In: Teixeira, M.; Fonseca, Z. (Orgs). *Saberes e práticas na atenção primária à saúde - cuidado à população em situação de rua e usuários de álcool, crack e outras drogas*. São Paulo: Editopra Hucitec. p. 201-216.
- Valladares, Lícia (2000). A gênese da favela carioca – a produção anterior às ciências sociais. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 15(44), 5-34.
- Van Loon, Joost. (2003) *Risk and technological culture towards a sociology of virulence*. London: Taylor & Francis e-Library.

- Velloso, M. (2005). Os catadores de lixo e o processo de emancipação social. *Ciência & Saúde Coletiva*. 10(Supl.), 49-61.
- Vianna Sobrinho, L. (2013). *Medicina financeira: a ética estilhaçada*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Viana, A.L.D.; Lima, L.D.; Gondim de Oliveira, R. (2002). Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 7(3), 493-507.
- Viana, A.L.D'A.; Poz, M.R.D. (2005) A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis (Rio de Janeiro)*. 15(Supl.), 225-264.
- Viana, Ana Luiza d'Ávila; Lima, Luciana Dias (Orgs.). (2011) *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Contracapa.
- Vicentin, Genésio; Santo, Augusto Hasiak; Carvalho, Marília Sá. (2002). Mortalidade por tuberculose e indicadores sociais no município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 7(2), 253-263.
- World Health Organization. (2001) *Macroeconomics and Health: investing in health for economic development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva: World Health Organization.
- _____. (2002). *National health research systems. Report of an International Workshop*. Geneva: World Health Organization.
- _____. (2007). *Global plan to combat neglected tropical diseases 2008-2015*. Geneva: World Health Organization.
- _____. (2010a). *Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases - First WHO report on neglected tropical diseases*. Geneva: World Health Organization.
- _____. (2010b) *Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal. Relatório mundial de saúde*. Geneva: World Health Organization.
- _____. (2011). *Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases – Update*. Geneva: World Health Organization.
- _____. (2013) *Sustaining the Rive to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Second WHO Report on Neglected Tropical Diseases*. Geneva: World Health Organization.
- _____. (2015a). *Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Third WHO report on neglected diseases*. Geneva: World Health Organization.
- _____. (2015b) *Global Tuberculosis Report 2015*. 20^o Edition. Geneva: World Health Organization.

- Yehia, Elena. (2007) Descolonización del conocimiento y la práctica: um encuentro dialógico entre el programa de investigación sobre la modernidade/colonialidad/decolonialidad latinoamericanas y la teoria actor-rede. *Tábula Rasa*. (6), 85-114.
- Zaluar, A., & Alvito, M. (1998). *Um século de favela*. Rio de Janeiro: FGV.
- Zaluar, A.;Conceição, I.S. (2007). Favelas sob o controle das milícias no Rio de Janeiro. *São Paulo em Perspectiva*. 21(2), 89-101.
- Zwarenstein, Merrick; et al. (1998) Randomised controlled trial of self-supervised and directly observed treatment of tuberculosis. *Lancet*. 352, 1340-1343.
- Zwarenstein, Merrick (1999) Directly observed treatment for tuberculosis authors' reply. *Lancet*. 353, 147-148.

Anexos

Anexo I – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“A relação entre o global e o local nas políticas, produção de saberes e práticas sobre Doenças Negligenciadas - diálogos e estratégias sobre sujeitos e territórios: o caso da Tuberculose”**, desenvolvida pela pesquisadora Roberta Gondim de Oliveira. O objetivo central do estudo é analisar a produção de conhecimento e a construção de práticas em saúde voltadas para doenças negligenciadas, em especial a Tuberculose, em diferentes esferas – de pesquisa, deliberação de políticas, definição de diretrizes e das práticas de saúde. O convite a sua participação se deve ao fato de ser **Dirigente de Área Técnica que atua no Controle da Tuberculose**.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. A sua participação consiste em responder perguntas de um roteiro de entrevista exclusivamente à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver sua autorização. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente quarenta minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. O benefício de sua colaboração nesta pesquisa é o de contribuir no conhecimento dos diálogos existentes entre as diretrizes e práticas globais e locais, que influenciam na melhoria dos indicadores das doenças infecto

contagiosas no Brasil, em especial a Tuberculose. Os resultados serão validados em grupos focais com sua participação e divulgados em artigos científicos. Assegura-se que sua identidade não será revelada, pois as entrevistas serão organizadas em macro categorias, segundo o tipo de inserção do entrevistado no estudo, sem identificação do sujeito, e as falas não serão utilizadas no texto final.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do participante: _____

Assinatura

Local e Data

Roberta Gondim de Oliveira

Pesquisadora

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Sala 320 - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210 Tel. 55 21 25982907

robertagondim@ensp.fiocruz.br

Anexo II - Fluxograma do atendimento ao cliente adulto com suspeita de tuberculose

Busca Ativa – Agentes de Saúde; Técnicos de Enfermagem; Enfermeiros e Médicos da Equipe.
Principais sintomas - Adultos: Tosse por três ou mais semanas; febre; perda de peso e apetite, ou suspeito ao exame radiológico.

RECEPÇÃO:

ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO

REGISTRO DO CARTÃO SUS E CPF OU DNV

EXECUTOR: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE



ATENDIMENTO:

MÉDICO DA EQUIPE E/ OU ENFERMEIRO DA EQUIPE



SUSPEITA DE TUBERCULOSE:

- SOLICITAR RAIOS X DE TÓRAX: GUIA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA PARA UPA ROCINHA.
- BACILOSCOPIA 2 AMOSTRAS: ORIENTAR O PACIENTE A COLETAR AS AMOSTRAS E TRAZÊ-LAS NO DIA SEGUINTE APRESENTANDO NO GUICHÊ DE SUA EQUIPE.

EXECUTOR: ENFERMEIRO OU MÉDICO DA EQUIPE



TUBERCULOSE CONFIRMADA:

Definição de casos: Diagnóstico bacteriológico confirmado (por meio da baciloscopia e/ou culturas positivas); Diagnóstico baseado em dados clínico-epidemiológico e em outros exames complementares. Exames: Baciloscopia de escarro, cultura; Raio X de tórax. Infecção latente: Prova tuberculínica.

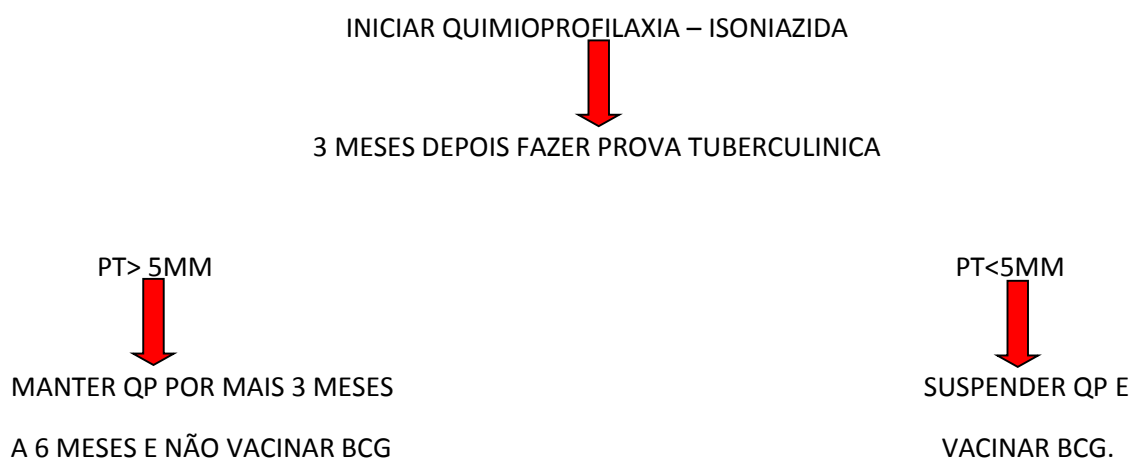
- REALIZAR O PREENCHIMENTO DO SINAN;
- SOLICITAR E REALIZAR O TESTE RÁPIDO DE HIV;
- REGISTRAR NO LIVRO VERDE;
- AVALIAR TODOS OS CONTATOS DO CASO ÍNDICE E REGISTRAR NO LIVRO DE CONTATOS;
- ACOMPANHAR MENSALMENTE OS PACIENTES

EXECUTOR: ENFERMEIRO E/OU MÉDICO DA EQUIPE

Cultura:

Raio X suspeito, e baciloscopia repetidamente negativa. Suspeito de TB com amostras com poucos bacilos na baciloscopia direta. Suspeitos de TB com dificuldade de obtenção da amostra para baciloscopia direta (crianças). Suspeitos de TB extrapulmonar. Suspeitos de infecções causadas por micobactérias não tuberculosas. Contatos de casos de TB resistentes. Paciente com antecedentes de tratamento prévio. Paciente imunodeprimidos. Pacientes com baciloscopia positiva no final do 2º mês de tratamento. Falência no tratamento de TB.

RECÉM-NASCIDO COABITANTE DE CASO ÍNDICE BACILÍFERO



Principais Sintomas de Tuberculose em Crianças: Irritabilidade; sudorese, inapetência, febre baixa.

Fonte: SMS Rio

Anexo III – Caderneta de Controle do Tratamento Diretamente Observado

Imagem 1– Exemplo de uma Caderneta de Controle do TDO preenchida.

| | | | |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Matricula Geral: [redacted] | | Unidade: [redacted] | |
| Matricula PET: 787-1135 | | Regime de Tratamento: [redacted] | |
| SUS- | | EB.R.I.P.E. Te[redacted] | |
| CPF-061.130.347-71 | | AR3143190.1000 | |
| 15.05.2014 AA (1) | 05.05.2014 DOMIRES (2) | 04.06.2014 AA (3) | 14.06.2014 SABIRES (4) |
| 16.05.2014 AA (5) | 06.05.2014 AA (6) | 05.06.2014 AA (7) | 15.06.2014 AA (8) |
| 17.05.2014 SABIRES (9) | 07.05.2014 AA (10) | 06.06.2014 AA (11) | 16.06.2014 DOMIRES (12) |
| 18.05.2014 DOMIRES (13) | 08.05.2014 AA (14) | 07.06.2014 SABIRES (15) | 17.06.2014 AA (16) |
| 19.05.2014 AA (17) | 09.05.2014 AA (18) | 08.06.2014 AA (19) | 18.06.2014 SABIRES (20) |
| 20.05.2014 AA (21) | 10.05.2014 AA (22) | 09.06.2014 FERIRES (23) | 19.06.2014 DOMIRES (24) |
| 21.05.2014 AA (25) | 11.05.2014 SABIRES (26) | 10.06.2014 AA (27) | 20.06.2014 AA (28) |
| 22.05.2014 AA (29) | 12.05.2014 DOMIRES (30) | 11.06.2014 SABIRES (31) | 21.06.2014 AA (32) |
| 23.05.2014 AA (33) | 13.05.2014 AA (34) | 12.06.2014 AA (35) | 22.06.2014 SABIRES (36) |
| 24.05.2014 SABIRES (37) | 14.05.2014 AA (38) | 13.06.2014 AA (39) | 23.06.2014 DOMIRES (40) |

Fotografia feita pela autora

Anexo IV – Folder sobre coleta de escarro

Figura 12 – Orientações para a coleta de escarro para exame de baciloscopia

- Peça que o paciente lave as mãos e higienize a cavidade oral com água (sem utilizar creme dental ou soluções antissépticas para gargarejo) antes de entregar o pote a ele. Caso o paciente use próteses dentárias, ele deverá retirá-las antes de higienizar a cavidade oral.



- Oriente-o quanto aos seguintes procedimentos:

- * inspirar profundamente, reter o ar por alguns instantes (segundos) e expirar. Após repetir esses procedimentos três vezes, tossir;



- * imediatamente após o ato da tosse produtiva, o paciente deverá abrir o pote e expectorar a secreção dentro dele sem encostar os lábios no pote ou tocar a parte interna com os dedos, pois há o risco de contaminação da amostra;



- * logo após, fechar novamente o frasco rosqueando firmemente a tampa;

Fonte: Guia de Coleta de Escarro. Ministério da Saúde (Brasil, 2014b)

Anexo V – Imagens de territórios

Imagem 2 – Vista da casa de Luciano

Fotografia feita pela autora

Imagem 3 – Exemplo de um dos valões no território.



Fotografia feita pela autora

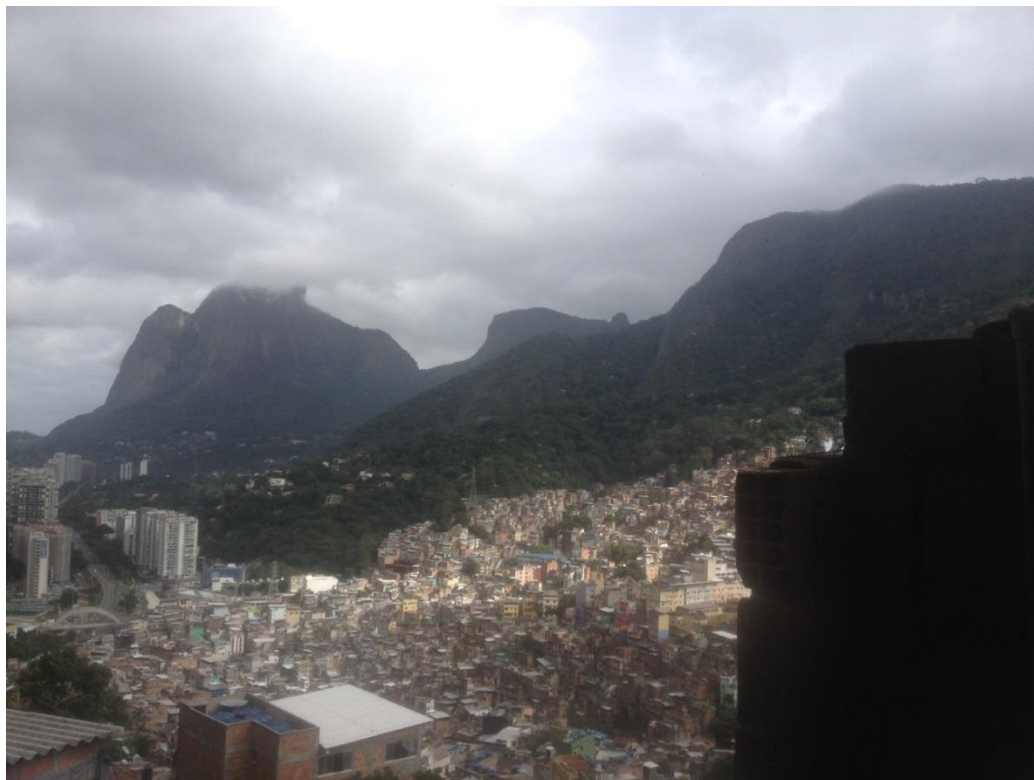
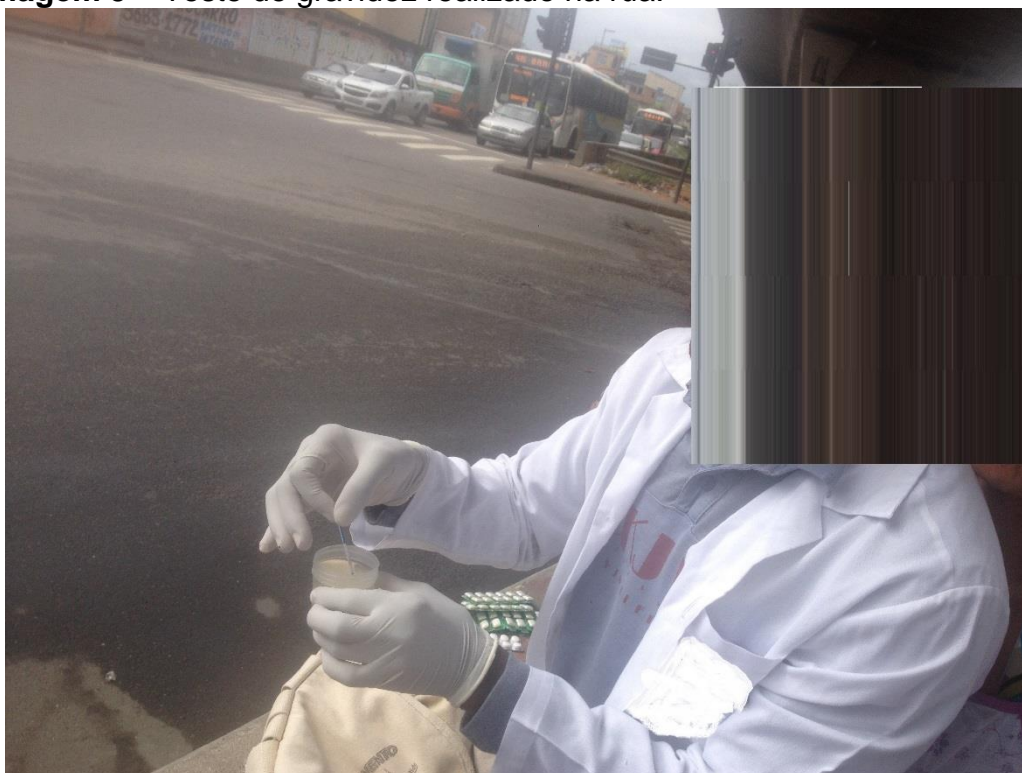


Imagem 4– A travessia por cima do ‘valão’



Fotografia cedida pela AS Joana

Imagem 5 – Teste de gravidez realizado na rua.



Fotografia feita pela autora

Anexo VI – Campanhas publicitárias da AIDS

Figura 13 – Exemplos de Campanhas Publicitárias do Programa DST/AIDS



Fonte: Ministério da Saúde

Anexo VII – Imagem da lesão torácica do paciente

Imagem 6 – Tórax do paciente em situação de rua que recebe curativo da equipe.



Fotografia tirada por um membro da equipe, com a autorização do paciente e cedida para a autora.