

Homens em situação de rua: entre a marquise e a emergência de um hospital de trauma

HELEN BARBOSA DOS SANTOS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS), PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL
HTTP://ORCID.ORG/0000-0002-7732-3647
HELENPSI@YAHOO.COM.BR

ANGELO BRANDELLI COSTA

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL (PUCRS), PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL
HTTP://ORCID.ORG/0000-0002-0742-8152
ANGELO.COSTA@PUCRS.BR

HENRIQUE CAETANO NARDI

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS), PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, BRASIL
HTTPS://ORCID.ORG/0000-0001-6058-1642
HCNARDI@GMAIL.COM

Introdução

O artigo a seguir é baseado em estudo original, parte da tese de doutorado¹ que foi realizada em dois hospitais de trauma, através do acompanhamento de profissionais de saúde e de segurança pública direcionado aos homens feridos por conflitos violentos. Trata-se de pesquisa qualitativa, de perspectiva etnográfica, realizada no ano de 2019 no Hospital Pronto Socorro (HPS). Esse hospital é

¹ Aprovação de Apreciação Ética (CAAE) no Conselho de Ética em Pesquisa na Plataforma Brasil sob o número de aprovação de pesquisa com seres humanos: 79992317.8.0000.5334.

referência na atenção em saúde ao trauma à população no estado do Rio Grande do Sul pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e fica localizado no município de Porto Alegre, na região central da cidade.

O acompanhamento sistemático, no interior do hospital de trauma, incluiu profissionais de saúde multiprofissionais (concursados e residentes das áreas de medicina, psicologia, assistência social, enfermagem, odontologia e técnicos de enfermagem), bem como de profissionais de segurança pública (agentes penitenciários, policiais militares, policiais civis e vigilantes terceirizados pelos serviços). A perspectiva etnográfica possibilitou perceber os fluxos de atenção em saúde em diversos departamentos (salas de emergência, enfermarias, unidade de internação intensiva/UTI, quartos de internação de homens sob custódia cautelar² e sala da equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência nos equipamentos de saúde).

O estudo doutoral teve duração de 4 meses, entre 10 a 20 horas semanais. Foram realizadas entrevistas abertas com gestores e profissionais, no entanto, o diário de campo foi escolhido como o principal método utilizado. A variedade de profissionais, de departamentos envolvidos e a rapidez nos fluxos de tomadas de decisão no processo de atenção em torno de usuários de saúde feridos por conflitos violentos e suas famílias possibilitaram analisar novos pontos de vistas sobre a temática.

Sublinha-se a descrição das diversas territorialidades, no interstício entre rua e hospital. Para tanto, é preciso entender a cidade como uma organização social complexa, produtora de signos, símbolos e significados. Os estudos etnográficos recentes se baseiam sobretudo nos acontecimentos, nos sujeitos e no cotidiano das cidades (Junior, Chagas & Oliveira, 2022)³. O território não se constitui apenas como um local geográfico estático e homogeneizado, mas um espaço vivo, repleto de contradições e lutas onde se estabelecem múltiplas relações (Haesbaert, 2004).

Dentre os analisadores centrais que são elencados como pertinentes a serem problematizados, questiona-se como se constituem as práticas de profissionais de saúde e segurança pública em torno de masculinidades racializadas que vivem em situação de rua. Nesse sentido, investigam-se os modos como são agenciados os fluxos de trabalho que envolvem múltiplos atores sociais, relações de poder que perpassam o hospital e se expandem para além desse serviço, bem como a comunicação em suas múltiplas formas. Os fluxos de atenção em saúde (Godói, 2010) são percebidos pelo modo como são reconhecidas as dores, do que é vida e morte, do que entra, volta, nem saiu dali, entrou e nem foi visto.

Para tornar-se porosa às questões que emergiram no campo de pesquisa, a etnografia tornou visíveis aspectos negados pelas instituições envolvidas e ignoradas por outros métodos de pesquisa. Enquanto metodologia e ferramenta de pensamento ético-política, busca a quebra de uma leitura reducionista, em que a responsabilidade ficaria, de um lado, apenas no domínio dos aparelhos sociais inanimados, ou, de outro lado, na individualidade dos sujeitos como a culpabilização de profissionais por práticas em saúde discriminatórias; ambas tendências provocadoras de soluções técnicas simplistas para problemas altamente complexos (Fassin, 2017).

2 Custódia cautelar é a prisão antes da condenação. Pode ser por flagrante, convertida em prisão preventiva, ou pode ser prisão temporária.

3 Assumindo o posicionamento ético-político de dar visibilidade às autorias femininas e/ou pesquisadores no contexto brasileiro, optou-se por referenciar as autorias com nome completo, visto que se busca dissolver a história que foi escrita pelos grandes homens: os brancos, os ricos, os heterossexuais (Carneiro, 2019).

Esse estudo torna-se relevante sobretudo após a pandemia de covid-19 no Brasil (Medrado, Lyra, Nascimento, Beiras, Corrêa, Alvarenga e Lima, 2021). Diversas(os) autoras(es) incluídas/os nesse estudo, salientam a subnotificação como parte do processo de invisibilização dos direitos humanos dessa população. O Coronavírus chegou em um momento de estagnação econômica, desmonte dos sistemas de saúde, de segurança alimentar e nutricional e de proteção social, aumento acelerado da pobreza e da população em situação de rua (Antunes, 2020; Fortuna, 2020).

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (2020), em pesquisa publicada em Março de 2020, havia **221.869 pessoas** em situação de rua, concentradas principalmente em municípios maiores. Os dados do IPEA revelaram que 82% eram homens, 53% tinham entre 22 e 44 anos e 67% eram autodeclarados como pardos ou negros.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua – PNPSR foi instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (Brasil, 2009). Apesar de ter como objetivo assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas do país (Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2022), a presente pesquisa etnográfica revela aos leitores múltiplos processos de exclusão e violência institucional no hospital de trauma.

Ademais, é relevante situar essa problemática social a partir da perspectiva interseccional, feminista e decolonial nos estudos em masculinidades, visto que muitas pesquisas quantitativas e mesmo qualitativas nessa área entendem o “homem” como atribuído ao sexo biológico ou como o “todo universal”. É o que pertence a todo mundo mas **não pertence a todos**, um modo de invisibilizar as diferenças sem compreendê-las como desigualdades.

No contexto apresentado, objetiva-se refletir acerca das masculinidades como um campo a ser problematizado no interior de políticas públicas, visto que “homem e mulher são categorias vazias e transbordantes; vazias porque elas não têm um significado definitivo e transcendente; transbordantes porque, mesmo quando parecem fixadas, elas escapam às definições (Scott, 1995 93). As masculinidades precisam ser entendidas pela sua interseccionalidade (geração, raça, classe social, etc.) enquanto uma ferramenta de análise que nos ajuda a perceber como diferentes marcadores sociais têm impacto na saúde mental e na forma como se ascende aos direitos e às oportunidades (Collins, 2019).

Além das masculinidades variarem conforme os contextos social e histórico, veremos que elas também são construídas simultaneamente em dois campos inter-relacionados de relações de poder, ou seja, nas relações de homens com mulheres (desigualdade de gênero) e nas relações dos homens com outros homens (desigualdades também baseadas nos marcadores sociais como expressões do gênero e da sexualidade, da raça, da etnicidade, da geração). Assim, dois dos elementos constitutivos na construção social de masculinidades são o sexismo e a homofobia (Kimmel, 1998). Megg de Oliveira (2018) vai mais além e situa o modelo de masculinidade cisheteronormativa estreitamente articulado com o racismo e homofobia.

Judith Butler (2011) revela que gênero denomina os sujeitos dentro das performances, dos corpos que estão em ato e que são nomeados de acordo como tais, sendo esses atos o que os possibilita existirem dentro do masculino ou do feminino. Isso porque tanto o sexo quanto o gênero são efeitos de instituições, de discursos e de práticas. Dessa forma, Judith Butler (2011) assume a concepção de que

o sujeito não é pré-existente aos atos performativos, através dos quais as identidades são construídas e reconstruídas, pois a performatividade do gênero pode ou não ter “sucesso” dentro da lógica heteronormativa e sexista. O que compreendemos como corpos masculinos ou femininos são, na realidade, materializações resultantes de reiterações entre o que se concebe como norma e sexo.

Se as relações de poder entre distintas masculinidades se dão por reiteração, assimilação, releitura e/ou, rechaço, não temos dúvida, que no enlace pobreza e racismo, a intensa violência às masculinidades racializadas é efeito reativo a uma condição de subalternização racial das sociedades pós escravistas (Rosa, 2006). Quando inferimos “masculinidades racializadas” explicitamos que a raça humana é uma verdade construída pela ciência, em malhas de saber poder que conferem ao corpo sua patologia, disposição genética e ou mental, justificando ações políticas de segregação e até mesmo o genocídio.

Essas subjetividades, decantadas no tecido social brasileiro, foram e são capazes de construir padronizações racializadas, a ponto de firmar o lugar esperado e comum para pessoas negras como, por exemplo, estar em situação de rua. O marcador de negritude e masculinidade parece reiterar essa situação, agravada mais ainda em momentos de distanciamento social e da necessidade de acesso a serviços sanitários (Casteleira, 2022: 90).

Racialidade interseccionada a gênero é algo que Sueli Carneiro (2019) salienta enquanto inferiorização com relação às construções de masculinidades e feminilidades informadas pela raça considerada dominante.

Interseccionalidade se refere também a formas particulares de opressões em intersecção, por exemplo, intersecções de raça e gênero ou de sexualidade e nação. O paradigma de intersecção nos lembra que a opressão não pode ser reduzida a um tipo fundamental e que opressões trabalham juntas na produção de injustiças (Collins, 2019:21).

Entre distintas hierarquias de masculinidades, tipos de violências podem ou não ser reconhecidas como tal. As expressões da violência tendem a ser cada vez mais intercambiáveis entre si. Sua imprevisibilidade aumentará gradualmente.

Achille Mbembe (2018), a partir de seus estudos em contextos africanos, expande o olhar sobre biopolítica de Michel Foucault, para afirmar que a política tem sido centrada na produção da morte em larga escala, característica de um mundo em crise sistêmica. Não estamos em regime de uma guerra oficial, contudo, o Brasil apresenta algumas das taxas mais elevadas do mundo de homicídio provocado por armas de fogo.

O estado democrático de direito é uma ficção, que se dissipa nas zonas de indistinção entre o jurídico e o político. A difusão do medo à criminalidade, a visibilidade midiática da violência, a incitação ao consumo e a busca de segurança são novas técnicas de gestão das massas humanas. Sobretudo, invocar o velho direito soberano à morte é uma questão da biopolítica que foi retomada pela análise de Giorgio Agamben (2003 sobre o *homo sacer* e a vida nua. De acordo com esse autor, o ponto no qual esses dois aspectos do poder (soberania-biopolítica) convergem não teria sido esclarecido pelo pensamento foucaultiano, permanecendo como um “ponto oculto” ou “uma zona de indeterminação”.

Numa figura enigmática do direito romano arcaico, Agamben (2003: 95) buscou o conceito de *homo sacer*, pessoa que foi posta para fora da jurisdição humana - sem, entretanto, ultrapassar para a esfera divina.

Se no mundo clássico o espaço político é ocupado somente pela *bíos* (vida qualificada), na modernidade ele inclui em seu funcionamento a *zoé* (vida meramente biológica) – e o corpo, despido de substância política, passa a ser alvo de absolutamente qualquer intervenção: torna-se “vida matável”, “vida indigna de ser vivida”, pode ser assassinada ou torturada sem que se cometa um crime (Agamben, 2003).

Esse estudo inicia na primeira subseção com os homens que têm a marquise do hospital como territorialidade associada à segurança e à moradia. As marquises do hospital ficam numa movimentada rua de esquina com a Avenida Oswaldo Aranha, no Bairro Bom Fim e de intenso tráfego de ônibus e carros. No seu entorno há uma multiplicidade de lojas comerciais, como supermercado, restaurantes, farmácias e prédios residenciais de população de classe média. O HPS também fica ao lado de uma Igreja muito antiga e ao Parque da Redenção, espaço público que tem sofrido tentativas de privatização por parte da prefeitura municipal⁴, na tentativa de diminuir a incidência de movimentações de sujeitos considerados como transeuntes perigosos à sociedade: os supostos assaltantes, as pessoas em situação de rua, a prostituição.

As interações entre pesquisadora, profissionais da equipe de abordagem social de rua e moradores da marquise do Hospital Pronto Socorro deram-se de modo pontual, em encontros espontâneos durante minhas chegadas ao HPS. Apresentei-me aos moradores do HPS, ao acompanhar o processo de trabalho em uma das ações dos educadores sociais que trabalham com a abordagem social em toda região central da cidade. Essa demanda, por incluir as marquises do hospital e a sua população, não se deu apenas pelas observações e as aproximações realizadas. As aproximações também foram possíveis através das entrevistas com gestores do hospital e profissionais da assistência social. Essas distintas estratégias revelaram os tensionamentos entre os moradores do entorno e a instituição.

Observam-se as relações entre esses diversos atores sociais, as percepções de risco à saúde de homens em situação de rua, noções de pertencimento social e os sentidos atribuídos às relações com o hospital de trauma. Ambiguamente, processos de expulsão e vigilância institucionais do hospital tensionam os homens e suas famílias ou grupo de pertencimento a desinvestirem o local como meio de moradia e sobrevivência.

Da morte social engendrada nessas relações de poder temos, em um segundo momento, os fluxos de entrada e saída dos usuários de saúde em situação de rua no hospital de trauma devido a agravos em saúde produzidos por conflitos violentos. Através do acompanhamento de profissionais de saúde e da segurança pública, bem como entrevistas a gestores do hospital, revelam-se os processos de subjetivação que destituem certas masculinidades racializadas. Esses são corpos sem biolegitimidade conceito proposto por Didier Fassin (2005) que assinala o reconhecimento político do corpo e as origens do sofrimento. Os preceitos morais envolvidos nas práticas de atenção em saúde dividem os sujeitos entre

4 Temáticas disponíveis em reportagem: <https://www.assufrgs.org.br/2022/10/17/melo-apresenta-projeto-de-privatizacao-da-redencao/> (ASSURFGS, 17 de outubro de 2022) e <https://prefeitura.poa.br/gp/noticias/artigo-chegou-hora-de-cercar-os-parques> (Prefeitura de Porto Alegre, maio de 2022).

aqueles por quem há um apego urgente e irracional e outros, cuja vida e morte simplesmente não importam.

A categoria êmica “Tigre”, faz parte da produção discursiva amplamente difundida entre os profissionais de saúde no cotidiano de suas práticas. O conceito de economia moral de Didier Fassin (2013, 2017), permite-nos perceber as práticas dos/as profissionais de saúde permeadas por princípios e escolhas produzidos culturalmente e assim, compreender as hierarquias colocadas em jogo, os valores operados nas cenas de cuidado atribuído às vidas, bem como os princípios de justiça e humanidade.

Toda sobrevivência pressupõe sobreviver a algo ou a alguém. O homem sobrevive tanto a si mesmo quanto à própria vida. Aquele que sobrevive e aquilo a que se sobrevive coincidem entre si (Pinheiro, 2021: 18). Para Agamben (2015), há o cruzamento de duas fórmulas simétricas na diferença entre o biopoder moderno e o biopoder soberano do velho Estado territorial. “Fazer morrer e deixar viver” marca o poder do soberano que exerce o poder de matar, ou seja, “fazer viver e deixar morrer” marca o biopoder, transformando a estatização do biológico e do cuidado com a vida no próprio objetivo primário (Agamben, 2015).

Desse modo, na segunda subseção, através do termo “Ignorado” no boletim de entrada na emergência do sujeito sem Registro de Identificação, bem como os processos de sujeição criminal explicitado pelo termo “tigre”, entre outros aspectos, explicita-se que sobreviver e viver são aspectos dissonantes no contexto biopolítico atual.

Vigilância e higienização no entorno do hospital de trauma

“Meu amor é inefável por ti”. Os olhos azuis do adolescente Marco Antônio brilhavam de orgulho. Ele me dava a palavra inefável de presente como se somente ele pudesse pronunciá-la, como se a tivesse inventado. Era a Escola Porto Alegre (EPA)⁵ para crianças e adolescentes em situação de rua, era um dia no qual o sol nos aquecia, éramos nós sentados num banco no pátio da escola com algumas árvores em volta. Eu recebi o inefável como se fosse maior do que a palavra amor, enquanto ele me dava algo de si mesmo através de uma foto 3x4.

Me lembrei de Marco Antônio de 15 anos atrás quando vi o mesmo olhar reluzente de orgulho num homem negro e jovem, nos arredores do Hospital Pronto Socorro (HPS), sua morada. Ele sorri, porque não era preciso mostrar o RG (carteira de identidade) para o educador social, ele o tinha e o sabia de memória.

Muito próximo à entrada lateral do hospital onde devem entrar os profissionais de saúde (e a pesquisadora), avistamos os casais, jovens, cachorros e lindos filhotinhos com roupinhas que são abrigados pela marquise do hospital em uma tarde ensolarada. Muitos dos moradores estavam deitados em colchões, alguns sentados em cadeiras. Alguns casais conversavam tranquilamente, outros discutiam, enquanto jovens rapazes dormiam encolhidos em cavernas; seus cobertores. Todos(as) lado a lado. Os

5 Memória da autora principal relativa à prática de estágio em psicologia em Escola Municipal de Porto Alegre, específica para ensino de adolescentes em situação de rua moradia. Para saber mais sobre a instituição acessar: <http://websmed.portoalegre.rs.gov.br/escolas/epa/index.html>

carrinhos de supermercado viraram de reciclagem e a ração dos cachorros atraia a vinda de potes de comida dos humanos. Naquela ocasião, tive a oportunidade de me aproximar de dois educadores da abordagem social de rua⁶ que acompanhavam os moradores da marquise.

Há muitas demandas: um dos homens em situação de rua gostaria de ser encaminhado para o abrigo, outro solicitava ir para o Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e um terceiro clamava por uma internação para abstinência de drogas: “Pode ser internação compulsória, essa dor está insuportável, é a cachaça”, ele dizia. O senhor, sentado no colchão, colocava as mãos na cabeça e enrugava a testa, em um lento desespero que não findava em passar. Pediu um comprimido de *Paracetamol* para mim e para o Educador Social, mas esse respondeu que não era da área da saúde, que o Consultório na Rua do Santa Marta poderia ajudar.

Enquanto isso, o mesmo homem que se alegrava por ter um documento de identidade (sua conexão como sujeito da cidade), relatou suas cicatrizes desses 18 anos na rua, lembrando a si mesmo como auxiliar de cozinha. A lembrança lhe levou a lágrimas envergonhadas diante de outro homem, o educador social também negro e jovem. Ele tenta virar-se de costas. O profissional diz: “pode chorar cara, não é bom guardar esses sentimentos”. O profissional, atento às questões da minha pesquisa, aproveitou e perguntou sobre as marcas em seu rosto. O motivo: cair por beber demais. Era na emergência do HPS onde ia parar. E essa cicatriz aqui? “Essa aí foi um cara numa briga, vim parar no HPS. Mas ele já tá na cova, mataram ele”.

A rua não é só lugar de passagem. “É diferente de dormir num lugar e depois circular”, diz o educador social. “Sempre existiram muitos moradores de rua dormindo aqui nas marquises, mas agora eles moram aqui na frente do hospital”. “Faz pouco mais de um mês”. É o que dizem o vigilante da recepção e o profissional da informática, em distintas conversas sobre violência urbana.

“Eu já encaminhei um ofício à prefeitura para a retirada deles”, disse um dos gestores do HPS que havia igualmente solicitado a abordagem do Ação Rua e o Consultório na Rua⁷ para tentar convencerem os moradores a irem embora para o abrigo municipal.

A relação do hospital com as pessoas em situação de rua é antiga. O enfermeiro achou graça que, em meados de 1998, um homem colocou um sofá de três lugares na frente do HPS e ficou lá, sentado, morando por meses, sem que ninguém ousasse tentar retirá-lo até acharem um trabalho para ele com ajuda da família. Esse mesmo profissional de saúde, com 25 anos de HPS, me levou à sala de Classificação de Risco, imaginando que um quadro pintado há quatro anos, por um homem em situação de rua das imediações do HPS, ainda estaria lá, depois da reforma (que ocorreu no ano de 2014).

A rua manifesta o que o Estado não acolhe. Como os manifestos dos trabalhadores de saúde ao redor do HPS entre os anos de 2012 e 2016. “Eles ficavam de conluio, os trabalhadores, quando em greve, com os moradores de rua”, lembrou o gestor do HPS. No ano de 2017, em mais uma greve, o enfermeiro conta que na paralisação dos funcionários um dos moradores de rua dormia no piquete dos grevistas.

6 Educadores Sociais do Programa Ação Rua, vinculado a Política de Assistência Social de Porto Alegre.

7 Consultório na Rua é o modelo tecnoassistencial de atenção básica em saúde que oferta, através de abordagem social de rua, o cuidado integral em saúde, como verificação de condições de saúde, encaminhamentos e acompanhamentos.

A fotografia se expande no tempo. É 2019 e os sacos pretos usados para depositar o lixo agora fazem casa na marquise do HPS para essas 15 pessoas na esquina da rua Venâncio Aires. Tão próximo, em frente ao HPS, o plástico preto também faz o piquete para acolher os funcionários e realizar seus encontros de mobilização social em frente ao hospital. “Eu vi os moradores de rua esses dias junto com os profissionais de saúde participando da manifestação da greve”, contou-me uma enfermeira.

As reuniões sistemáticas revelavam a luta contra a supressão dos direitos trabalhistas, como redução do acesso à aposentadoria, recursos humanos e tecnológicos. Exemplo é a desativação da Enfermaria de Traumatologia com seus 21 leitos. “E agora a Unidade Amarela da emergência que seria lugar de passagem virou um campo de guerra. Tem pacientes que ficam até um mês aqui”, revelam alguns profissionais e residentes. “Não há quadro de profissionais suficiente, cerca de 80% dos técnicos de enfermagem concursados tem mais de 50 anos de idade” (Diário de Campo, gestor do HPS, 2019).

Assim como o HPS está lotado de pacientes pelo sucateamento de investimentos, a ponte da Conceição (próximo à Rodoviária de Porto Alegre) possui uma alta concentração de pessoas em situação de rua:

Na ponte da Conceição (ao lado da Rodoviária de Porto Alegre) há muita gente, é muita briga, muita agressão. Um ficou de comprar maconha e vem sem. Outro tá devendo.... A prefeitura tem feito uma limpa em toda a cidade junto com a Brigada Militar. Eles recolhem as coisas e mandam circular como fizeram sempre no Viaduto da Borges. E eu sei que aqui no HPS eles enviaram um ofício já para a retirada desses (Diário de Campo, educador social, 2019).

O senhor que pede a internação compulsória como se o próprio desejo de aplacar a dor não fosse suficiente, conta por que as pessoas passaram a morar em frente ao HPS: “Aqui é muito seguro para nós. Tem polícia o tempo todo, entrando e saindo do hospital, tem câmera de vigilância aqui na frente, tem gente andando pela rua. Tem morador do bairro que nos ajuda também”.

Assim, a rua pode ser investida por alguns como lugar de proteção se comparada com o território de origem. Como o jovem que foi acolhido por essa mesma equipe de abordagem social de rua em outra ocasião e levado ao HPS após ter as mãos esmagadas a pauladas por problemas com o tráfico de drogas. Esse rapaz desejou posteriormente ser levado pela brigada militar a um abrigo. No entanto, segundo o educador social, viver na rua para muitos homens tem sido estratégia de refúgio às ameaças de morte vinda das relações com o tráfico de drogas nos territórios de origem.

Rogério Haesbaert (2004) denominou “multiterritorialidade” uma multiplicidade ou diversidade territorial de justaposição ou convivência, lado a lado, de tipos territoriais distintos e complexos. “O território é uma construção histórica e, portanto, social, a partir das relações de poder (concretas e simbólicas) que envolvem, concomitantemente sociedade e espaço geográfico” (Haesbaert, 2004: 42).

Neste contexto, podemos inferir que as pessoas em situação de rua realizam diferentes práticas ao ocuparem a cidade, desde maneiras de fazer o seu sustento diário até maneiras que configurem sua morada (Junior, Chagas e de Oliveira, 2022: 176); modificam e reivindicam o espaço de forma física e simbólica.

Conforme relatos da gestão, entre 2012 e 2016, a própria direção do hospital com os vigilantes recorrentemente conversava com aqueles que “não tem nenhum compromisso com a sociedade”, solicitando para que “não fizessem cocô” no jardim em frente ao hospital. “O cheiro era insuportável”, contou-

-me uma profissional da gestão do hospital dessa época. Se algum morador fazia “arruaça” e se negava a ir embora chamava-se a brigada militar. Foi nessa época também que a direção proibiu o uso dos banheiros da entrada da emergência pelas pessoas em situação de rua. O banheiro fica no saguão do hospital, passando a recepção de um lado seguido do detector de metais do outro. O jeito é o banheiro improvisado: o canteiro que divide as duas pistas na Rua Venâncio Aires, na esquina com a Avenida Oswaldo Aranha.

Para combater a sujeira, as fezes, todas as manhãs a equipe de higienização passa para limpar toda a lateral externa do prédio com grandes e fortes jatos de água até que escorra pelos ralos da cidade. “Com Creolina⁸, muitas vezes saem tacando água em cima dos moradores”, denuncia uma ex-moradora das marquises do hospital em seminário no HPS sobre o tema. Os moradores então se retiram da marquise até que o serviço seja feito. “Nem a gente tem direito a empregada doméstica de graça”, ironiza um dos gestores do hospital. Mas no final de uma manhã, pode-se ver a calçada sendo varrida por uma senhora que sorria e pedia algum trocado.

Outra preocupação antisséptica: o que fazer com as pombas e ratos que invadiram o hospital depois da chegada dos moradores? As pombas são objeto de assunto de alguns profissionais de saúde e gestores. As pombas no olhar de alguns invadiram o miolo do hospital assim como os moradores invadiram o seu entorno. Foram eles que tão velozmente trouxeram a imundície da cidade tão próxima do interior se nada do que é sujo, do que é excremento estivesse lá dentro. Como se a população em situação de rua não estivesse circulando, intensamente, no interior do hospital de trauma enquanto usuários de saúde.

“As pombas furaram a rede de proteção que envolvia todo o miolo externo do hospital”, diz um gestor da emergência do HPS. Curiosa fui conferir o cenário. Uma das partes da tela, que dava de frente para a igreja estava desgrudada da parede. “Os caras não cuidam há décadas daquilo lá e culpam os moradores de rua pelas pombas”, observa uma residente multiprofissional de serviço social.

A violência de Estado, introduzida pela relação histórica de expulsão dos territórios aos considerados infames sob as tecnologias de vigilância, parte do poder disciplinar. De forma ambígua, no contexto pesquisado, a vigilância também é reconhecida como suposta fonte de proteção à violência urbana pelos homens em situação de rua, quando os arredores do hospital demonstram a entrada e saída permanente de profissionais da brigada militar, da polícia civil, da Susepe e as câmeras que existem na fantasia dos que por lá circulam. Esse é o primeiro exemplo que temos da segurança pública, ela começa por controles observacionais simbólicos.

Sobre as representações de sujeitos que vivem processos de exclusão, Vinícios Almeida (2019) a partir do autor Yi-Fu (1980) sublinha a percepção subjetiva do risco e a negociação elaboradas por espécies de mapas de segurança e os aparatos e performances possíveis. Isso se deve porque gênero, sexualidade, raça, classe e outras marcas de diferença agem de formas diversas na relação afetiva que esta-

8 Bula CREOLINA®: Assegura comprovada ação bactericida sobre os microorganismos: *Salmonella typhimurium*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Listeria monocytogenes* e *Escherichia coli*, daí sua eficácia nas seguintes indicações: Como desinfetante de instalações pecuárias, tais como: pocilgas, galpões e estábulos. No preparo do campo operatório em pequenas e grandes intervenções cirúrgicas. No tratamento de miíases (bicheiras). ATENÇÃO: PRODUTO TÓXICO. Evite ingestão, inalação e contato com a pele, olhos e mucosas. Em caso de acidente, lavar o local atingido com água em abundância e procurar socorro médico. <http://www.shoppingdocampo.com.br/creolina-50ml-p329>

beleceamos com os lugares (topofilia), bem como no sentimento de aversão (topofobia) e, juntas, constroem a nossa identidade espacial: a forma como nos relacionamos com o espaço e suas representações.

A vigilância protege e/ou expulsa, conforme o modo como determinadas vidas tidas como não legítimas são percebidas em seus itinerários pela cidade. Não esqueçamos, contudo, que o dispositivo da segurança pública também vai sendo articulado pelos equipamentos e práticas de saúde em outras facetas. A função asséptica da dose antibactericida de Creolina é veneno aos menos humanos, ao provocar uma relação de expulsão que vem do hospital. Podemos então pensar o que fica dentro e o que fica fora do hospital. Ou o que nem entra. Ou o que entra, mas sai como espectro de tantos outros homens que chegam por agravos produzidos por conflitos violentos.

A historiadora e antropóloga Lilian Schwarcz (1993), nos ajuda a pensar sobre a questão da “higienização social” na qual muitos confundem lixo e crime com pessoas em situação de rua. Segundo a autora, no início do século XX o Brasil era entendido e explicado pelo conceito de raça e não pelos atuais modelos político, econômico e sociocultural. Aos poucos foi se intensificando entre a elite brasileira a ideia de um Brasil carente de uma política de limpeza. Esse tema passou a ser central à época e os argumentos eram quase sempre sobre teorias raciais. Um modelo higienista começou a imperar e a população passou a ser classificada entre “sãos” e “enfermos”.

Hospital é o território da rua, é intestino da cidade, que precisa digerir o que é escarrado dela. Mas rumina, enquanto tenta cuspir o que é percebido como alheio a seu interior. A cidade, tecida de instituições, é o fora que está sempre dentro.

Ignorados: masculinidades e violência na emergência e internação

Do miolo, no interstício, para dentro. Não há indicador estatístico que informe o acesso à população em situação de rua ao hospital de trauma, alguns sujeitos sequer possuem dígitos civis. Nesses casos, os recepcionistas do Hospital de Pronto Socorro (HPS), inscrevem no Boletim de Atendimento no quesito “endereço”: “morador de rua”. Mas não é preciso mais do que um dia inteiro para ver homens em situação de rua entrando e saindo da emergência do HPS, a maioria pela porta da frente da emergência de saúde. Alguns estavam internados, como Rodrigo, que levou muitas pauladas na cabeça e precisou ficar alguns dias na Sala Amarela da Emergência de Saúde ou o homem que fora esfaqueado durante a madrugada enquanto dormia com a esposa no Centro da cidade.

No Hospital, os técnicos de enfermagem contam que muitos homens em situação de rua internados entraram por agressão e arma branca. Reiteram o mesmo, o condutor socorrista e a técnica de enfermagem do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) que passavam pelo HPS em uma de suas idas e vindas. Para eles é de praxe encontrar muitos homens em situação de rua feridos pelo que chamam de FAB (ferimento por arma branca) e que a região principal onde acontecem os conflitos seria o Centro de Porto Alegre. Mas se o sujeito em situação de rua não apresenta algo considerado grave, se for apenas uma perna quebrada ou um sangramento leve, por exemplo, ele deve achar um modo de dirigir-se ao HPS: “As pessoas precisam entender que atendemos desde a nossa chegada

situações de risco de morte. Nós não somos o atendimento social para buscar todos os casos de trauma dos moradores de rua que não forem urgentes”, observou uma das profissionais do SAMU municipal.

Para aqueles que chegam à recepção do hospital, não se pode denominar um nome sem o documento de registro a não ser que seja descrito como “Ignorado”, caso dos que não possuem nem documento, e que por vezes nem chegam conscientes ao hospital. Uma das recepcionistas revela: todas pessoas são atendidas, com documentos ou sem. Em caso de ausência de documento, será verificado o nome fornecido com o CPF do usuário de saúde. Nesse caso, a polícia pode ir checar a real identidade, mas é uma iniciativa que é da própria polícia civil. Junto com o nome “Ignorado” é gerado um número. Cada pessoa tem um número no hospital relativo à guarda dos prontuários dos usuários de saúde. “O médico me xingou que eu não cadastrei pelo nome, mas ele chegou por agressão e não sabia do número de nenhum documento”, disse a recepcionista do HPS.

Na sala de descanso da emergência, os enfermeiros, técnicos de enfermagem, residentes e os médicos buscam o mesmo que homens em situação de rua: um banheiro, forrar o estômago e, em dias frios, algo quente, que aqueça sem queimar o tempo que urge. A pressa em deixar a sala é mais rápida que a velocidade do som. Entre uma e outra palavra inaudível, quando a boca fica desocupada, cada palavra sobre violência e homens reluz em riqueza de sentidos e por vezes é congelada, dramatizada pelos profissionais em histórias angustiantes, algumas impublicáveis pelo teor que carregam.

Todas as noites os profissionais alocados no HPS, além da janta, ganham um sanduíche. Tanto quanto o fluxo de homens em situação de rua na emergência de saúde, há os sanduíches, sucos e cafés. O sanduíche da madrugada (feito de queijo, presunto, tomate e alface) é fornecido pela cozinha aos profissionais no momento da janta no hospital. “Esses dias eu vi uma mãe, acompanhante de uma criança internada, com fome e dei meu sanduíche para ela. Às vezes eu ofereço uns Club Social (biscoito) para as pessoas que vejo aqui dentro sem condições financeiras”, conta o agente socioeducativo que passa o plantão de 24 horas fazendo a custódia de um adolescente em medida socioeducativa⁹.

É bem comum que profissionais da enfermagem e técnicos de enfermagem forneçam para as pessoas em situação de rua no interior do hospital sanduíches, café ou outro alimento. Também não é incomum que os profissionais façam doação aos que habitam as marquises do hospital.

Além da alimentação, costuma-se dar um banho quando chegam por agressão física, ao passarem pela classificação de risco e/ou algum procedimento (de diagnóstico ou clínico). Profissionais técnicos de enfermagem na sala de descanso da Unidade Amarela justificam que é por se sensibilizarem de ver a pessoa sem acesso à água para banho. Mas há aqueles que referem o motivo ser antes a solicitação do médico, pois os técnicos de enfermagem afirmam que é inviável atender alguém em tal estado de sujeira. Há alguns que são descritos como tão sujos que as roupas são jogadas ao lixo e é necessário ver com a rouparia/lavanderia do hospital a doação de alguma vestimenta para que o sujeito possa sair do hospital e continuar a seguir seu rumo, seja qual for.

9 As Medidas Socioeducativas são medidas de proteção a adolescentes autores de ato infracional, apurado pela Delegacia da Criança e do Adolescente a quem cabe encaminhar o caso ao Promotor de Justiça que poderá aplicar uma das medidas socioeducativas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90. Uma das medidas se refere à internação em meio fechado. Nesse caso veremos que adolescentes em cumprimento de medida em meio fechado possuem a escolta de um agente socioeducativo no hospital de trauma.

As profissionais da área de enfermagem também ligam para os familiares avisando que o paciente está hospitalizado. Essa iniciativa parece a mais penosa diante de tantas demandas de atendimento: “Lá vou eu fazer o trabalho da “Social” de novo”, diz a técnica de enfermagem, na ocasião ligando para um familiar no qual já tinham o contato via cartão SUS. Ela estava chateada pois achava ser incumbência da equipe de “atendimento social”. Dar-lhes de comer, dar-lhes de beber, dar-lhes banho, ligar para os familiares quando já se tem o contato disponível pelo cartão SUS, celular do paciente ou fornecido por esse. Essa era a função nomeada como “fazendo a social” pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros.

“A social” é vista como profissão feminilizada, própria à imagem da mulher que cuida. Geralmente é um modo de solicitar o atendimento de profissional do serviço social do hospital. “Você é a social?”, me perguntavam vez ou outra homens custodiados pelo Estado em leito de internação no hospital, na esperança de que suas famílias soubessem de seu paradeiro, visitá-los e lhes fornecer os itens básicos de higiene e objetos pessoais. A pesquisa realizada, sobretudo a partir do acompanhamento da atenção em saúde desempenhadas pelas funcionárias concursadas e residentes da área de serviço social possibilitou presenciar a atenção fornecida aos homens em situação de rua em diversas circunstâncias e por longos períodos pois no pequeno espaço da equipe do serviço social foi oferecido à pesquisadora um cantinho no armário enferrujado na sala da equipe, um jaleco a prova de suspeições na UTI (uso obrigatório) e cafezinhos em meio aos refugiados do trabalho extenuante.

É de praxe que a psicologia, por exemplo, que fica na sala ao lado do Atendimento Social do HPS chamada de Saúde Mental (psicologia e psiquiatria) atenda crianças e adolescentes hospitalizados, além de casos de tentativa de suicídio, enquanto a equipe de serviço social tem como objeto primordial a atenção em saúde para pessoas em situação de vulnerabilidade social, e isso também inclui a população em situação de rua que acessa o hospital.

“Mas a população de rua não deve ser somente objeto do serviço social. Se fossem vistos como sujeito com demandas de saúde singulares, sujeito de direitos, sujeito de desejos, com carga cultural distinta daqueles que trabalham no hospital, outros processos de trabalho do hospital seriam possíveis”. Essa frase é o que reverberou no evento realizado em setembro de 2019, especificamente sobre a atenção em saúde às pessoas em situação de rua no HPS, organizado por residentes e preceptores multiprofissionais que dialogavam com profissionais de outros serviços como Programa Ação Rua, Consultório na Rua, Hospital Sanatório Partenon e Movimento Nacional da População de Rua.

De fato, o serviço social é reconhecido pelo atendimento da população que chega ao hospital com demandas complexas, para além do adoecimento orgânico:

A relação com os moradores de rua era muito melhor, nós tínhamos as assistentes sociais o tempo todo com a gente, o trabalho da social é muito importante, elas estavam sempre aqui circulando, trocando casos, atendendo junto, encaminhando para os serviços. Agora está um desmonte não tem mais profissionais suficientes, não tem mais investimento no trabalho que acontecia nos finais de semana e madrugadas, perdeu muito da qualidade. Aparece caso de criança e adolescente em situação de rua e ninguém encaminha quando é noite e as assistentes sociais não estão (Diário de campo, técnico de enfermagem, 2019).

Nesse evento, reivindicou-se um compartilhamento das responsabilidades de encaminhamentos para a rede de proteção social e outros serviços, num contexto tão “endurecido” como o hospital. Ainda é muito comum, pelos relatos, que muitos serviços da rede do SUS evitem atender esses usuários de saúde justificando que esses usuários de saúde devem ser atendidos apenas por serviços específicos como o Consultório na Rua.

Na tese de Antônio Campos (2021) o percurso etnográfico mobilizou os temas das masculinidades em situação de rua em torno da saúde e cidadania, buscando identificar suas articulações no cotidiano. Bem como desvelado pelo autor, as observações do presente estudo reiteram o distanciamento dos homens em situação de rua devido à organização e estruturação dos serviços de saúde, sendo que entre os interlocutores foi perceptível a maior proximidade dos serviços da assistência social. Além disso, a abordagem inadequada nos serviços faz com que os homens sintam-se menosprezados e deixem de procurar ajuda, passando a mobilizar estratégias improvisadas para resolver os problemas de saúde no cotidiano.

“O dia que morrer vai feder a mesma coisa”, diz uma das mulheres, militante pelos direitos das pessoas em população de rua no evento supracitado. Higienização e regulação do espaço urbano para que a doença e a periculosidade dos pobres não passem para os ricos são questões de técnicas de poder que se pronunciam antes como parte de saberes biomédicos convocados a pensar essas questões. A ausência de oferta de políticas públicas de bem-estar social, com sua gradativa subtração nos projetos ético-políticos de governo, impossibilita até mesmo as demandas de sobrevivência básica, como comer/cagar/dormir. E todo o resto que permitiria um bem viver, vai pelo ralo.

O hospital, por um lado exerce processos de rejeição e expulsão a essas demandas (proibição de utilizar os banheiros e os canteiros ao redor) e obviamente sua morte social enquanto sujeito de direitos, mas que ao ocupar o lugar de usuário de saúde deve ser garantida a continuidade de sua vida biológica. Dar de comer, acesso à água e banheiro são demandas de saúde percebidas como ações beneficentes em meio a impossibilidades no processo de cuidado integral em saúde de responsabilidade interdisciplinar¹⁰. Se o objetivo do hospital seria apenas de “salvar” vidas... “O que é viver? Um coração batendo, respirando, isso é viver?”, o médico residente na UTI do Hospital Pronto Socorro questionou a si mesmo.

Salvação é uma palavra-chave onde nasce e se reinventa o hospital, que antes do século XVIII era basicamente uma instituição de caridade a cargo de religiosos. De lugar para morrer, torna-se um instrumento de medicalização coletiva. Começam a surgir os sistemas de intervenção médica, com registro de dados e sistemas estatísticos. A medicina atua nas necessidades mais concretas do ser humano. Quando a saúde e suas tecnologias de salvar vidas substituem a salvação da alma, conclui Foucault, o poder biomédico se eleva drasticamente sobre as tecnologias do corpo e por isso é impenetrável até que a violência adentre as portas do hospital (Foucault, 2008).

“Eu sei que foi assistencialismo”, diz a residente de serviço social, “mas era o possível naquele momento”. A conexão entre o dentro e fora do hospital é o centro do trabalho do serviço social que muitas vezes

10 A interdisciplinaridade busca extrapolar os limites entre os conhecimentos, que ao invés de se individualizarem, agora são tangidos entre si, sendo capazes de interagirem e de se comunicarem. Apresenta como características básicas: a aproximação de campos disciplinares diferentes para a solução de problemas específicos, o compartilhamento de metodologias e a geração de novas disciplinas após cooperação e fusão entre os campos (Aguiar, 2018).

junto com a equipe da psicologia montam estratégias de acompanhamento e encaminhamentos. Raramente é realizada junto com outras áreas biomédicas. Exceções acontecem e uma delas foi quando a residente de enfermagem se colocou à disposição para realizar uma visita domiciliar com a residente do serviço social à família de um senhor, em estado vegetativo, que estava há mais de seis meses no hospital. Até então os profissionais de várias áreas de conhecimento acreditavam que havia negligência por parte de familiares.

“Quando cheguei lá no meio da vila, em uma casa caindo aos pedaços que mal se conseguia entrar eu vi que era impossível um acamado ser cuidado lá”. A residente de enfermagem disse que são situações como essas que lhe trazem sofrimento e causam insônia. Como por exemplo: “ver um senhor que morava numa casa de papelão ganhar alta numa noite chuvosa e nós não podermos fazer nada por ele”.

As tecnologias duras, a departamentalização e a supremacia da visão biomédica sobre o sujeito transmutado em órgãos. Reivindicar por determinados sujeitos remete-nos ao conceito de poder contratual de Roberto Tykanori Kinoshita (1996: 24). O autor chama de poder contratual o valor previamente atribuído para cada indivíduo dentro do campo social, o qual possibilita relações de trocas sociais. Podemos pensar que determinadas masculinidades possuem o valor de poder negativo, já que, parafraseando o autor, “os bens sociais dos corpos tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis e os afetos desnaturados” e desse modo precisariam de alguém que fale por elas.

Não raras vezes, o corpo sobrevivente tem a alta hospitalar mesmo em circunstâncias em que há um risco de morte (mesmo que esse risco seja a morte social iminente que pode-lhe levar em direção à morte física). Aqui entra a “alta social”. Que é sempre necessária a ser pactuada em meio a tensões de outras profissões biomédicas. As profissionais do serviço social que não estão alocadas mais nos plantões noturnos e dos finais de semana, costumam pactuar com o médico do plantão para não liberarem o paciente até que o devido encaminhamento de proteção social seja realizado, pois importa aqui que o sujeito possa estar devidamente seguro. Isso inclui desde o trabalho com familiares que vão poder acolher/acompanhar a pessoa, até o encaminhamento para serviços que envolvem a proteção social básica ou de alta complexidade entre outros serviços.

Todavia, é comum que esses encaminhamentos se percam, devido a tensão pronunciada entre profissional chefe de plantão da enfermagem e profissional chefe de plantão da medicina. Seria de fato comunicado à equipe de enfermagem o acordado com a equipe de profissionais do serviço social? Há, sobretudo, uma pressão para liberar leitos devido à grande demanda de entrada e permanência de pacientes. “A comunicação é complicada pois muitos são liberados antes do serviço social fazer o resgate das relações de parentesco ou encaminhamentos para políticas públicas necessárias. É uma profissão não bem-vista pois trabalha com acesso a direitos e os profissionais querem resolver logo os problemas biológicos e se livrar do paciente” (assistente social residente, Diário de Campo, 2019).

Ter a alta hospitalar a ser revertida quando solicitado pelo serviço social é uma tangente de difícil acesso que inclui homens em situação de vulnerabilidade social. A alta hospitalar nega sua dimensão social, afinal a instituição hospitalar não enxerga como parte de sua agência o salvar vidas para além de suas cercanias e da vida biológica destituída de sua humanidade ardendo em brasas.

Outro analisador no processo de acolhida/expulsão dos homens em situação de rua enquanto uma das masculinidades circulantes no HPS, refere-se à “fuga” de paciente no final de semana, relatada como

motivo de incompletude do acompanhamento devido. Muitos encaminhamentos se perdem, há uma rotatividade intensa de profissionais, principalmente durante os finais de semana, no entanto, há a sensação de que determinados pacientes são protelados na atenção, incentivando que a fuga seja efetivada.

Às vezes o paciente deve ser contido, amarrado mesmo, porque ele está se autoagredindo ou porque quer fugir sem estar em condições de saúde. Pacientes que demandam atenção são um estressor para o pessoal da enfermagem. As vezes eles deixam sem contenção que é para fugir mesmo (profissional da saúde mental).

O que é relatado como fuga antes é um processo de expulsão simbólica. Muitos homens chamados de “tigres” nos dois hospitais de trauma, a maioria avaliados como abstinentes no uso de drogas, que gritam, ameaçam, incomodam, são homens em situação de rua que vieram por agravos em saúde produzidos por conflitos violentos:

- O fulano, sabe o fulano? Veio me ameaçar agora, tu acredita!? Que iria me pegar na rua quando ganhasse alta. Tigre né? Só podia ser tigre. Mas eu peguei e falei bem alto na frente de todo mundo para ele: Ah é, tu vai me pegar na rua!? Fala mais alto agora. Viu, gente ele está me ameaçando!!! Vocês são testemunhas! Vou chamar agora o plantão policial e fazer um BO (boletim de ocorrência). Quero ver se tu vai continuar me ameaçando!”

- E tu fez o B.O.? Perguntou a colega.

- Não fiz nada. (E sorri de seus impropérios). Quería assustar ele para parar de me incomodar.

Em outra ocasião, ao encontrar a mesma técnica de enfermagem, ela ri quando pergunto sobre o que significa “tigre” para o hospital: “Ah, o tigre. Atormentou eu e os pacientes reclamando e caminhando sem parar pela sala amarela, pedia coisas o tempo todo. Tigre é aquele cara incomodativo, que faz escândalo, que ameaça, que briga com os profissionais. Parecem bandidos, mas nem sempre são”.

A agressão sofrida é antes atestado do sujeito de que ele é o risco ao invés de explicitar a situação de risco enquanto ordenamento em que usuário de saúde se encontra. Mesmo que não esteja acompanhado, escoltado por policiais ou agentes da Susepe aquele homem (tido como “tigre” por parte de profissionais de saúde do hospital), quase que instantaneamente, passa pelo *scanner* da criminalização. Como parece ser fácil ser bandido. “Às vezes ele é só um morador de rua, mas já identificam na emergência como bandido” (psicóloga residente, diário de campo, 2019). A criminalização de determinadas masculinidades é um processo que vai para além de homens sob custódia em si, em malhas de poder que começam já na chegada de quem vivencia o conflito violento.

Michel Misse (2010) chama de sujeição criminal a construção social do crime e os dispositivos de poder por meio dos quais são selecionados preventivamente os supostos sujeitos que irão compor um tipo social que é propenso a cometer um crime. Esses processos começam e terminam com base em algum tipo de acusação social que pode ser explicitada ao sujeito. Também pode ser velada, desconhecida ao próprio usuário de saúde, como costuma ser nos bastidores dos hospitais de trauma.

O governo da conduta reitera a invenção de critérios do que deve ser o sujeito, ligando-o, marcando-o e identificando-o a um modelo de ser sujeito. Desse modo são as relações de poder-saber que tornam

possíveis a invenção desses critérios, a sua materialidade (por meio de técnicas, procedimentos e práticas), seu sucesso ou mesmo a resistência a eles (Medeiros, 2008).

E as práticas de saúde se revelam sempre em movimento; ora divergentes entre si, ora consonantes, enquanto múltiplas linhas de força empreendidas no que se refere às masculinidades criminalizadas. Questionamo-nos o que passa a ser inteligível à dimensão da dor, de sofrimento desses homens e o que é tido como expressão de um perigo iminente. Como efeito das percepções, produzem-se práticas de saúde e segurança pública ao corpo que geme, grita, xinga, agita-se. Cala.

Michel Misse (2008), traz a relevante noção de periculosidade para nosso estudo. Atribuir um perigo à existência de determinados homens foram práticas de governo produzidas no século XIX, no contexto de invenção das práticas punitivo-penais que são produzidas no âmbito da virtualidade e não das ações infracionais. As teorias racistas são requeridas quando se deseja demonstrar a monstruosidade do criminoso ou do infrator, sua anormalidade, sua periculosidade, sua inferioridade biológica. A negatividade do outro é realçada pela inocência e bondade de quem ele ameaça. O racismo do século XIX já não pode ser encarado meramente como fruto do ódio entre as raças, mas como uma doutrina política estatal a justificar a atuação violenta dos Estados modernos.

O corpo masculino sempre foi pensado como um instrumento da política (Albuquerque, 2010). Em defesa da manutenção de privilégios de determinados sujeitos se erguem discursos reacionários contra masculinidades negras subjugadas como inferiores, devido às raízes coloniais racistas que criam relações assimétricas de poder. Ou seja, determinadas práticas discursivas consistem na tentativa de silenciar outras experiências corporais, afetivas e sexuais em nome da hegemônica patriarcal, eurocêntrica e cisgênera que esses discursos e práticas se constituem (Gomes, 2019).

Assim, gênero é uma categoria de análise capaz de desestabilizar o que é ser homem ou ser mulher apenas quando percebido não como uma categoria primária, secundarizando a raça, mas como categoria junto a ela produzida (Gomes, 2018). A violência é o princípio básico que torna possível a empreitada colonial. Foi através do poderio bélico, econômico e político que se esquadrinhou as subjetividades e as representações do homem negro: o bandido, o marginal, o traficante, o “crackquento”, o “adolescente infrator, que não tem medo de nada e pode fazer tudo para tomar as propriedades da classe média burguesa (Correa, 2018).

Por carregarem identidades abjetas e performatizações de gênero com fins de sobrevivência, os homens em situação de rua, como categoria plástica de rejeição, acusação e desvinculação social e econômica, evocam e questionam zonas de fronteiras simbólicas, espaciais, sociais, corporais, morais e políticas (Pineiro, 2021). Entre os homens em situação de rua, além dos aspectos relacionados às construções de masculinidades, destaca-se que o preconceito é agravado pela vergonha, devido à sua condição de higiene, vestimentas, rótulos sociais negativos, falta de documentos e impossibilidade de comprovar endereço. Esses aspectos, fazem com que se sintam menosprezados e evitem acessar esses espaços (Campos, 2021).

Corpos habitam e se distribuem em lugares geográficos marcados, em função da matriz que estabelece a relação poder/sujeição, pela exclusão e pela abjeção. A depender das circunstâncias de suas circulações, deslocamentos, invenções de seus cotidianos e performances de gênero, seus corpos serão marcados por masculinidades de modo a forjar dispositivos de sobrevivências. Estas manifestações fundamentam

estilos de masculinidade para sua sobrevivência. Na etnografia de Zuleika Pinheiro (2021, uma das manifestações de produção de masculinidades observadas foi circunscrita como masculinidades *animalescas*:

Nos espaços perdidos na anomia da metrópole, nas brechas da cidade que demandam sobrevivências, há danos corporais e subjetivos ocasionados na convivência das ruas. Falar da situação de rua não é somente enfatizar a sociabilidade dos homens e suas masculinidades e sobrevivências; é igualmente falar de como a sociedade é capaz de produzir esse fenômeno fronteiriço e depois rejeitá-lo. A ideia aqui não é homogeneizar os homens e retirar-lhes a humanidade, colocando-os na categoria de animais, mas de mostrar que, diante das brutalidades da vida nas ruas, os homens se desumanizam ao viverem experiências extremas na luta pela sobrevivência. Eles têm de sobreviver às suas perdas materiais, subjetivas e humanas (Pinheiro, 2021 158, 159).

O próprio termo “tigre” evidencia a animalização racista de nossa sociedade. Exacerbação físico-genital, incompletude intelectual, são vistas como inerentes a esses homens (Conrado & Ribeiro, 2017: 75). Butler (2011, afirma que o não-humano diz respeito a um ser animal, e o inumano sugere uma negação do humano que é intrínseco ao próprio humano.

Movimentam-se, assim, jugos morais que posicionam os homens como mais ou menos merecedores do cuidado. A articulação de marcadores sociais da diferença pode intensificar o preconceito e exclusão. Observou-se que os burocratas de nível de rua, os profissionais que trabalham diariamente com as políticas públicas no seu nível operacional e lidam diretamente no contato com o público dessas políticas, atuam exercendo discricionariedade ao escolherem as práticas que irão realizar e a forma como irão realizá-las. Essas escolhas também são delimitadas pelas condições de trabalho do serviço e por outros fatores organizacionais. Os profissionais de saúde e segurança pública se utilizam de esquemas de categorização do público-alvo que se baseiam em critérios formais de elegibilidade da política, mas também em julgamentos sobre os comportamentos dos usuários, que incluem percepções subjetivas sobre a ideia “merecimento” (Lipsky, 2019).

Conclusão

A inteligibilidade da violência, marcada no corpo, dá-se na medida da possibilidade de sua tradução pelos (as) profissionais nos termos da doença, fragmentada em suas dimensões biológicas, psíquicas e sociais (Sarti, Barbosa & Suarez, 2006). Alguns núcleos de saber, articulados entre si, conseguem fazer o movimento de cuidado em saúde às masculinidades criminalizadas que incluem especialmente os homens em situação de rua dentro e para fora das cercanias do hospital. No entanto, permanece a invisibilidade do sujeito enquanto sujeito de direitos carregado de história, de singularidades.

As narrativas trazidas carregam a necessidade de pensar a potência do hospital como parte do serviço da rede pública que faz eco à vida dos sujeitos que muitas vezes estão alheios ou proibidos de circular pelos serviços descentralizados de seus territórios (como os da Atenção Básica em Saúde). Mas, para isso, o hospital deve superar a noção de “fatalidade” e “inevitabilidade” que envolve o senso comum da visão sobre o problema (Deslandes, Gomes & Silva, 2000), bem como das hierarquias institucionais envolvidas nas relações de poder entre os profissionais.

Ademais, assim como a violência habita a cidade que a esgarça para o hospital, as práticas em saúde e em segurança pública reproduzem a exclusão dos corpos tidos como potencialmente perigosos. Diversos exemplos foram citados; percebeu-se nas práticas dos profissionais a reiteração da manutenção da morte (social) e a pactuação com a morte iminente (física) dos homens em situação de rua envolvidos em conflitos violentos. Uma morte que sempre será indissociavelmente política, social. Não há dois mundos separados e como vimos as relações de poder não se medem pelo tamanho ou pela força e sim pelas estratégias e táticas. Aos homens em contextos de racialização e por isso criminalização de suas existências, o hospital de trauma pode ser o primeiro e o último (por vezes o único) reduto de proteção social e cuidado em saúde.

Todavia, a abordagem inadequada com manifestação de preconceito faz com que os homens em situação de rua se distanciem dos serviços, pois sentem-se menosprezados pela sua condição atual. Os processos de submissão frente às impossibilidades de ter suas necessidades básicas sanadas, a ausência da atenção em saúde humanizada reitera também a produção de masculinidades que se reproduzem em meio a violência, nas precariedades da vida na rua, o que acaba contribuindo negativamente para os cuidados em saúde desses homens, aumentando os riscos de doenças, agravos e complicações de saúde nessa população e ensejando diversos processos de masculinidades que se relacionam através da violência entre os homens e entre homens contra mulheres (Campos, 2021).

Assim, a necessidade de local para pernoite, frente a diminuição dos espaços disponíveis pelas estratégias de higienização social na cidade, faz com que haja domínio e criação de hierarquias de masculinidades, mais ou menos estáveis, nos 'picos' disponíveis. Isso, por um lado, produz uma série de conflitos e relações violentas, todavia desperta relações solidárias entre esses homens (Campos, 2018; Pinheiro, 2021). Sendo que o estudo etnográfico de doutorado se centrou em múltiplos territórios, mas com foco nas práticas discursivas dos profissionais entre os meios penais e terapêuticos no Hospital Pronto Socorro, sugerimos que outros estudos possam se ater mais diretamente a acompanhar a produção de masculinidades a partir de suas próprias narrativas e de suas reflexões sobre itinerários de saúde em meio às masculinidades em situação de rua que vivenciam os conflitos violentos.

Helen Barbosa dos Santos é doutora em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Pós-Doutorado no PPGPSI/PUCRS. Professora da Pós-Graduação de Psicologia da Universidade de Rio Grande (FURG).

Angelo Brandelli Costa é doutor em Psicologia (PPGPSICO/UFRGS) e Pós-Doutorado no PPGPSICO/UFRGS. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Ciências Sociais, Medicina e Ciências da Saúde, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Coordenador do Grupo de Pesquisa Preconceito, Vulnerabilidade e Processos Psicossociais (PVPP/ PUCRS).

Henrique Caetano Nardi é doutor em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2002) e Pós-Doutorado na EHESS de Paris (2008). Professor e Coordenador do Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero (NUPSEX) e do Centro de Referência em Direitos Humanos: Relações de Gênero, Diversidade Sexual e Raça (CRDH) do Instituto de Psicologia da UFRGS.

FINANCIAMENTO

Helen Barbosa dos Santos teve bolsa de doutorado concedida pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e atualmente conta com auxílio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através de bolsa de Pós-Doutorado Júnior (Edital 25/2022).

REFERÊNCIAS

- Albuquerque Jr., D. M. (2010). Máquina de fazer machos: gênero e práticas culturais, desafio para o encontro das diferenças. In C. J. S. Machado, I. M. F. L. Santiago, & M. L. S. Nunes (Orgs). *Gêneros e práticas culturais: desafios históricos e saberes interdisciplinares* (pp. 21-34). Campina Grande: EDUEPB.
- Agamben, G. (2003). *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. São Paulo: Iluminuras.
- Agamben, G. (2015). *Estado de exceção*. São Paulo: Boitempo Editorial.
- Aguiar, R. B. P. L. (2018). *Interdisciplinaridade e prática colaborativa na percepção dos preceptores de um programa de residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia* (Dissertação de Mestrado). Centro Universitário Christus, Fortaleza, CE.
- Almeida, V. S. (2019). *Proposta de cartografia queer a partir do mapeamento da violência aos corpos dissidentes das normas sexuais e de gênero em São Paulo* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. <https://doi.org/10.11606/D.8.2020.tde-04032020-154531>
- Antunes, R. (2020). *Coronavírus: o trabalho sob fogo cruzado*. São Paulo: Boitempo.
- ASSUFRGS (17 de outubro de 2022). Melo apresenta projeto de privatização da Redenção. Imprensa Assufrgs. <https://www.assufrgs.org.br/2022/10/17/melo-apresenta-projeto-de-privatizacao-da-redencao/>.
- Brasil 2009. *Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a*

População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, DF, Presidência da República. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm

Butler, J. (2011). *Vida precária: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.

Campos, D. A. (2021). *Homens de atitude: uma etnografia das construções de masculinidades, suas relações com a vida nas ruas e a saúde de homens moradores de rua de Florianópolis-SC* (Tese de doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis.

Carneiro, S. (2019). Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In Hollanda, H. B. (eds.). *Pensamento feminista: conceitos fundamentais* (pp. 313-321). Rio de Janeiro: Bazar do Tempo.

Casteleira, R. P. (2022). Pandemia, racialidade e homens negros em situação de rua. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos*, 10(1), 85-95. <https://doi.org/10.5016/ridh.v10i1.130>

Collins, P. H. (2019). *Pensamento feminista negro: conhecimento, consciência e a política do empoderamento*. São Paulo: Boitempo Editorial.

Conrado, M. & Ribeiro, A. (2017). Homem Negro, Negro Homem: masculinidades e feminismo negro em debate. *Estudos Feministas*, 25(1), 73-94. <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2017v25n1p73>

Correa, M. A. da Conceição (2018). Masculinidades negras em movimento: o cinema negro como prática decolonial na educação. *Revista Aleph*, 31, 68-101. <https://doi.org/10.22409/revistataleph.v0i31.39273>

Bula Creolina. (junho de 2024). *Efeitos colaterais Creolina*. <http://www.shoppingdocampo.com.br/creolina-50ml-p329>

Deslandes, S. F., Gomes, R., & Silva, C. M. F. P. D. (2000). Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 129-137. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100013>

Fassin, D. (2005). Biopouvoir ou biolégitimité: splendeurs et misères de la santé publique. In M. C. Granjon (Ed.). *Penser avec Michel Foucault: théories critiques et pratiques politiques*. Paris: Karthala.

Fassin, D. (2013). *Enforcing Order: an Ethnography of Urban Policing*. Malden: Polity Press.

Fassin, D. (2017). *Writing the World of Policing: The Difference Ethnography Makes*. Didier Fassin, ed. Chicago: University of Chicago Press.

- Fernandes, M. A., & de Alencar Ribeiro, A. A. (2022). População em situação de rua e o direito de acesso aos serviços de saúde. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos*, 10(1), 129-139. <https://doi.org/10.5016/ridh.v10i1.124>
- Fortuna, C. (2020). Nem heróis, nem novo e nem normal: a pandemia e as práticas profissionais da enfermagem. *Brazilian Journal of Nursing (Online)*, 19(2). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1152112>
- Foucault, M. (2008). *Segurança, Território, População: curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes.
- Godoi, R. (2010). *Ao redor e através da prisão: cartografias do dispositivo carcerário contemporâneo* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Gomes, C. de M. (2018). Gênero como categoria de análise decolonial. *Civitas - Revista De Ciências Sociais*, 18(1), 65–82. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2018.1.28209>
- Gomes, A. R. (2019). Machocracia, negacionismo histórico e violência no Brasil contemporâneo. *Revista Ñanduty*, 7(10), 146-158.
- Haesbaert, R. (2004). *O mito da desterritorialização: do "fim dos territórios" à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2020). *Atlas de vulnerabilidade social dos municípios brasileiros*. Brasília: Ipea.
- Junior, V. C., Chagas, P. B., & de Oliveira, J. S. (2022). Organização-cidade e território: a territorialidade das pessoas em situação de rua a partir de suas práticas cotidianas. *Revista Eletrônica de Ciência Administrativa*, 21(1), 175-200. <https://doi.org/10.21529/RE-CADM.2022007>
- Kimmel, M. S. (1998). A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes antropológicos*, 4(9), 103-117. <https://doi.org/10.1590/S0104-71831998000200007>
- Kinoshita, R. (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta, A. M. (ed.). *Reabilitação psicossocial no Brasil (55-99)*. São Paulo: Hucitec.
- Lipsky, M. (2019). *Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos*. Brasília: Enap.
- Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. (2022). *População em Situação de Rua*.

Acessado em abril de 2022. <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua>.

Mbembe, A. (2018). *Necropolítica*. 3. ed. São Paulo: n-1 edições.

Medrado, B., Lyra, J., Nascimento, M., Beiras, A., Corrêa, Á. C. D. P., Alvarenga, E. C., & Lima, M. L. C. (2021). Homens e masculinidades e o novo coronavírus: compartilhando questões de gênero na primeira fase da pandemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 179-183. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.35122020>

Misse, M. (2010). Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (79), 15–38. <https://doi.org/10.1590/S0102-64452010000100003>

Misse, M. (2018). Violence, criminal subjection and political merchandise in Brazil: an overview from Rio. *International Journal of Criminology and Sociology*, 7, 135-148. <https://doi.org/10.6000/1929-4409.2018.07.09>

Oliveira, M.R. (2018). Seguindo os passos “delicados” de gays afeminados, viados e bichas pretas no Brasil. In: Caetano, M; Silva, J. *De guri a cabra-macho: masculinidades no Brasil*. (pp. 127-145). Rio de Janeiro: Lamparina.

Pinheiro, Z. D. A. C. (2021). Corpos em Cena: Masculinidades e Sobrevivências de Homens de Rua no Limite do Humano. *Ponto Urbe: Revista do núcleo de antropologia urbana da USP*, 29, 01-29. <https://doi.org/10.4000/pontourbe.10887>

Prefeitura de Porto Alegre. (03 de maio de 2022). *Chegou a hora de cercar os parques?* <https://prefeitura.poa.br/gp/noticias/artigo-chegou-hora-de-cercar-os-parques>.

Prefeitura de Porto Alegre. (junho de 2024). Site da Escola de Porto Alegre – EPA. <https://websmed.portoalegre.rs.gov.br/escolas/epa/index.html>

Rosa, W. (2006). *Homem preto do gueto: Um estudo sobre a masculinidade no rap brasileiro* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília.

Sarti, C. A., Barbosa, R. M., & Suarez, M. M. (2006). Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 16(2), 167-183. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312006000200003>

Schwarcz, L. M. (1993). *O espetáculo das raças: Cientistas, instituições e questão racial no Brasil do 1870 – 1930*. São Paulo: Companhia das Letras.

Scott, J.W. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2), 71-99.

Yi-Fu, Tuan. (1980). *Topofília: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente*. São Paulo: Difel.

HOMENS EM SITUAÇÃO DE RUA: ENTRE A MARQUISE E A EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL DE TRAUMA

Resumo: A pesquisa etnográfica possibilitou perceber o hospital de trauma como parte das territorialidades que compõem o cotidiano de homens em situação de rua. Acompanhar os fluxos de atenção nas práticas de profissionais da saúde e da segurança pública aos homens feridos por conflitos violentos revelou a indissociabilidade entre o dentro e fora da instituição, os itinerários de exclusão e acolhimento. A perspectiva epistemológica adotada é sobretudo pós-estruturalista, feminista e decolonial. Para homens negros, pobres e jovens a dor é percebida pelo hospital como sinal de periculosidade e suas performances e itinerários em saúde tidos como suspeitos. Dispositivos de segurança são acionados mas resistem algumas operações de cuidado humanizado que escapam à sujeição criminal de masculinidades valoradas comumente pelos profissionais como “tigre”: aquele que parece bandido, mas nem sempre é.

Palavras-chave: masculinidades; hospital; situação de rua; etnografia; violência.

HOMELESS MEN: BETWEEN THE MARQUEE AND THE EMERGENCY ROOM OF A TRAUMA HOSPITAL

Abstract: The ethnographic research made it possible to perceive the trauma hospital as part of the territorialities that make up the daily lives of men living on the streets. Accompanying the flows of care in the practices of health and public safety professionals to men injured by violent conflicts revealed the inseparability between inside and outside the institution, the itineraries of exclusion and reception. The epistemological perspective adopted is mainly post-structuralist, feminist and decolonial. For black, poor and young men, pain is perceived by the hospital as a sign of dangerousness and their performances and health itineraries are considered suspicious. Safety devices are activated but resist some humanized care operations that escape the criminal subjection of masculinities commonly valued by professionals as “tiger”: the one who looks like a bandit, but is not always.

Keywords: masculinities; hospital; street situation; ethnography; violence.

HOMBRES SIN HOGAR: ENTRE LA MARQUESINA Y LA SALA DE EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL DE TRAUMA

Resumen: La investigación etnográfica posibilitó percibir el hospital de trauma como parte de las territorialidades que componen el cotidiano de los hombres que viven en la calle. Acompañar los flujos de atención en las prácticas de los profesionales de la salud y seguridad pública a hombres lesionados por conflictos violentos reveló la inseparabilidad entre dentro y fuera de la institución, los itinerarios de exclusión y acogida. La perspectiva epistemológica adoptada es principalmente posestructuralista, feminista y decolonial. Para los hombres negros, pobres y jóvenes, el dolor es percibido por el hospital como un signo de peligrosidad y sus actuaciones e itinerarios de salud son considerados sospechosos.

Los dispositivos de seguridad se activan pero resisten unos operativos asistenciales humanizados que escapan al sometimiento delictivo de las masculinidades comúnmente valoradas por los profesionales como “tigre”: el que parece bandolero, pero no siempre lo es.

Palabras Clave: masculinidades; hospital; situación de la calle; etnografía; violencia.

RECEBIDO: 30/09/2022

APROVADO: 25/04/2023

PUBLICADO: 01/10/2024



Este é um material publicado em acesso
aberto sob a licença *Creative Commons*
BY-NC