



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL
NÚCLEO DE PESQUISA EM GÊNERO, SEXUALIDADE E RAÇA

Helen Barbosa dos Santos

Entre saúde e segurança pública: homens marcados pela violência nos hospitais de trauma.

Orientador: Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi

Porto Alegre, 2019

HELEN BARBOSA DOS SANTOS

Entre saúde e segurança pública: homens marcados pela violência nos hospitais de trauma.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Orientar: Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi

PORTO ALEGRE- RS

2019

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a TATIANA MOURA – Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

Prof. Dr MICHEL MISSE - Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia (PPGSA)
- Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Prof. Dr - GABRIEL JOSÉ CHITTÓ GAUER - Pós-Graduação em Ciências Criminais – Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande Do Sul

Prof^a. Dr^a PAULA SANDRINE MACHADO - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e
Institucional- Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Dr – HENRIQUE CAETANO NARDI - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e
Institucional- Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BM - Brigada Militar

BOE – Batalhão de Operações Especiais

CIB – Comissão Intergestores Tripartite

CIOPE - Centros Integrados de Operações e Emergências

COMAG - Conselho da Magistratura do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul

CPF – Cadastro de Pessoas Físicas

DAHA – Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial

DAS - Departamento de Ações em Saúde

DECA - Departamento Estadual da Criança e do Adolescente

DPPA - Delegacia de Pronto Atendimento

DSE - Departamento de Segurança e Escolta e Custódia em Hospitais

EPA- Escola Municipal de Ensino Fundamental Porto Alegre

FAB – Ferimento por Arma Branca

FAF – Ferimento por Arma de Fogo

FASE – Fundação de Atendimento Sócio Educativo

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HCR – Hospital Cristo Redentor

HPS – Hospital Pronto Socorro

PAEFI - Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos

PC – Polícia Civil

PEC - Processo de Execução Criminal

PM – Polícia Militar

PNH- Política Nacional de Humanização

PPCAM - Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte

PROCEMPA - Companhia de Processamento de Dados do Município de Porto Alegre

RG – Carteira de Identidade

RS – Rio Grande do Sul

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES – Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

SIMERS - Sindicato Médico do Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEPE- Superintendência dos Serviços Penitenciários

TS – Tentativa de Suicídio

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VEC - Vara de Execuções Criminais

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO..... | 9 |
| 1. (AUTO)ETNOGRAFIA EM CONTEXTOS ONDE A VIOLÊNCIA IMPERA: MULTIPLICIDADES E DESAFIOS NO HOSPITAL DE TRAUMA..... | 16 |
| 2. A MARQUIZE E O MARQUEZAN: DA RUA PARA O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA..... | 29 |
| 2.1. Marco Antônio e a alta (social) hospitalar..... | 39 |
| 2.2. Dos ignorados e dos Acusados: o nome próprio no acesso à saúde e à segurança pública..... | 51 |
| 2.3. Acesso, acolhimento e restrição às visitas..... | 58 |
| 3. A SALVAÇÃO DE DAVID POR MARLON: O VIVER E MORRER NO HOSPITAL DE TRAUMA.... | 65 |
| 3.1. Vasos comunicantes: a família como vítima oculta em meio ao processo de trabalho da UTI | 6 |
| 3.2 Hospital como potência de vida ou como manutenção da morte iminente? | 80 |
| 4. HISTÓRIAS SOBRE A “TIGRADA”: A ECONOMIA MORAL NO HOSPITAL DE TRAUMA | 90 |
| 4. 1 Fábulas de monstros: narrativas de profissionais de saúde e segurança pública..... | 96 |
| 4.2 Tigrão, chinelo e bandido: termos guarda-chuva na produção social de homens envolvidos em conflitos violentos..... | 102 |
| 5. AS DORES DOS HOMENS: INTRODUÇÕES ACERCA DA LINHA LIMÍTROFE DOENTE/BANDIDO..... | 119 |
| 5.1 Acolher a dor, escutar a dor | 121 |
| 5.2 Mediar a dor pelas drogas | 131 |
| SEGUNDO BLOCO: A SEGURANÇA PÚBLICA NO HOSPITAL DE TRAUMA..... | 136 |

| | |
|---|-----|
| 6. JUSTICEIROS E ACOMPANHANTES: NO TERRITÓRIO DOS HOMENS FERIDOS POR ATOS VIOLENTOS..... | 143 |
| 7. O RESENTIMENTO BATE À PORTA: RELAÇÕES DE PODER ENTRE MASCULINIDADES NO HOSPITAL DE TRAUMA..... | 168 |
| 8. O MEDO FAZ A RONDA: TENTATIVAS DE RESGATES E EXECUÇÕES NOS HOSPITAIS | 199 |
| 8.1 Tentativas de execução e as táticas de defesa..... | 203 |
| 8.2 Escolta: quem é o responsável pelo criminoso?..... | 215 |
| 8.2.1. A Brigada Militar..... | 216 |
| 8.2.2. A Susepe..... | 217 |
| 8.2.3 A Polícia Civil..... | 217 |
| 8.2.4 O hospital | 218 |
| 8.3 E se eu fosse o(a) dono(a) dessas chaves? Do hospital penitenciário aos hospitais de trauma..... | 227 |
| 8.3.1 Hospital Penitenciário..... | 230 |
| 8.3.2 Centro de Custódia Hospitalar Vila Nova..... | 235 |
| 8.3.3 Os leitos de custódia: rosas e espinhos na intersecção saúde-segurança..... | 238 |
| 9. A CAIXA DE PANDORA: OS MALES DO MUNDO E A ESPERANÇA NOS LEITOS DE CUSTÓDIA..... | 242 |
| 9.1 Não podemos deixar morrendo: os meios pelos quais meninos-homens chegam custodiados pelo Estado | 251 |
| 9.1.1 Rafael..... | 253 |
| 9.1.2 José..... | 254 |
| 9.1.3 Felipe..... | 255 |
| 9.1.4 Tiago..... | 256 |
| 9.2 Fazer morrer travestido de deixar morrer: pontos de convergências em quatro vidas..... | 257 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS: Nas fronteiras do sangue e da precariedade: algemas, seringas e alguma esperança..... | 265 |
| REFERÊNCIAS..... | 273 |

RESUMO

Santos, Helen Barbosa (2019). Entre saúde e segurança pública: homens marcados pela violência em hospitais de trauma. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Homens que chegam nos hospitais de trauma por conflitos violentos. As masculinidades são diversas, elas são reiteradas e recolocadas entre diversos atores sociais: usuários de saúde, profissionais de saúde e profissionais da segurança pública. A pesquisa etnográfica, realizada em dois hospitais de trauma no município de Porto Alegre, buscou explicitar como as práticas terapêuticas e as práticas penais se produzem a partir de fronteiras borradas, indicando as convergências e divergências na intersecção entre saúde e segurança pública. Dos arredores do hospital de trauma, entrando pela emergência, passando por enfermarias, unidades de terapia intensiva e os leitos de internação de custódia, bem como imersões pontuais no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e no Centro de Custódia Hospitalar Vila Nova, observou-se as interações entre múltiplos atores sociais, as produções discursivas no cotidiano hospitalar e os múltiplos fluxos de atendimento. O processo etnográfico possibilitou perceber aspectos como: A) a inseparabilidade entre morte física e morte social (por vezes mortes iminentes), o dentro e fora do hospital de trauma enquanto separações ilusórias que expõem as territorialidades interconectadas; e, obviamente, entre os processos que criminalizam e que medicalizam os homens envolvidos em conflitos violentos. B) As práticas discursivas dos profissionais (de saúde e de segurança pública) são fortemente articuladas com produções de masculinidades criminalizadas por meio do que chamaremos de economia moral, conceito explorado por Didier Fassin. C) reiterando o exposto, fronteiras de tratamento médico e penal são borradas justamente porque o hospital demonstra-se firmemente articulado ao dispositivo da segurança pública. Todavia, o fluxo de entrada/permanência/saída entre o que é do sistema de saúde e o que é da segurança pública é indefinido, não somente para a pesquisadora, mas para os profissionais de saúde e da segurança pública (brigada militar, polícia civil e Susepe). No entanto a segurança pública está ali, não apenas para algemar/acorrentar aos leitos de custódia até que o presídio seja o destino, (gestão da população perigosa) mas é convocada como proteção/prevenção à violência contra os profissionais de saúde e outros cidadão de “bem” (a vigilância dos corpos), também quando ela mesma produz diretamente o motivo de internação de determinadas masculinidades criminalizadas (sua função punitiva). As considerações finais sinalizam que esse estudo pretende não apenas aprofundar a análise sobre temática original e relevante, igualmente pretende mobilizar ações estratégicas de qualificação da gestão do cuidado aos profissionais e usuários de saúde que estão expostos aos efeitos deletérios da violência.

Palavras-chave: segurança pública, saúde, masculinidades, hospital, trauma, conflitos violentos.

Abstract

Men who arrive at trauma hospitals for conflict violent. Masculinities are manifold, reiterated, and relocated between social levels: health users, health professionals, and public health professionals. The ethnographic research, conducted in two hospitals in Porto Alegre, sought to explain how therapeutic practices and penal practices from blurred borders, pointing as convergences and divergences at the intersection between health and public safety. From the hospital to trauma hospital, having the emergency, passing by patients, intensive care units and the management of hospitalization of custody, as well as occasional immersions in the emergency service in hospital (SAMU) and Vila Nova Hospital Custody Center. These are interactions between social actors, such as discursive productions in daily hospital life and multiple care flows. The ethnographic process made possible dimensions such as: a) Inseparability between social death and physical death, in the hospital of trauma and illusory separations that exposed interconnected territorialities; and, obviously, among the processes that criminalize and medicalize men involved in violent conflict. B) The discursive practices of public health professionals are elucidated with productions of criminalized masculinities through what we call Moral Economy, concept explored by Didier Fassin. C) reiterating the above, clinical and criminal treatment boundaries are rightly charged by the hospital. However, the flow of entry / stay / exit between what is in the health system and what is in public safety is undefined, not only for the researcher, but for health and public safety professionals (military brigade, civil police and prison guards). Regardless of, public safety is there, not only to handcuff / chain the custody beds until the prison is the destination (dangerous population management) but is called for protection / prevention of violence against health professionals and other citizens of "Good" (the vigilance of the bodies), also when she herself directly produces the reason for the hospitalization of certain criminalized masculinities (their punitive function). The final considerations indicate that this study intends not only to deepen the analysis of the original and relevant theme, but also to mobilize strategic actions to qualify care management for professionals and populations exposed to the deleterious effects of violence.

Keyword: public security, health, masculinities, hospital, trauma, violent conflicts.

INTRODUÇÃO

A noite é uma menina de cinco anos com longas tranças, correndo por corredores intermináveis. Direita, descer, esquerda, subir, descer. Se perder. Atravessar portas e grades lacradas. Lá onde se escondem os segredos dos adultos, nas cores carcomidas pelo tempo.

Depois não enjoaria de comer os iogurtes e a pastelina com salsicha da madrugada que sua mãe ganhava nos plantões do Hospital de Pronto Atendimento da Vila Cruzeiro. Comia e gargalhava toda vez que o enfermeiro cuspiu no enroladinho, em frente à geladeira da cozinha: “quero ver quem rouba meu lanche agora!”

Enquanto isso, o pai, Guarda Municipal, guardava o patrimônio público na penumbra de quatro paredes. Ali ela não poderia ficar, nem queria. Gostava mesmo era das lâmpadas ofuscando as passadas em sapatos brancos; profissionais de saúde e suas crianças, cuidando-se entre si, até que chegasse a hora de dormir no quatinho de descanso da enfermagem, vez por outra habitado por ratos.

-Mãe o que é isso?, perguntou na beirada de uma sala, ao ver tantas gavetas de metal reunidas, uma acima da outra.

– Aqui não é pra entrar filha, vem aqui. É o sistema de ventilação.

Não convenceu. Para ela era a sala onde ficavam os mortos no hospital. Depois de trinta e dois anos, a mãe a corrige.

- Para com isso Helen, que imaginação que tu tinha. Ali, era a sala dos politraumatizados onde os médicos tentavam salvar vidas. Eu não deixava tu ir em nenhuma parte onde estavam os bandidos, os vagabundos. Era muita coisa triste, baleados, briga. Só deixava tu ficar na cozinha e na sala de descanso dos enfermeiros e dos técnicos.

Levou muito tempo para que memórias guardadas num lugar especial da minha infância fossem percebidas como parte de uma escolha ético-política profissional e acadêmica voltada à percepção das dores e dos traumas, do desejo de viver e da morte que ronda a todo

instante homens¹ negros, pobres e jovens no nosso país. Nas malhas do sistema prisional eles são os chamados “Caídos”; em serviços de saúde com alto índice de mortalidade são os “Morredores”.

Segundo o Daniel Cerqueira et. al (2018), em estudo do Atlas da Violência, relativo ao ano de 2016, 62.517 pessoas perderam suas vidas devido à violência. O perfil das vítimas, segundo o Atlas da violência, continua o mesmo. 71% dos que morrem são negros, pretos ou pardos. Jovens de 15 a 29 anos e com baixa escolaridade. Essa também é a população majoritariamente encontrada nos presídios brasileiros.

No que concerne aos indicadores de morbi-mortalidade associados às causas externas no âmbito da saúde, Suely Deslandes (2008, pág. 90) adverte que há um elevado número dessas mortes registrado como “*causa que se ignora se intencionais ou acidentais*”. A autora ressalta que ainda que exista uma rotina de identificação, apuração das causas, caracterização epidemiológica de casos de violência contra a mulher e a criança, outras formas de violência interpessoal, como a violência urbana, geralmente, não são identificadas.

Assim, tornam-se relevante estudos como os desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2010), bem como por Ricardo Mello et. al. (2008) – Hospital José Frota no Ceará - e Giana Dalbem (2012) – Hospital Cristo Redentor em Porto Alegre - sobre o perfil das vítimas de acidentes e violências no país, ao apontarem que mais de 80% dos homens que chegam à emergência de saúde são por causas associadas à agressão física, a maior parte por arma branca e arma de fogo. Há tantos outros estudos quantitativos sobre o tema. As porcentagens não mudam.

Não faltam dados estatísticos para a assustadora dimensão da violência. De todo modo, as ações investidas pelo Estado naturalizam a violência policial e urbana, produzindo uma insensibilidade em relação às vidas que estão sendo dizimadas, aliás, elas se sustentam no próprio discurso de extinção da violência urbana que assola os “cidadãos de bem” ao dissociar certo grupo de pessoas (as vidas precárias), na perspectiva de Judith Butler, (2011),

1 De antemão podemos afirmar que buscaremos desfazer noções abstratas de “homem” enquanto identidade única, a-histórica e essencialista, para pensar as masculinidades como diversidade no bojo da historicidade de suas inter-relações, rastreando-a como múltipla, mutante e diferenciada no plano das configurações das práticas discursivas. (Fernando Botton, 2007)

legitimando suas mortes como algo esperado, impossibilitando qualquer vínculo no sentido de alteridade.

O que a alta mortalidade masculina entre os jovens pobres nos revela é em parte a discriminação à brasileira, ou seja, uma conduta que legitima a cor e a classe como critérios que tornam a pessoa um perigo em potencial. Por isso, de 2013 a 2015, enquanto consultora UNESCO na gestão da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem (PEAISH), questionei a centralidade no câncer de próstata; foram então construídas novas diretrizes e notas técnicas para a implantação da política em serviços de Atenção Básica em Saúde no Estado do Rio Grande do Sul, com vistas à materialização de ações contínuas que fossem dirigidas à prevenção da violência aos jovens e adultos. Essas e outras estratégias de cogestão adotadas, residiram no campo das masculinidades numa perspectiva feminista e a partir dos intercessores (marcadores sociais) como gênero, geração, raça e classe social.

Esse foi um desafio de grande relevância nos Seminários de implementação da PEAISH pelo Estado do Rio Grande do Sul. Dulce Ferraz (2010) já havia ressaltado algo que foi observado durante minha trajetória na gestão dessa política pública: os agravos produzidos pela violência urbana não costumam chegar aos serviços de atenção primária em saúde. É na emergência que a vida e a morte pulsam, é para lá que vão os homens quando suas existências estão em risco.

A ideia de adentrar pela porta dos fundos no hospital de trauma foi tomando corpo desde então, já que é território profícuo que revela as intersecções entre mecanismos de medicalização e criminalização de certas masculinidades. Sobretudo, deste corpo que foi historicamente² costurado “a ferro e fogo”. Do trabalho (e do) escravizado. Foucault (2007) nomeou estes homens como infames, ou seja, produzidos socialmente pela ideia de degenerescência.

2 Em dissertação anterior a esse estudo, no qual nomeei de “Um homem para chamar de seu: uma perspectiva genealógica da emergência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Helen B. Santos; Henrique C. Nardi, 2013), busquei traçar as distintas masculinidades produzidas socialmente no campo da saúde brasileira, as marcações de poder que possibilitaram para certas masculinidades terem determinados acessos em saúde. No caso, os homens infames são os (ex) escravizados, os escarrados do mercado de trabalho, tidos como bandidos ou vagabundos. Quando não mortos fisicamente o são socialmente e se não forem absorvidos pelo desemprego resta-lhes serem institucionalizados. (Helen Barbosa dos Santos; Henrique Caetano Nardi, 2018)

Parafrazeando Foucault em seu livro “Em defesa da sociedade”, questiona-se: que vidas importaram serem vividas para a nação brasileira? Os “(...) corpos que importam”, os “sujeitos aceitos(...)”, (Guacira Lopes Louro, 2004, p. 15) são aqueles que obedecem a normas regulatórias. Aqueles que oscilam, hesitam, inventam novos caminhos e ousam trilhá-los, são suspeitos, no limite, descartáveis, restos.

Em meio a um regime de biopoder não se poderia exercer o velho direito soberano de matar – expor à morte, ou multiplicar para alguns o risco de morte; decretar publicamente a morte política, a expulsão, a rejeição. O biopoder tem dois pólos interligados por um feixe de relações intermediárias: o primeiro deles, ligado a uma anatomia política do corpo humano, que se apoia em técnicas minuciosas e propriamente disciplinares e o segundo polo o controle das populações (Joel Birman et. al, 2012). Em uma era onde o poder deve ser justificado racionalmente, o biopoder é utilizado pela ênfase na proteção de vida, na regulação do corpo, na proteção de outras tecnologias (Michel Foucault, 1999).

No entanto, vivemos tempos do controle biopolítico erigido em torno da “guerra às drogas”, que se utiliza de aparatos de segurança próprios ao poder soberano, convertendo todos os sujeitos à fantasia de terror e da indispensabilidade de estratégias de contenção. Ocorre assim a legitimação da aplicação de uma metodologia de extermínio seletivo das camadas mais pobres. (Raphael Sanches Junior, 2011)

“Eles não morrem mais aqui Helen. Antigamente no HPS (Hospital Pronto Socorro) era briga toda hora. Eles brigavam aqui dentro, era lotado de gente que vinha por violência urbana, agora vem muito pouco comparado a antes. Porque antes era briga. Agora, é eliminação. A lógica é de eliminarem-se, uns aos outros. A maioria nem chega no hospital, morrem na rua.” (Enfermeiro há 25 anos no Hospital Pronto Socorro)

Entre minhas andanças pela emergência de saúde, o enfermeiro quase aposentado conta para mim e para os vigilantes o que via no final dos anos 1990: As brigas de gangues entre Skinheads e Punks que ficavam pela Redenção e pelo Bar do João. “No carnaval era uma loucura isso aqui, quando não existia o Hospital Cristo Redentor³ nem vários prontos atendimentos, os Skinheads e Punks e mais todas as brigas da cidade paravam aqui.”

3 O Hospital Pronto Socorro, administrado pelo município, abriu suas portas localizado em área central da cidade em 1944, mas antes disso funcionava como serviços de emergência descentralizados (desde 1988). Já o Hospital

Para além das diversas configurações históricas e sociais relacionadas aos conflitos violentos, homens negros, pobres e jovens são antes, objeto das políticas de segurança pública, que por meio de ações estratégicas de saúde (como fora na repressão à ociosidade no período da República Velha, no combate ao alcoolismo no período Getulista), exercem mecanismos de normalização. Pelo princípio da raça, cria-se um sujeito intrinsecamente degradado, que já o é e continuará sendo pela sua herança biológica. A raça, enquanto próprio inventário do racismo, introduzirá o homem branco como norma pela medicina:

“Os discursos biológicos-racistas sobre a degenerescência, mas também todas as instituições que, no interior do corpo social, vão fazer o discurso das raças funcionar como princípio de eliminação, de segregação e, finalmente de normalização da sociedade”. (Michel Foucault, 1999, página 73).

A medicalização torna-se então a outra faceta da mesma moeda do estado penal para a gestão da população. Ocorre uma dupla regulação social: o entrelaçamento social-penal no campo problemático instaurado entre as políticas de segurança pública e saúde. É necessário “fazer viver e deixar morrer” em meio às formas de gestão da população, as quais Michel Foucault (2008) designa como próprias do biopoder. Mas o biopoder só coexiste na atualidade descrita, com as configurações do poder soberano em lógicas de “fazer morrer e deixar viver”.

Nesse ínterim, para movimentar a tessitura teórica e metodológica no que concerne às posições das masculinidades situadas entre a saúde e a segurança pública, questiona-se: **Como se configuram e se atualizam as convergências, interferências, dissonâncias no *continuum* punitivo-terapêutico das práticas entre saúde e segurança pública voltadas aos homens marcados pelos conflitos violentos?**

A construção desta pesquisa parte de ferramentas teóricas e metodológicas de autores/as da Psicologia Social na interface com outros campos do saber, desnaturalizando preceitos atrelados por noções reducionistas do que seria “sujeito” e “social”. Rosane Silva

Cristo Redentor foi fundado apenas em 1956. Conhecido, atualmente, como o pronto-socorro da Zona Norte, o HCR faz parte do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), juntamente com o Fêmina e o Hospital da Conceição, serviços de financiamento federal. O Hospital Cristo Redentor se tornou referência no atendimento a pessoas acidentadas, sendo um dos três prontos-socorros existentes no Rio Grande do Sul. É especializado em traumatologia, neurocirurgia, cirurgia plástica e queimaduras, traumas em geral, entre outros. HCR e HPS tornam-se referência para atendimento das urgências e emergências de Porto Alegre, região Metropolitana. HPS no miolo da cidade, HCR na zona norte.

(2004) dissolve a noção de que o social explicaria o surgimento da psicologia, já que o social vai sendo forjado na constituição mesma das disciplinas que se debruçam sobre ele (as ciências sociais). Imprescindível, portanto, a dimensão ético-política na problemática social em discussão, na medida em que a Psicologia Social, na perspectiva pós-estruturalista abandona um ideal de racionalidade científica que se configura epistemologicamente na manutenção de dualismos como os do sujeito e objeto, do local e global, do saber científico e senso comum (Rafael Diel; Cleci Maraschin ; Jaqueline Tittoni, 2006).

Para tornar-se porosa a essas e outras questões que emergiram no campo de pesquisa, a etnografia foi escolhida como ferramenta metodológica que tornou visíveis aspectos negados pelas instituições envolvidas e ignoradas por outros métodos de pesquisa (Didier Fassin, 2017), além de pensar analisadores que ultrapassam a individualidade, oferecendo uma imagem maior dos dispositivos de poder envolvidos nas políticas públicas.

A etnografia enquanto metodologia e ferramenta 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 mesmo 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.

Como ponto de partida para essa pesquisa, foram escolhidas as emergências do Hospital Cristo Redentor (GHC) e do Hospital Pronto Socorro (HPS), por serem as duas referências de hospitais de trauma para o município de Porto Alegre e para o Rio Grande do Sul. Por meio do acompanhamento das práticas de saúde de residentes e profissionais de saúde do HPS e HCR, especialmente com a equipe de atendimento social no HPS, percebi que a circulação de usuários se expande para além do departamento da emergência de saúde e do próprio hospital de trauma. As territorialidades múltiplas do hospital foram percebidas mediante o acompanhamento das unidades de internação intensiva (UTI), enfermarias, conversas com gestores (da emergência, direção do hospital, informática, biblioteca) e tão importante quanto, no intenso acompanhamento do trabalho dos operadores da segurança pública no interior dos serviços hospitalares. Nesse sentido, escolhi por dar ênfase ao Hospital

Pronto Socorro⁴ (três meses/ 20 a 30 horas por semana) e investir as observações e acompanhamentos das práticas profissionais no Hospital Cristo Redentor (HCR) enquanto estudo de campo pontual (totalizando 30 horas de observação).

As observações e acompanhamentos do cotidiano do hospital, em especial no HPS, também revelaram intercambialidades que excediam seu espaço físico, me levando em direção a reconhecer o processo de trabalho do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência Municipal), totalizando 08 horas de observação/entrevista e também no Centro de Custódia Hospitalar do Hospital Vila Nova, totalizando 04 horas de acompanhamento/observação em conexão a esses serviços hospitalares.

A perspectiva do processo etnográfico, possibilitou-me então reconhecer outras questões por meio da abertura às múltiplas realidades, o colocar-me em relação com distintos personagens circulantes no hospital e a problematizações que não se reduziam a respostas unilaterais, mas expunham as ambiguidades. Nem ponto de partida, nem o destino; a etnografia aprecia o caminho enquanto o percorre. Como diria José Saramago “Que é necessário sair da ilha para ver a ilha, que não nos vemos se não saímos de nós” (JOSÉ SARAMAGO, 1998).

4 O Hospital de Pronto Socorro, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre atende exclusivamente pelo SUS. Possui mais de 115 leitos, dos quais mais de 30% são destinados às unidades de Terapia Intensiva e atende em média 400 pacientes por dia, principalmente vítimas de trauma. Além das áreas de atendimento imediato, chamadas de “ambulatórios de emergências”, também áreas de internação dos pacientes, cujo estado de saúde requer especial atenção da equipe suporte tecnológico específico. Esse é um hospital escola em que acolhe, mensalmente mais de 150 alunos de graduação e residências em saúde na área de fisioterapia, enfermagem, psicologia, serviço social, nutrição, especialidade buco-maxilo-facial além das residências médicas de urgência e emergência e em cirurgia do trauma. (Pronto-socorro, 2016, p. 16)

1. (AUTO)ETNOGRAFIA EM CONTEXTOS ONDE A VIOLÊNCIA IMPERA: MULTIPLICIDADES E DESAFIOS NO HOSPITAL DE TRAUMA.

É muita vida. Em meio ao álcool, portas, elevadores de metal, o vapor da cozinha que esfumaça a visão da cruz da igreja, lá no alto do hospital. Em meio ao sangue, ao cafezinho e ao salgado. Os uniformes verdes, os jalecos brancos, as fardas. Algemas, correntes, armas. Em frente ao detector de metais, entre banheiros da recepção. Em meio a cadeiras da sala de espera, após máquinas de diagnóstico e tecnologias de fazer sobreviver. Os instrumentos esterilizados, os papéis de prescrição e o sistema de informação. As vidas em suspensão.

Estamos no hospital de trauma e as tecnologias de saber-poder do Estado. Se a segurança pública é o braço do Estado, eu diria que o hospital de trauma é o coração da cidade. Soaria até bonito. O que seria de nós, reles mortais sem as duas referências de cuidado no município de Porto Alegre (Hospital Pronto Socorro e Hospital Cristo Redentor). Os jovens queimados do caso da boate Kiss⁵, na única unidade de queimados de média e alta complexidade do Rio Grande do Sul, que fica no Hospital Pronto Socorro (HPS). “Todos saíram vivos” (gestora do HPS).

Todavia, entenderão comigo, com tempo, que está mais para intestino. É ali onde se escondem os excrementos fétidos. Esconda-lhes no subterrâneo e deixe nosso corpo como se isso não fosse humano. Traga-lhe assepsia. Sem intestino não há vida física, mas desprovido de sua guarda, do que é sujo, torna o outro menos gente. Quisera ser corpo sem órgãos⁶, mas está bem longe de o ser. A barrigada no Hospital Cristo Redentor é nome de quem tem uma infecção no intestino. “Se quiser atirar para matar, atire na barriga, não na cabeça. É morte lenta e gradual”, desabafa a Residente Multiprofissional do Hospital Cristo Redentor, sobre as

5 Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/espuma-do-teto-da-boate-foi-causa-da-morte-das-236-pessoas-diz-delegado-7457973>

6 O Corpo sem Órgãos. Potência de existir; o corpo é acontecimento. O órgão é sempre instrumento de algo para além dele mesmo, neste caso, o social. No caso de homens pobres e negros a fragilidade da materialidade do corpo é luta diária num contexto social em que suas mortes são algo esperado, impossibilitando qualquer vínculo no sentido de alteridade (Judith Butler, 2011). Com a criação de um Corpo sem Órgãos, o corpo se torna improdutivo para se tornar intensivo. Largamos a moral e entramos na ética. O corpo acorda e percebe que está vivo, não é um instrumento, mas um conjunto de sensações. (Gilles Deleuze; Felix Guatarri, 1996).

piadas indigestas de seus colegas no dia a dia do hospital. “O hospital ser o intestino faz tanto sentido. Será que chegam tantos homens baleados e esfaqueados na barriga porque a polícia que atira sabe disso?”.

Não, não somos aquele resto de intestino, há meses aberto, onde a comida sai para o mundo sem digerir. A comida já estourando os sacos de colostomia recém trocados e inundando a maca, onde boia o corpo. Esquecido num quarto chamado isolamento, até que a auxiliar de limpeza prepare a cadeira, para então ouvir as histórias de vida de quem está com a morte decretada. Sobre o trabalho, a família, a juventude perdida. Quem quer ver? Tantas vezes escondidos sob tetos de pintura desfeita e mofados, outras, expostos como num açougue, a humanidade negada lhe ardendo em brasas. Uma morte que é física e indissociavelmente política, social.

É necessário preparo. Provavelmente não o seu, mas de quem escreve. Certamente de quem lá trabalha. Pensando bem o seu também, potencial usuário⁷ de saúde fadado a impropérios da vida. Pode ser um tropeço. Escada, calçada, cano. Um acidente. Moto, carro, ônibus. Pode ser um bolinho de chuva até que o gás vazasse. Acontece.

Não tenha medo. Enquanto nenhum de nós está livre da fragilidade de sua própria vida, é necessário lidar com a finitude do outro. Alguns não admitem, mas há tantos profissionais de saúde que aprendem a conter as lágrimas até que algum pesadelo lhes traia e se acorde chorando. Ou o primeiro pensamento do dia ser sobre alguém tão jovem que gostava de jogar futebol, militante dos direitos da comunidade e pai daqui há 02 meses. O conheci desacordado, pela janela de vidro da UTI, a equipe usando todos seus aparelhos, se esvaindo pelos limites entre vida e morte. Como aceitar a morte de quem nos ensinou que o medo dela é menor quando podemos salvar vidas? Ele salvou. Se atirou na frente dos dez tiros destinados ao seu irmão de 17 anos. Ele e a tia da família, num almoço de domingo.

⁷ Entende-se, através de diretrizes ético-políticas da saúde coletiva nas reflexões sobre o Sistema Único de Saúde que “usuários de saúde” é termo, mas também conceito que reflete o sujeito na saúde pública enquanto sujeito de direitos. No entanto, o termo paciente é majoritariamente utilizado dentro do hospital, inclusive por residentes que não concordam com o termo, mas que alegam que outros colegas da instituição sequer reconhecem o que significa. “Usuário de saúde acham que é usuário de drogas.” (residente multiprofissional) Em alguns momentos usaremos o termo “paciente” como citação direta de suas narrativas, em outros, como reflexo de suas práticas discursivas.

Mas talvez o mais difícil não seja presenciar a morte iminente durante 08, 10 horas, 24 horas todos os dias se você lá trabalhasse. Talvez não seja nem os ver morrendo. Talvez seja ver eles indo embora. Porque a morte de um não acaba ali. Ela leva o pai, a esposa grávida de volta a um território no qual não sabem se estão seguros das ameaças da facção do tráfico que já flagelou dois da família. Levam com eles parte de suas existências que já não o são mais, deixando a esperança que morreu do lado de dentro do hospital. Morreu também a oportunidade de oferecer um esteio de proteção social pelo único equipamento acessado pelo menino de 17 anos que tentou por tantas vezes visitar o irmão e a tia na UTI. Único lugar que poderia trabalhar o luto, a culpa decretada pelo pai e os meios de garantir a própria vida. Quantas vezes ele poderá ser “salvo”? Não ter o controle divino sobre vida e morte. E a alta hospitalar como um capítulo aberto de sobreviventes. Um dos dramas vividos no hospital que retomaremos juntos.

Drama demais para uma tese? “Dá para conhecer o hospital em uma semana. Uma semana já é muito intenso. Por isso dá para entender porque tem muito profissional que fica com um pino a menos, fica indiferente.” (residente multiprofissional). Drama? Não se preocupe, a não ser que você seja uma pesquisadora que foi vista por um ou outro profissional como privilegiada de não precisar ir obrigatoriamente todo dia ao hospital e que por isso mesmo vinha e voltava ao mesmo ponto de partida nesse campo de afecções, conseguirá com tamanhos processos de sofrimento no trabalho criar mecanismos de defesa que lhe permitam trabalhar com a morte iminente?

A institucionalização fomenta a técnica para fazer viver organicamente e diminui o risco de sofrer da “Síndrome do Pequeno Príncipe”. “Inventei agora”, diz o residente de medicina que acompanhou o caso supracitado, do rapaz de 25 anos que foi alvejado pelos traficantes no lugar do irmão. “É ser responsável por aquilo que tu cativas. Eu não gosto de criar vínculo, depois a gente sofre.” É porque criou.

“Quando eu entrei aqui eu não sabia nada da vida. A residência na área da emergência não apenas te dá muita técnica, mas te ensina pra vida. Te torna mais humano.” (residente de medicina) Mas o que é humano? O hospital de trauma deve exercer todos os esforços para pessoas em risco de morte, o aparato técnico médico é primordial. Nesse sentido há quem pense que tratar sobre pressupostos de humanização não seria matéria entre os profissionais

e os residentes. Longa história, que revela tanto sobre o hospital de trauma, essas relações de saber-poder entre as distintas áreas de atuação profissional.

Há de cair o ideário de que somos todos iguais, da vida orgânica como objeto único e exclusivo do que deve e do que pode um hospital de trauma. A vida das bactérias já deveria ter nos ensinado que dentro e fora são ilusões que projetamos para nos defender contra o imprevisível. As bactérias já estão todas sobre nossa pele até que entrem para dentro e “nos colonizem” (enfermeira). Elas são desenhadas em cores coloridas circulares, num cartaz em cada leito da chamada enfermaria de Neurologia, daqueles que tiveram suspenso definitivamente o seu despertar consciente, sem ter para onde ir, por alguns meses e até por mais de um ano. Foi um tiro na cabeça, foi uma pancada, foi cair do telhado quando roubava o fio de cobre. Hoje as bactérias moram neles, mas também há outros microrganismos que moram em nós. Os vírus, os protozoários, as algas unicelulares, os fungos, os ácaros. Assim como a violência habita a cidade que a escarra para o hospital. Não há dois mundos separados e como vimos (a microscópio), as relações de poder não se medem pelo tamanho ou pela força e sim pelas estratégias e táticas. Quando acreditamos saber quem detém aquele território⁸, aquele conhecimento, aquele sujeito, é então que nos perdemos.

Nos perdemos para nos achar. Olhar para o lado na sala de espera e enxergar as algemas, o sangue, o suor dos homens armados. Policiais civis, militares. O vigilante, guardião das portas do hospital. O agente da Susepe, dono das chaves das correntes. É então que encontramos mais um sinônimo para a palavra hospital. 1) Intestino. 2) Prisão.

O hospital tem outro dono que se movimenta por entre as cercanias da saúde e com o poder disciplinar próprio à instituição. O hospital vive como um ancião acostumado a suas horas regradadas, suas manias, os rituais e as escalas hierárquicas antigas. No entanto, a

⁸ O território não se constitui em, apenas, um local geográfico estático e homogeneizado, mas um espaço vivo, repleto de contradições e lutas onde se estabelecem múltiplas relações. Rogério Haesbaert (2007) 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 (concreto e simbólico) que envolvem, concomitantemente, sociedade e espaço geográfico”(Rogério Haesbaert, 2007, p. 42). Enquanto a soberania capitaliza um território, colocando o problema maior na sede do governo, a disciplina arquiteta um espaço e coloca como problema uma distribuição hierárquica e funcional dos elementos, a segurança vai procurar criar um ambiente em função dos acontecimentos ou de elementos possíveis, séries que vai ser preciso regularizar num contexto multivalente. (Rogério Haesbaert, 2014).

homeostase dessa rotina inclui a ronda, a abordagem policial, a vigilância, muitas escoltas e uns *Crocs*⁹. Que visa, coordenar a desordem, não mais voltada a prevenção dos delitos, mas sim a tomar proveito deles quando ocorrem (Giorgio Agamben, 2015). Faz com que a análise dos movimentos policiais (em suas várias matizes) permita seguir a real política de Estado que ela recobre. O território hospitalar também é porta de entrada para o sistema prisional, quando a gestão da população se mostra visivelmente ancorada nos *dispositivos de segurança*¹⁰.

Já é tempo, das políticas sociais (entre elas a saúde) e das políticas penais deixarem de ser abordadas separadamente, tanto pelas ciências sociais como pelas políticas públicas. Parar de separar o corpo (corpo-família, corpo-profissional, corpo-usuário de serviços públicos), Estado social, Estado penal e a marginalidade urbana: vamos captá-los e explicá-los em conjunto, nas suas imbricações mútuas. (Loic Wacquant, 2008).

Mas para que possamos passar o campo a limpo é necessário como diria Vinícius Carvalho Pereira (2009, p.11) “passar o texto a sujo, borrá-lo: tornar imprecisas e relativas as balizas que norteiam o pensamento do senso comum.” A escrita precisa de feições, busca nomes e a coloca em seus pronomes. Primeira, segunda, terceira. Pessoa. Para ser um pouco sua, minha, dele. Mudando de modo rápido, rasante. Como o subir de escadas de profissionais de saúde, da emergência para a UTI, da UTI para enfermaria oito do terceiro andar, de lá para cá. Sair e petrificar em subsolo de homens armados. Depois voltar. Os fluxos de atenção em saúde em seus vasos comunicantes¹¹ (Rafael Godói, 2010) são percebidos pelo modo como

9 Tapas na cabeça. Uma palavra que alivia o tom da punição.

10 (...) *é isso o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles. Para dizer: “eis um dispositivo”, procuro quais foram os elementos que intervieram em uma racionalidade, em uma organização.”* (Michel Foucault, 2007, p. 124). Os dispositivos de segurança, portanto, buscam fortalecer os elementos positivos da sociedade (favorecer o convívio social, dispor as construções de maneira adequada, permitir o escoamento da água e a circulação do ar etc.) e frear os possíveis riscos que podem acometer a população (doenças, roubos, acidentes etc.) (Foucault, 2008, p. 26). A população, assim, é apenas indiretamente atingida pelos dispositivos de segurança, o que ocorre na medida em que ela se relaciona com o espaço, com o meio. (Foucault, 2008, p. 27).

11 Utilizamos o conceito de vasos comunicantes de Rafael Godói (2010, 2017), para pensar 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 (telefone, protocolos, e-mails, notificações, contato direto, WhatsApp). Também os fluxos informais, imprevisíveis, alguns institucionalizados, outros subversivos.

são reconhecidas as dores, do que é vida e morte, do que entra, volta, nem saiu dali, entrou e nem foi visto. A escrita revive a circulação imprevisível pelo hospital e a excede para além de suas cercanias. Visibiliza a materialidade do corpo-pesquisadora, que se agenciando pelas emoções luta para aceder, por meio delas, às problematizações sobre o fazer saúde e segurança pública no hospital de trauma pelas práticas discursivas¹² dos profissionais.

A escrita é borrada em cadernetas e mais cadernetas. Em memória fresca, recém-chegada em ônibus, cafés, mesas e em dias que viram noites no hospital, faz do banheiro o reduto para o rabisco. Depois de um intervalo, já no privado da residência, cavoca os detalhes, suspende os diálogos. Faz da lembrança gravador, reconhecendo o que é da própria voz e o que é da voz do outro. Mais real que a ficção¹³, as paixões avassaladoras pelo campo de pesquisa elevam a atenção sobre a diversidade de narrativas e cenários, criam HD's de memória, nuvens, onde dorme-se para acordar disposta a saber mais. Como todo encantamento, é preciso ter tranquilidade para um entre escuta-escrita cuidadosa. Porque agora seremos multidões, e o tempo tende a ser duplicado (campo+ notas+ diários de campo).

A tese será de tantos personagens quanto serão os territórios revisitados em suas diferentes perspectivas. Começa pelos guardiões das entradas e saídas. Os vigilantes que barram sujeitos e que também acolhem. De fora para dentro. Assistentes sociais que fazem a passagem para a vida na cidade. De dentro para fora. Homens e mulheres. Céu e inferno, juntos. E suas portas.

12 Segundo Patrícia Medeiros (2008), lembrando Foucault, os discursos formam os objetos de que falam, isto é, discursos são práticas, na medida em que constituem sujeitos. Eles falam e nos fazem falar, constituindo determinados modos de compreender, pensar e viver o que é violência urbana, por exemplo. Os múltiplos discursos significam distintas formas de subjetivação. Portanto, os discursos não são subjetivos, mas subjetivam, na medida em que o indivíduo toma para si determinados discursos, considerados legítimos e verdadeiros, modificando-se e identificando as prerrogativas desse discurso como suas. Para Foucault (2008, p. 224) “o discurso é constituído de acontecimentos reais e sucessivos, e que não se pode analisá-lo fora do tempo em que se desenvolveu”, bem como, indica que há diferenças no interior de uma mesma prática discursiva, como se os sujeitos “falassem de objetos diferentes, tivessem opiniões opostas, fizessem escolhas contraditórias”. Portanto, Foucault se recusava a estabelecer um modelo uniforme para descrever as práticas discursivas. Um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso” (Foucault, 2008, p.218).

13 “Até a ficção mais fantástica, sua autenticidade, repousa de algum modo no leito da rocha dos fatos.” (Stephen Koch, 2008)

Antes do amigável chimarrão na sala blindada à segurança, um cantinho no armário enferrujado e um jaleco a prova de suspeições na UTI, são necessários muitos cafezinhos solitários em meio aos refugiados do trabalho extenuante. Na sala de descanso da emergência, os enfermeiros, técnicos de enfermagem, residentes e os médicos alheios aos espaços Vip's, 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.

No vai e vem de uma figura quase fantasmagórica da sala de descanso para a sala de espera, a violência tinge os uniformes dos policiais militares, o rosto do assaltante e do assaltado, do pai desesperado e das mulheres desamparadas. Esse tempo fugaz, que não levaria muito tempo para ser fracionado em um tempo tão longo de esperança e desespero de familiares na UTI.

Nessas pontes que atravessaremos, as passagens entre vida e morte não são apenas trançadas em canos respiradores, passagens de soro, o sangue correndo em vias de silicone. É também feita por elos de grosso metal, de pacientes para custodiados. Essas vidas nem sempre serão choradas, ficarão tangenciadas nas noites adentro dos entes amados. Onde estarão os desaparecidos? Enterrados ou fugidos. Até que familiares sejam salvos por um discar de dígitos: Está vivo, está bem, encaminhe sua visita.

Haverá um momento em que dividiremos a tese sem nunca ter nos cindidos. Chamaremos de Segundo Bloco, pois é preciso ser concreto a partir de então. Para entender os fluxos duros da segurança pública, escrito apenas na cabeça dos homens.

Diante de todas essas aproximações, das reações e afastamentos dos personagens em relação à pesquisadora, predomina: a) o modo como determinados marcadores interseccionais do corpo-pesquisadora (como ser mulher, branca, doutoranda), suscitam determinadas interações que partem das fusões de marcas sociais que carregam os profissionais (ser homem, ser jovem, ser gay, ser branco, ser negro, ser psicólogo, recepcionista, policial militar...). b) o que o processo de trabalho permite em termos de

acolhimento com quem vem de fora. (Exemplo: as diferenças entre (as)os técnicas de enfermagem do hospital envolvidas (os) no intenso e corrido trabalho “braçal” comparado às assistentes sociais que devem lutar pelo lugar de proteção e pelo bem viver de usuários de saúde) c) as inteligibilidades produzidas sobre a temática da pesquisa (se é valorada como pertinente, desnecessária), essas influenciadas diretamente pelo modo como a pesquisadora apresenta suas intenções e se posiciona no território vivido.

Predomina também uma (in) fusão no processo da pesquisadora: a autoetnografia. Não é autobiografia em si, não deve ser autocentrada e está longe de agradar ideias canônicas de metodologias mais conservadoras. Mas é científica e crítica, quando é capaz de explorar, em sua maneira autorreflexiva, novos e profícuos caminhos para a pesquisa sociológica. (Sílvia Matheus Santos, 2017). Não neguemos que não há como dissociar a dimensão da experiência, ao escolher um onde, um como, um porquê, meios clássicos para o começo de todo estudo. Como o conhecimento empírico advindo de territorialidades conectadas ao hospital. A certeza de que o primeiro acesso a esse campo doutoral, depois de aprovado o projeto, deveria ser pela via da Residência em Saúde, é parte de quem já foi, uma, duas vezes Residente Multiprofissional em saúde. Quem não viveu, nesse lugar de quem escreve, talvez não tivesse a mesma ideia, e muito menos uma segurança plena de que esse era um caminho fértil, mesmo sabendo que existem tantas outras estradas.

A experiência pessoal também pode, no processo de investigação, criar estratégias de sigilo, mudar nomes e lugares para proteção dos sujeitos da pesquisa. Quando se sabe que em serviços hospitalares, as interações são circulantes, mas permanentes. O hospital tenta fragmentar seus propósitos em departamentos e enfermarias, mas é inegável o corpo a corpo entre os diversos atores sociais. Nesse caso, basta assistir às dezenas de seriados ambientados no universo hospitalar para saber. A profissão do sujeito em contextos institucionais, sinaliza mais quem ele é do que o próprio nome, ao passo que ao suprimirmos o posicionamento de saber-poder que cada um(a) ocupa, a pesquisa perderia seu propósito: dilema ético.

Nesse joio com trigo, ou sacrificamos cenas e achados valiosíssimos e mantemos o mais básico conteúdo para preservação do sigilo, ou não nomeamos nada para além da profissão. Em algumas circunstâncias, avaliadas como não prejudiciais às análises da tese, é necessário mudar também o gênero da pessoa, já que profissão e instituição são aspectos a

serem priorizados nas análises. No caso de profissionais gestores(as) das políticas de saúde e segurança pública, buscamos uma indefinição em alguns momentos em torno da especificidade do departamento no qual se está alocado.

Isso, se não explicado antecipadamente ao leitor, como o está sendo agora, pode incorrer na sensação de “um saco de gatos”, como se os(as) enfermeiros(as) fossem um só personagem social. Nesse caso, a descrição das singularidades necessárias para o campo de análise, pode se dar por outras vias, pelo corpo, pelo tom de voz, pelo posicionamento hierárquico que ocupa. Não podemos esquecer que é necessário usufruir das ambivalências que cada um revela em suas práticas discursivas, como parte de mecanismos de poder institucionais maiores, como parte das racionalidades do Estado.

Segundo ponto a ser justificado diz respeito a quantidade de sujeitos¹⁴ acompanhados. Obviamente, o teor das narrativas demonstrará que são incontáveis profissionais de saúde que fizeram parte do processo etnográfico. E mesmo sendo mais do que dezenas de profissionais escutados, acompanhados em seu processo de trabalho, se houver, (mesmo com as doses de desconhecimento), familiarização e vínculo na convivência diária de campo, haverá convites internos para participação em eventos. Haverá curiosidade para que sejam repassadas suas considerações prévias. Haverá confiança (e desconfiança).

Já os profissionais de segurança pública, no contexto dessa pesquisa, serão contados nos dedos. Policiais civis foram quatro, todavia policiais militares e agentes da Susepe, cada um desses grupos enchem as duas mãos. O acesso a cada operador em sua função pode ser tomado como analisador, de como circulam e a quais propósitos operam suas táticas e estratégias. Não seria também a quantidade de profissionais entrevistados e/ou acompanhados que fazem desse percurso mais ou menos tangível a relevantes análises.

Mas como em toda etnografia sempre haverá um ponto de tensão entre as experiências percebidas/vividas e o limite ético do sigilo. Foi o caso dos vigilantes do HPS, cheios de histórias ambíguas, os primeiros profissionais a darem um espaço para a

14 Esse é um dos pontos nevrálgicos nos entendimentos sobre a etnografia. A necessidade que tem plataformas de pesquisadores e Comitês de Ética em pesquisa, como foi no caso do Grupo Hospitalar Conceição, que agrega o Hospital Cristo Redentor, de exigir definições no número de participantes, bem como quantas entrevistas serão realizadas. Se soubéssemos já não estaríamos mais realizando essa modalidade de pesquisa.

pesquisadora, no corredor com suas conversas, e no restaurante do hospital. Ao mesmo tempo, revelavam-se algumas de suas ações como efeitos de perspectivas punitivas na dinâmica institucional.

De todo modo, aqueles que escolhem essa metodologia querem, como uma criança num novo planeta, perder-se. Porque acreditam que, apenas assim, seus achados provocarão outras reflexões fora do lugar comum. Principalmente pesquisas em contextos onde a violência impera. Se não fosse assim, Didier Fassin (2017) não teria organizado um livro (*Writing the world of Policing: the difference ethnography makes*) com autores de cada ponto dos continentes a problematizarem o processo etnográfico de quem se aventurou pelas cercanias do policiamento.

Autoetnografia (Análise de implicação + Etnografia = conhecimento empírico para qualificar o processo de pesquisa; reconhecer e valorizar as relações de uma pesquisadora com os “outros” (sujeitos da pesquisa); interrogar as interseções entre o pessoal e o político, o sujeito e o social, o micro e o macro. (Sílvia Matheus Santos, 2017). O supracitado conceito certamente define em si mesmo o que faz parte de uma Etnografia, enquanto observações e descrições densas da realidade. No entanto, sublinhar o caráter autoetnográfico ao leitor(a) expõem as singularidades postas em análise, quando o(a) autor(a) possui um enlace histórico (pessoal e profissional) anterior com territórios e/ou sujeitos parte da pesquisa.

Em quaisquer casos, impessoalidade e assepsia não fazem correspondência com quem vive a violência (direta ou indiretamente). A não ser que seja necessário costurar, “pontinho por pontinho” o intestino. Trauma é dano ou lesão não previsto e indesejável. “Mas nenhum médico quer ficar costurando intestino num hospital de trauma, é chato”, diz uma das gestoras do HPS. Ou desolador, até mesmo para um especialista. Há meio século atrás, os médicos discutiam como qualificar tecnologias e técnicas às vítimas de tiros disparados por revólveres ou pistolas calibre 32 ou 38. Atualmente, no Rio de Janeiro, alguns se especializam em cursos, de como proceder às vítimas por fuzis de assalto (americano AR-15 e o russo AK-47).

Perfurado ou lacerado, o corpo traumatizado ocupa o lugar indizível no campo dos afetos e ambíguo no cenário social. Por isso, o(a) etnógrafo(a) deve estar em correspondência com seus próprios jugos morais que posicionam uns como vítima outros como réu, ao trazer

à tona seu processo de implicação enquanto dado vital para a compreensão do mundo que está sendo observado. Esse é um jogo de verdade sem fim, inverossímil, sobre quem é o sofrido e quem é o sofredor. E quando já não há mais barreiras estanques, mobilizadas com algumas descargas de angústia, ocuparemos um lugar de fácil apreensão das múltiplas relações de poder, para além da dicotomia moral.

Outro desafio (auto) etnográfico será colocar em questão o modo como se transmite o objetivo da tese para os sujeitos no campo de pesquisa. Equívocos podem ocorrer, e um deles pode ser colocarem diante de nós, em frações de segundos, usuários de saúde a espera de atendimento em nossa frente, dizerem “esse caso é para ti” e saírem de rompante, restando a nós a ânsia de querer acolher mais do que de observar. Algo fez com que os sujeitos entendessem desse modo, mas o que antes seria um problema, passa a ser parte do campo de análise.

As táticas de investigação vão com o tempo adquirindo outras nuances como abóboras que vão se ajeitando no andar da carroça. Ou como um vaso de flores, quebrado no pé de um dos policiais do BOE (Batalhão de Operações Especiais).

“O que é violência urbana?”, pergunta que não quer calar quando nos apresentamos no campo dos estudos sobre violência e homens nos hospitais de trauma. Aos profissionais de saúde não há distinções bem delimitadas entre tipos de violência, elas estão interconectadas e por vezes passam batidas sem serem entendidas enquanto conflito. E vez ou outra, corremos o risco da temática ser fonte de ansiedade a quem é interpelado por ela.

Dispara a lembrança ou a circunstância atual: “Quer pesquisar violência urbana!?” A pergunta, sairia quase como um grito na garganta da técnica de enfermagem, sem pedir licença, na sala de descanso abarrotada de gente indignada. “Quer saber, vai para a câmara de vereadores, os funcionários de saúde apanhando, os cachorros do estado (BOE) recebem salário parcelado que nem nós e resolvem bater na gente.”

A manifestação dos trabalhadores(as) municipais(as) na Câmara de Vereadores de Porto Alegre em 12 de julho de 2018¹⁵ terminaria com tropa de choque, suas bombas de gás

15 Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/pol%C3%ADtica/ap%C3%B3s-nova-confus%C3%A3o-veredores-de-porto-alegre-encerram-sess%C3%A3o-extraordin%C3%A1ria-1.266894>

lacrimogênio e balas de borracha. Colegas municipais(as) chegariam ao HPS feridos por reivindicarem seus direitos e meia dúzia iria parar no plantão policial do HPS solicitando boletim de ocorrência contra a violência policial. “Minha colega quase morreu ao jogarem bomba de gás lacrimogênio no banheiro e trancarem a porta. Veio parar aqui” (técnica de enfermagem).

Ao seguir da sala de descanso para a sala de espera em frente a Sala de Gesso lá encontraríamos o policial do BOE, esperando sozinho, o resultado da radiografia de seu pé. Ele relata que o vereador foi eleito pelo povo e “se os servidores não aceitam isso não podemos fazer nada. Usamos a tropa de choque para que se afastassem, mas eles continuavam empurrando querendo entrar, tivemos que lançar bombas de gás e bala de borracha. Não tivemos escolha, pois somos Militar.”

A imaginação sobre a violência deveria ficar bem guardada, no plano do irreal, do absurdo, da coincidência bizarra. Mas é o seu oposto que ocorre, dando a sensação para quem digita mais de uma centena de páginas de diários de campo, estar escrevendo um livro ficcional, de drama, de suspense, de terror.

Tiremos então o Urbano na explicação da violência, do que trata esse estudo, e novas associações ocorrerão: o assaltante e assaltado, homens agredidos pela companheira, brigas de família, suicídio, e outros casos que aprofundam a produção de significações, sentidos e subjetivações em torno do que chamaremos de conflitos violentos.

Conflito não é necessariamente violento, “pode-se tornar improvável sua manifestação sob conduta violenta”. O desafio reside em compreender as condições e possibilidades de fatores geradores de tensões conflitivas que acabam por ter como resposta a conduta violenta. (Tatiana Moura, 2010, p. 20). Dentre os conflitos violentos, a autora explora os efeitos dos conflitos armados.

As expressões da violência tendem a ser cada vez mais intercambiáveis entre si. Sua imprevisibilidade aumentará gradualmente. Como diria Achille Mbembe (2018):

“As desigualdades continuam a crescer em todo mundo. Longe de alimentar um ciclo renovado de lutas de classe, os conflitos sociais tomarão cada vez mais a forma

de racismo, ultranacionalismo, sexismo, rivalidades étnicas e religiosas, xenofobia, homofobia e outras paixões mortais.”

Diante do exposto, os operadores conceituais centrais são inspirados nos estudos sobre tecnologias de poder (Michel Foucault, Giorgio Agamben), Economia moral (Didier Fassin) e masculinidades e violência (Daniel Lang, Michael Kimmel, Marcos Nascimento). Pelos capítulos, a tese traçará os itinerários de masculinidades circunstanciadas pelos meios terapêuticos e os meios penais ligados ao hospital de trauma. Perceverá a descrição das diversas territorialidades, lembrando que, conforme Rogério Haesbaert (2004), mais do que traduzir “o que é” ou “ ser” o território, trata-se de discutir o seu devir, isto é, em que problemática nos envolvemos ou que questões práticas acionamos a partir da nossa leitura do campo de pesquisa. Começará com os homens que têm a rua como morada e acabará na luta daqueles que ao escapar da morte precisam também escapar da prisão.

2. A MARQUIZE E O MARQUEZAN: ENTRE A RUA E O SERVIÇO DE EMERGÊNCIA.

“Meu amor é inefável por ti”. Os olhos azuis de Marco Antônio brilhavam de orgulho. Ele me dava a palavra inefável de presente como se somente ele pudesse pronunciá-lo, como se a tivesse inventado. Era a Escola Porto Alegre (EPA)¹⁶ 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 10 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, casais, jovens, cachorros e seus lindos filhotinhos com roupinhas são abrigados pela marquise do hospital. Muitos dos moradores estão deitados em colchões, alguns sentados em cadeiras. Alguns casais conversam tranquilamente, outros discutiam, enquanto jovens rapazes dormem encolhidos em cavernas; seus cobertores. Todos(as) lado a lado. Os carrinhos de supermercado viram de reciclagem e a ração dos cachorros atrai a vinda de potes de comida dos humanos. Naquela ocasião, tive a oportunidade de me aproximar de dois educadores da abordagem social de rua¹⁷ 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”. O senhor, sentado no colchão, colocava as mãos na cabeça e enrugava a testa, em um lento desespero que não

16 <http://websmed.portoalegre.rs.gov.br/escolas/epa/index.html>

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

findava em passar. Pediu *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, rememorando 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, aproveita e pergunta 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 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 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 Rua¹⁸ para tentar convencerem os moradores a irem embora para o abrigo municipal.

Todavia, 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 3 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 4 anos atrás por um homem em situação de rua das imediações do HPS ainda estaria lá depois da reforma (que ocorreu em 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 a 2016. “Eles ficavam de conluio, os

18 Consultório na Rua oferta, através de abordagem social de rua, o cuidado integral em saúde, como verificação de condições de saúde, encaminhamentos e acompanhamentos.

trabalhadores, quando em greve, com os moradores de rua” (gestor 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.

A fotografia se expande no tempo. É 2018 e os sacos pretos usados para depositar o lixo agora fazem casa para essas 15 pessoas em situação de rua 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. “Helen, eu vi os moradores de rua esses dias junto com os profissionais de saúde participando da manifestação da greve”, contou-me uma colega. 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 1 mês aqui”, revelam alguns profissionais e residentes. “O fechamento de leitos na minha visão foi devido a um quadro funcional deficitário de técnicos de enfermagem. Não há quadro de profissionais suficiente, cerca de 80% dos técnicos de enfermagem concursados tem mais de 50 anos de idade”. (antiga gestora do HPS)

#Fora Marquezan¹⁹ em adesivos; nos arredores e dentro do hospital.



Figura - Hospital Pronto Socorro, agosto de 2018. À lateral esquerda do prédio ficam os moradores em situação de rua.

19 Nelson Marchezan Júnior é prefeito de Porto Alegre, assumiu o mandato em 1º de janeiro de 2017.

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

“Na ponte da Conceição há muita gente, é muita briga, muita agressão. Um ficou de comprar maconha e vem sem. Outro tá devendo.... Uma pesquisa na UFRGS do ano de 2016 ²⁰diz que existe em torno de 2.500 moradores de rua na cidade, mas eu sei que na minha experiência há muito, muito mais. O dobro. E eles não tem mais para onde ir. 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.” (educador social)

O senhor que pede a internação compulsória como se o próprio desejo de aplacar a dor não fosse suficiente, conta porque 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 frente²¹, 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 dos territórios de origem.

Mas o hospital não é lugar de acolhida. Conforme relatos da gestão, entre 2012 a 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 a 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

20 <https://www.sul21.com.br/cidades/2016/12/porto-alegre-populacao-em-situacao-de-rua-aumenta-em-mais-de-50-em-cinco-anos/>

21 Esse é o primeiro exemplo que temos da segurança pública, ela começa por controles observacionais simbólicos. “Câmera de vigilância? Não existe nem na rua nem dentro do hospital. Só tem no ponto eletrônico dos trabalhadores e residentes. Mas vou te contar um segredo: ela nem funciona.” (gestor do HPS)

banheiros da entrada da emergência pelas pessoas em situação de rua, banheiro que 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.

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 escorra pelos ralos da cidade. “Com Creolina²², 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.” (gestor). Mas há quem veja a calçada como chão da morada sendo varrida, no final de uma manhã 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 entorno. Foram eles que tão velozmente trouxeram a imundície da cidade tão próxima do interior da instituição, como se nada do que é sujo, do que é excremento estivesse lá dentro. Como se os homens em situação de rua não estivessem circulando, intensamente, no interior do hospital de trauma enquanto usuários de saúde. Elas poderiam adentrar o interior do hospital em função dos vidros quebrados, mas ficam no miolo dele, nos parapeitos onde canos de água, de gás e os ar condicionados se misturam. Seria local intocado se não fosse a poeira e sujeira. “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.

22 Bula A CREOLINA®: *Assegura comprovada ação bactericida sobre os microorganismos: Salmonellatyphimurium, Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, Listeria monocytogenes e Escherichia coli, da 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>

“Que amor as pombinhas”, diria uma residente subindo e descendo escadas entre atendimentos, ao se deparar vez ou outra com elas ali, em suas pequenas marquises. “Que amor que nada, traz doenças para os humanos. Eu sou humana tenho que pensar na minha existência”, retruca uma colega. “Ah, mas nós sendo humanos temos a capacidade de reflexão. De se importar com a vida dos bichinhos”, torna a observar a primeira.



Figura - O miolo do hospital

Do miolo, - no interstício -, para dentro. Não há indicador do número de acesso dos homens em situação de rua ao hospital de trauma, alguns sujeitos sequer possuem dígitos civis. Alguns recepcionistas do HPS, se assim escolhem fazer, colocam no quesito *Endereço: MORADOR DE RUA*. É dado não produzido como produção de verdade via estatística, porque não importa que assim o seja. 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 são 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 e depois fora levado para o Hospital Cristo Redentor (HCR).

Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal da Saúde
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO

08/04/2018
19:37:35
1

Resumo de Atendimentos

Nome: [REDACTED] Data Nascimento: [REDACTED] 971

Idade: 47 anos Sexo: Masc

Endereço: MORADOR DE RUA Nº: [REDACTED] Compl: [REDACTED]

Bairro: [REDACTED] Cidade: ALVORADA Estado: RS

Atendimento: [REDACTED] 0 Em: 28/03/2018 21:29 Ocorrido em: PORTO ALEGRE/RS

Internação: 28/03/2018 22:11 Nro. Int.: [REDACTED] Óbito: [REDACTED] Estado de Saúde: CE 08/04/2018

Queixa: AGRESSÃO (OUTRAS)

Setor encaminhado: CR

Alta: [REDACTED] Destino: [REDACTED]

Setor: ENFERMARIA 4º PAVIMENTO ENF411

Classificação de Risco: Vermelho

Socorrente: [REDACTED]

Observação: PAC. ORIUNDO HOSP. CRISTO REDENTOR

Veículo: [REDACTED] Vítima: [REDACTED] Tipo Acid: [REDACTED]

Figura - Boletim de atendimento de usuário quando entra como morador de rua

No Hospital Cristo Redentor os técnicos de enfermagem contam que muitos moradores de rua internados entraram por agressão e arma branca. Reiteram o mesmo, o condutor socorrista e a técnica de enfermagem do SAMU²³ (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 ou ao Hospital Cristo Redentor (HCR): “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 a gestora do SAMU municipal.

A social. Todas as noites os profissionais inseridos 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 servidos para eles geralmente pelo pessoal da enfermagem e técnicos de enfermagem para esses que esperam a consulta ou que estão em processo de atendimento médico. O sanduíche da madrugada é dado pelos profissionais (feito de queijo, presunto, tomate e alface) 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 socioeducativa²⁴. Também não é incomum que os

23 No capítulo “Justiceiros e acompanhantes” trataremos uma análise aprofundada sobre o SAMU em relação com a Brigada Militar. A equipe do SAMU para a região de Porto Alegre conta com 12 equipes de Suporte Básico de Vida, compostas por técnico ou auxiliar de enfermagem e motorista, e outras 3 equipes de Suporte Avançado, que contam com médico, enfermeiro e motorista na cidade de Porto Alegre.

24 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 a internação em meio fechado, nesse caso veremos que

profissionais façam doação do sanduíche ou outros alimentos para os 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 contam-me 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 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.

As profissionais da área de enfermagem também ligam para os familiares avisando que o paciente está hospitalizado. Essa iniciativa parece 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 SUS²⁵. Ela estava chateada pois achava ser incumbência da equipe de atendimento social). Seria essa indefinição de papéis no processo de trabalho, uma herança cultural da época em que os profissionais do Serviço Social eram da mesma equipe dos atendentes telefônicos da Administração?

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 é a função nomeada como “fazendo a social” pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros.

adolescentes em cumprimento de medida em meio fechado possuem a escolta de um agente socioeducativo em casos de internação hospitalar.

25 O Sistema Único de Saúde (SUS), política pública inclusiva, é o resultado do movimento da reforma sanitária brasileira “sob o ponto de vista de mobilização social, democrática e política”. Foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), composta pelas Leis 8.080 e 8.142 de 1990. A Reforma Sanitária se deu no contexto de luta pelo poder entre segmentos da classe dominante e as divergências que se dão no interior da saúde pública, acirrando ainda mais o choque de interesses entre a medicina liberal e a saúde pública, problema que permanece até hoje na área da saúde pública nacional.

“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 usuários de saúde custodiados pelo Estado. 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.

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, chamada de TS, 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.” É o que reverberou no evento realizado em setembro de 2018, 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” (técnico de enfermagem)

A previsão é de que as vagas de residência em serviço social sejam diminuídas de 04 por ano para dois por ano. Enquanto isso, no evento, reivindica-se que haja 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 por serem considerados apenas usuários de saúde para serviços específicos como o Santa Marta e o Consultório na Rua.

“O dia que morrer vai feder a mesma coisa”, diz uma das mulheres, militante pelos direitos das pessoas em população de rua. Uma releitura da emergência da medicina social²⁶ poderia ser necessária, pois 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. De todo modo, percebemos que a ausência de oferta de políticas públicas de bem-estar social com sua gradativa subtração nos projetos ético-políticos de governo, aumentam 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 a essas demandas (proibição de utilizar os banheiros e também os canteiros ao redor), por outro lado, o homem em situação de rua, ao ocupar o lugar de usuário de saúde possui acesso a esses direitos tão básicos, como o ar que respira. Mas dar de comer, acesso à água e banheiro são demandas de saúde percebidas como ações beneficentes e não como parte de um processo de cuidado integral em saúde de responsabilidade interdisciplinar²⁷. Alguns podem ler e pensar: “mas esse não é o objetivo institucional do hospital, sanar as demandas de proteção social básica.” Onde seria? Quem possui o direito de defecar?

26 Indico minha dissertação para a leitura aprofundada acerca das táticas de medicalização ao longo do percurso histórico brasileiro. Um percurso genealógico com base em Michel Foucault que buscou perceber os processos de subjetivação às distintas masculinidades tidas como ilegítimas na sociedade brasileira no campo dos direitos e do acesso em saúde. (Helen Barbosa dos Santos, 2013)

27 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. (Reijane Aguiar, Cláudia Oliveira, 2018)

Outro aspecto percebido é a violência de Estado, introduzida pela relação histórica de expulsão dos territórios aos considerados infames sob as tecnologias de vigilância, parte do poder disciplinar. Mas nesse contexto, 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. 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.

2.1. Marco Antônio e a alta (social) hospitalar.

André! André! A profissional do serviço social gritava enquanto balançava o rapaz encolhido e escondido pelo capuz do moletom, com calças jeans levemente sujas, ali, sentado em uma das cadeiras de plástico que são unidas por metal. Na grande sala de espera usuários de saúde ficam esperando pelos atendimentos de saúde, um deles estava com um olho muito roxo, escondido sob os óculos escuros. Agora todos eles passariam a olhar em direção a nós. Seus olhares eram de curiosidade. O meu de vergonha. A sensação de exposição do outro era uma constante nas ocasiões em que me encontrava de um lado pelo profissional (tanto de saúde quanto de segurança pública), de outro pelo usuário de saúde. Nesse entre. Pensei novamente nas fronteiras do corpo sendo borradas, nada do que lhe é privado é apenas seu. O hospital convoca a isso. Foi preciso um mês, ao me aproximar da gestão do SAMU do município, para que entendesse naquela cena que a manobra de despertar ensinada no curso de primeiros socorros no SAMU que é sacudir e falar alto próximo ao ouvido da pessoa. “É sacudir para acordar. O errado seria beliscar pacientes, tem profissionais que fazem isso”, analisa uma gestora da SAMU.

Era a segunda tentativa da profissional realizada durante toda a manhã para acordar o rapaz. “Ele não se mexeu de jeito nenhum. Deixei ele dormindo, disseram que ele chegou muito alcoolizado. Aqui pelo menos está protegido, ele precisa descansar.” André que chegou por volta das 06 horas da manhã por agressão (levou pauladas no rosto e nas costas), seria mais um caso entre tantos.

Vendo que o rapaz mal se mexia ao revirar os olhos e voltar a fechá-los, antecedendo um dormir profundo, resolveu-se dar-lhe mais tempo. A cadeira de plástico ainda acolhia seu corpo imóvel enquanto o capuz preservava o mínimo de privacidade que lhe restava. Mas agora o sono lhe impediria de perceber o limbo de não ser mais paciente para o hospital. Ele estava dentro e fora. “Eu fico indignada que a sala verde²⁸ solicitou nosso atendimento (serviço social) e encerraram o boletim de atendimento antes que eu pudesse atender ele”, me contou a profissional quando retornamos para a sala da equipe.

São dois no limbo. Como oferecer atenção em saúde se a assistente social não poderá encaminhar nada que possa passar pela equipe médica e multiprofissional da sala verde? E se fosse um atendimento médico ele aconteceria? Atender já tendo alta hospitalar? De todo modo a profissional fez existir aquele rapaz, resistindo a si mesma diante do *modo operandis* da instituição durante quase 20 anos de trabalho. Não era a primeira vez que isso aconteceria e não seria a última. Após o almoço no restaurante do hospital a profissional me chamou para que fossemos tentá-lo despertar pela terceira vez: “ele deve estar há muitas horas sem comer.” André, André! Com a força da voz ao pé de seu ouvido, o jovem adulto movia lentamente sua cabeça. Contra toneladas de peso o capuz ia sendo levantado e seu rosto ia tomando aos poucos formas...

Esse foi o instante do reconhecimento. Minhas reminiscências formando um caleidoscópio. Caleidoscópios são vistos como brincadeira de criança, imagens iguais posicionadas do lado inverso. Nariz, olhos, boca, cabelo e o restinho da camiseta do time de futebol escondido abaixo do moletom.

28 Disposta de consultórios médicos, sala de procedimentos medicamentos aos pacientes de complexidade não grave.

Era Marco Antônio... Marco Antônio e seu amor inefável pelo grêmio. Marco Antônio quando éramos mais jovens, quando ele era um adolescente de 12 anos que cheirava loló, dava *pums* fedorentos que infestavam a Casa Harmonia²⁹. Ele ria alto com a cara de nojo dos profissionais. Eu saía de perto evitando o cheiro. Mas não houve quem não conhecesse e não se envolvesse com o menino mais assíduo dos serviços para crianças e adolescentes em situação de rua naquela época. Nesse momento digo baixinho para a profissional de saúde:

– “Eu conheço ele”.

Ela novamente levanta a voz. A manobra de despertar de si mesma.

-Marco Antônio! É tu? Seu corpo se agacha em direção a ele.

Ele então faz força contra os olhos tão pesados e reage:

- “Sim sou eu!

- Eu te conheço da Casa Harmonia, lembra de mim. (local onde a profissional trabalhou)

- “Eu também me lembro de ti Marco”, digo a ele. Eu já não sou mais a pesquisadora, agora também sou um pouco (d)ele. Fiquei de cócoras onde nossos olhares ficavam próximos e na mesma altura. Apesar do tom de voz diminuir, usuários de saúde ao redor, sentados em cadeiras próximas a dele, olhavam para a cena, curiosos.

Nos atendimentos realizados pelo serviço social, é comum que na primeira entrevista³⁰ de acolhimento se verifique a rede familiar e de acesso a serviços que se tem acesso. Família, ocupação (trabalho), sobretudo em casos de violência se há risco de se sofrer novamente a agressão, são questões verificadas na entrevista inicial, a fim de se ocupar de múltiplas

29 Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSI) - Casa Harmonia , antes era serviço específico de saúde mental para crianças e adolescentes em situação de rua trabalho e/ou moradia.

30 Cada residente e parte da equipe de atendimento social são responsáveis por uma parte do hospital. Ele se divide entre sala verde, sala vermelha, sala amarela, duas enfermarias e duas UTI's. A cada dois meses há rotatividades dos residentes multiprofissionais e médicos entre as salas de emergência/enfermarias. Exceto a área da psicologia (residência não custeada pelo ministério da saúde, mas pelo município e que irá ser extinta por falta de investimento nas próximas bolsas), trabalha com a noção de vínculo de sujeitos atendidos e por isso se propõem a acompanhar os usuários de saúde através dos fluxos de atendimento.

demandas relacionadas à proteção social relacionada principalmente às políticas de saúde e assistência social.

Marco Antônio coloca a mão na mandíbula, diz sentir muita dor e que não consegue fechar a boca. Sua voz é arrastada e muitas vezes foi preciso repetir algumas perguntas. Mas o fato de saber que alguém lhe dá o seu verdadeiro nome, lhe dá um fôlego muito maior. Conta-nos que está trabalhando numa grande rede de loja de roupas informalmente, que possui acompanhamento de serviço de proteção social básica em sua região e que há cerca de quase um ano saiu da rua, tem vivido numa pecinha que aluga numa das vilas de Porto Alegre. Nos relata que sofreu assalto na frente do estádio do grêmio depois do jogo e que a Brigada Militar o trouxe junto com o assaltante que ficou no camburão do veículo e que agora já não haveria mais risco nenhum de ser agredido pela mesma pessoa. Não sabemos porque seu nome estava como André no antigo boletim de atendimento. Talvez fosse o costume dele dar outro nome para se proteger.

Ouvindo isso, a Assistente Social pediu o boletim de atendimento que estava em seu bolso da calça. Dobrado em 4 pedaços ele o entrega. Seu boletim dizia que foi administrado Ibufrofeno para dor no início da manhã e que não havia nenhum sinal de osso quebrado ou fratura maior, apenas uma pequena parte do dente quebrado. Havia mais de 6 horas que nenhum medicamento lhe era prescrito. O jovem voltou a fechar os olhos quando a assistente social pediu licença para iniciar sua busca pelo processo de reentrada do rapaz no sistema de atenção em saúde.

Reverter a alta, é o nome. Começou pela sala verde, em uma salinha de organização dos materiais, próximo a poltronas, soros e pessoas. Um dos usuários de saúde gemia muito alto numa das poltronas onde recebia um medicamento injetável por soro. Em algum momento a dor lancinante lhe pôs de pé, andando encolhido, como se buscasse alguém que também pudesse reivindicar sua urgência. Um ou outro profissional de saúde passava por ali, pela figura fantasmagórica, que ignorada, retornou à poltrona. Do outro lado das poltronas fica a salinha onde a médica de plantão, sem olhar para mim, pois escrevia algo cabisbaixa numa mesa de canto, solicita-me:

- Preciso que tu chame o Leonardo, ele tem que ser avaliado, pode usar o Consultório

2.

– Bom dia, eu não sou residente de medicina meu nome é Helen, estou fazendo uma pesquisa sobre homens no hospital de trauma que chegam por violência urbana.

- Ah. (Ela continua escrevendo sem buscar conhecer meu rosto).

A profissional do serviço social que estava ao meu lado explica a situação do jovem que teve alta antes que ela pudesse realizar o acompanhamento. Explica que ele refere muita dor e que seria bom ele ser novamente avaliado para ver a necessidade de fazer um Raio X, sobretudo, porque ela o estava acompanhando em atendimento. Tudo isso é narrado com certa polidez, uma relação hierárquica entre duas profissionais de saúde com idades e tempo de hospital similares:

- Agora não dá, eu estou cheia de coisa. Fala com a Buco que atendeu ele. (responde, enquanto baixa os óculos para ler o boletim do rapaz dado a ela.)

A profissional do serviço social então secretamente faz uma cara de desaprovação, mas não discute; ela resolve seguir até a sala da buco-maxilo-facial. Três residentes estavam sobre um mesmo paciente sentado na cadeira de procedimentos. Ela novamente explica a situação de Marco Antônio: um rapaz que precisa entrar no sistema para que ela possa atendê-lo, que ele está com muita dor e que talvez seja necessária uma nova avaliação.

- Aqui nós não temos como mexer no sistema. Somos residentes em buco-maxilo-facial. Teria que ser com a médica que atendeu ele, nesse momento ela não está aqui.

Mas tão logo um deles a acessa pelo telefone e a profissional Buco, que atendeu Marco Antônio chega. A mesma situação é explicada pela assistente social, sempre com certa parcimônia, como se fosse um processo de convencimento não garantido o seu êxito. A Buco aceita ir na recepção liberar o novo boletim do jovem, a profissional que acompanhava a situação deu passos tão ligeiros com a Buco que por um momento fiquei para trás. Sou interpelada então, em meio ao corredor que dava para a sala da buco e a sala verde de procedimentos, por uma técnica de enfermagem muito antiga no hospital. Em tom autoritário afirmou algo como: - Ele não poderá ter atendimento, vai ter que passar pela recepção novamente e depois pela classificação de risco para ver se ele deve ser atendido novamente ou não.

O fato de perder de vista por instantes a profissional que acolhia o rapaz me expôs novamente a explicar quem eu era e o que buscava fazer ali, precedido, novamente, do olhar de indiferença de quem vira o rosto e nada diz. Talvez esse tenha sido o único momento que sentimentos relacionados a indignação se fizeram presentes na pesquisa. Tantas vezes foi tristeza, algumas, sufocos. Em muitas outras, alegria, alívio, atenção, curiosidade, carinho. Cansaço também. Daqueles que às vezes tonteia. Acontecia geralmente quando dava mais de oito horas lá dentro. Que dirá os profissionais como técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos que ficam geralmente mais de doze horas seguidas, todos os dias.

Para mim, tempo fugaz, antes mesmo de encontrar a assistente social que rapidamente se movia por onde fosse necessário para reverter a alta de Marco Antônio, o encontro sentado em uma poltrona da sala de procedimentos que ficava mais ao canto, comendo um caldinho de feijão, uma gelatina e um suco, alimentos que a bucomaxilofacial e a assistente social haviam definido na conversa, visto a possível dificuldade que poderia ter em mastigar. Estando próximo a ele, tomo a liberdade de me aproximar:

-Marco me lembro até hoje de ti com a camiseta do grêmio.

Marco tinha muita dificuldade para falar, sua fala era arrastada e as palavras saiam atravessadas. Essa dificuldade era para além do cansaço pela embriaguez; me lembrei de sua dificuldade na fala desde a adolescência. Mas isso não impediu de revelar a alegria que parecia tomar conta dele. É tomado de um ânimo súbito:

- Eu amo meu time. Não perco um jogo do grêmio. Timão do meu coração.

- “Tu é o maior fã do grêmio da cidade”, disse brincando.

- “Eu sou! Tô sempre vendo o jogo no estádio. Já fui para o exterior. Fui ver um jogo deles no exterior.”

- E como está nosso time agora?

- Tá, tá bem. (Ele vai comendo enquanto fala comigo agora me olhando nos olhos). Poderia estar melhor, jogou e perdeu, contra o Vasco.

- Mas dias melhores virão né?

- Vai vir sim. Timão.

Nesse momento reencontro a profissional que se aproxima e pergunta a ele:

- Marco onde tu costuma ficar de dia?

-Na epa.

-Aonde?

- Na EPA.

Eu digo: - Na Escola Porto Alegre.

- Ah sim então eu vou falar com o fulano para ele te ajudar a buscar ajuda em saúde no teu posto de saúde. É bom que eles acompanhem tua situação. Eu consegui para ti o encaminhamento para Raio X mas tu vai ter que aguardar mais um pouco, certo?

Ele faz que sim com a cabeça enquanto tomava o suco.

- Viu, eu só vou se for no Santa Marta, é lá que sou atendido. No Santa Marta.

-Mas o Santa Marta não é da tua região, ela diz. Tu não está mais em situação de rua.

-Mas é lá que fui atendido a vida toda.

-Eu vou tentar falar com eles também então. (Citando o nome de um dos coordenadores do Santa Marta)

Ela pede licença, diz que vai retornar para escrever sobre o atendimento dele e já volta.

Enquanto esperávamos o elevador para subirmos até a sala da equipe de atendimento social no 5 andar, nossos olhos ficaram meio marejados, ela pega na minha mão:

- Não ia prestar trabalharmos juntas, digo brincando.

- Hahaha não iria, somos muito emotivas.

Enquanto o jovem esperava pelo Raio X, passamos algum tempo na sala do Atendimento Social no 5 andar. Enquanto ela “evoluiu” o atendimento, conversava com outra colega do serviço social com muitos anos de experiência na área:

-Nem sabe quem eu encontrei agora. Marco Antônio.

-Jura! Responde surpresa a outra profissional. O loirinho? O que ia na EPA? O de olho azul?

Me lembrei então do outro menino Marco Antônio. O que me deu a palavra Inefável de presente. Sim, eram dois meninos. Não seria esse. Que é negro de cabelos encaracolados. O outro Marco Antônio, também estudou na EPA mas hoje mora na avenida Ipiranga esquina com alguma rua. E eu conheci ambos.

-Eu vejo o outro Marco direto na Ipiranga. Eu sinto que esses meninos que a gente atendia quando eram adolescentes nos veem na rua e sentem vergonha de vermos eles por ainda estarem em situação de rua. Eu fico bem triste de verem eles crescendo assim. (diz uma delas)

Então nós três, como se levássemos conosco dois Marco Antônio do passado, descemos em direção ao jovem rapaz, agora de pé ao lado da porta que dá para as salas de atendimento médico. Estava tão melhor, consciente, disposto.

-Oi, lembra de mim? Te vi jovem lá na Casa Harmonia. (diz a segunda assistente social) Ele olha e nada diz, mas sorri.

A profissional que pude acompanhar todo o processo de acolhimento conta para ele de um jeito bem afetivo, sorridente:

-Lembra Marco que uma vez tu cuspiu em mim?

Marco dá um sorriso fechado, ele demonstra uma sensatez dos adultos que já não lembram das pirraças da juventude que os mais velhos registraram na memória, incluindo a pesquisadora que aqui vos escreve. Talvez terminasse ali, com o alimento, com o raio x e o medicamento que lhe trouxe conforto para retornar para casa.

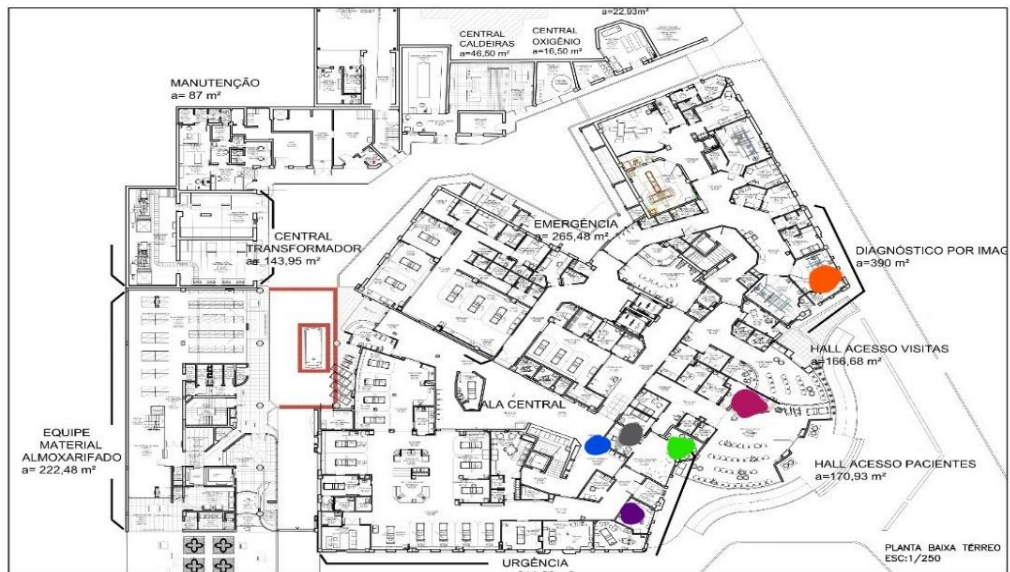


Figura: Caminhos de Marco Antônio. **Rosa**: recepção. **Verde**: cadeira da sala de procedimentos da sala verde. **Cinza**: sala de organização da equipe verde. **Roxo**: sala do buco-maxi-facial. **Azul**: a cadeira da sala de espera onde ficou. **Laranja**: onde é realizado o raio X.

Passam semanas e a referência técnica da EPA que há anos acompanha Marco Antônio é acessada pela assistente social que também o conhecia de longa data. Houve dúvidas sobre a veracidade de que ele houvesse viajado para “o exterior”, de que ele estivesse trabalhando. Apesar de Marco Antônio, descrito como “funcional” pela técnica do EPA visto que há anos vivencia o alcoolismo, “tudo aquilo que ele disse é verdade”, diz a assistente social do HPS, feliz com a notícia que recebera. Ela enviou um email explicando que o rapaz precisaria ser acompanhado no processo de vinculação ao serviço de atenção básica da região dele.

Marco Antônio nos ensinou que o forte vínculo formado com as políticas públicas de saúde e assistência social, permitiu sobretudo não apenas sobreviver, mas ascender a movimentos de autonomia. Ele é sujeito que tem uma conta bancária, uma identidade. Ele é o próprio fluxo entre políticas públicas para pessoas em situação de rua, pois ele sabe que ela é feita de profissionais que ao longo dos anos circulam por diversos serviços. “Depende muito dos profissionais. Tem uns que saem batendo pino mas fazem de tudo pelo paciente.” (diz a residente de enfermagem em outro momento sobre a qualidade da atenção em saúde). Neste ínterim, advogar por determinados sujeitos remete-nos ao conceito de poder contratual de Roberto Tykanori Kinoshita (1996, p. 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.

Ao longo da tese veremos uma profusão de agenciamentos nos processos de cuidado que por não serem discutidos e minimamente construídos e pactuados entre distintas equipes e áreas de saber, eles se perdem e perdem consigo os usuários de saúde que poderiam sair do hospital com um atendimento mais resolutivo. “Tudo que é acordado é de cima para baixo. De direção geral para direção geral. Então tudo vai mudando e só somos avisados que mudou por email tal procedimento”, desabafou o policial civil do plantão do HPS.

Assim, talvez não se saiba muito sobre qual o trabalho de cada profissional de saúde do hospital. As tecnologias duras, a departamentalização e a supremacia da visão biomédica sobre o sujeito transmutado em órgãos. 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. Nem sempre ela é possível.

Sobre essa impossibilidade há uma lembrança: entrando sempre pela porta dos fundos em mais um dia de pesquisa de campo, era comum algumas cenas me chamarem atenção. Um dia às 11 horas da manhã passei pela grande sala de espera onde avisto um jovem homem, negro, numa cadeira de rodas com um algodão no nariz e um cobertor lhe tapando. Eram 16 horas da tarde e quando me dirigia para ir embora, tive um *Déjà vu*. Ele estava do mesmo jeito, no mesmo lugar.

Esse é mais um limbo, entre não estar no sistema como inserido em atendimento, e não poder ir embora. É como se ligar para a irmã desse usuário de saúde que caíra de bicicleta não fosse um atendimento em si. A alta tem seu estatuto biomédico. “A enfermeira não quer reverter a alta com medo que ele não vá embora. Eu não vou atender, eu disse para ela. Ela que mude no sistema. Mania de fazerem isso toda hora, é um desrespeito”. (profissional do serviço social). Soube depois que o jovem homem não teve a ligação da irmã atendida por ela, então no final do dia ele disse à assistente social que teria condições de ir para casa andando

e recebeu um TRI (vale transporte). Uma alimentação do refeitório do HPS também lhe foi fornecido antes de sua partida.

“Eu sei que foi assistencialismo”, diz a residente, “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 junto com a psicologia montam estratégias de acompanhamento e encaminhamentos. Raramente é realizada junto com outras áreas biomédicas. Exceção 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 6 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. Como por exemplo: “Ver um senhor que morava numa casa de papelão ganhar alta numa noite chuvosa e nós não pudemos fazer nada por ele.” A policial civil relata história parecida em uma madrugada, horário em que a equipe do serviço social não estava: “Era uma velhinha que já havia recebido alta hospitalar e o familiar disse que só iria buscar no outro dia. Não dormi a noite toda.”

E quando o corpo sobrevivente tem um risco de morte (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 depois das 20 horas em dias de semana e depois das 14 horas nos 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 para seu retorno. 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 do Hospital Cristo Redentor)

Assim fuga³¹ de paciente no final de semana é relatada como motivo de incompletude do acompanhamento devido. Muitos homens chamados de Tigres nos dois hospitais de trauma, a maioria avaliados como abstinente no uso de drogas, que gritam, ameaçam, incomodam, são homens em situação de rua que vieram por agravos em saúde produzidos por conflitos violentos. 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)

A responsabilidade pela fuga do paciente parece ser do enfermeiro, chefe da internação o que não parece causar angústia e culpa nas equipes. Exceção foi a tentativa de suicídio cometida por um senhor recém passado pelo pós-operatório que teve um “surto” e fugiu da enfermagem, se atirando do quarto andar do hospital. Nesse caso, ouvi que foi discutido em Round (reunião da equipe da enfermagem ou UTI com todos profissionais e residentes) que se concluiu tiveram outros responsáveis pelo ocorrido para além da enfermeira: o médico que estava sem fazer a avaliação de um dia para o outro, da equipe do vigilante que deveria ter sido chamada para conter o paciente, do remédio que ele estava tomando. Então tudo o que pode ficar fora do hospital, tudo que pode ser devolvido em vida para a cidade é destino que não lhe cabe problematizar. Tudo o que ocorre dentro é passível

31 Um dos policiais civis do HPS conta que a última decisão da direção do hospital é de que os vigilantes a partir de agora tem a incumbência de abrir boletim de ocorrência no plantão policial quando a pessoa foge. Antes a enfermeira costumava prestar o depoimento.

de culpabilização entre as partes envolvidas (equipes médicas e multiprofissionais). 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.

2.2 Dos ignorados e dos Acusados: o nome próprio no acesso à saúde e à segurança pública.

É o momento de entrar pela porta da frente da emergência. “Nome?”, é a primeira coisa que a(o) recepcionista lhe perguntará, sempre com um vidro entre o usuário de saúde e o profissional “para evitar agressões” (profissional administrativo do Hospital Pronto Socorro); “para evitar contaminações” (recepcionista do Hospital Cristo Redentor). “Documento?” Não tem? Não se preocupe, no SUS todas as pessoas são atendidas, mas há quem não goste. “O que me custa perder 5 minutos para fazer o cartão SUS se a pessoa não tem? Aí essa colega ameaça a pessoa sendo que vai ser atendida igual.” (recepcionista do Hospital Cristo Redentor)

Se você conversar com a recepcionista com mais de 15 anos de trabalho no HPS verá que o sistema de informação, até ano 2014, era impresso em formato de boletim de atendimento: “às vezes o paciente se perdia lá dentro, ninguém sabia em que momento do atendimento ela estava” (gestora).

Com o advento do prontuário eletrônico é possível acessar pelo boletim de atendimento exatamente em que processo de atenção em saúde o usuário de saúde se encontra. Além disso, tem-se o histórico de todos os acessos em saúde que foram realizados pelo usuário de saúde no HPS e igualmente em outros hospitais municipais da cidade. Se fosse no Hospital Cristo Redentor se aplicaria ao acesso informatizado de todo Grupo Hospitalar Conceição, já que é um hospital federal. Em ambos locais, tudo isso é possível com um nome, de preferência munido de um documento de identidade ou CPF.

Depois do Nome vem o “qual o motivo?”, “o que aconteceu?”. *Queda da própria altura* pode ser o quesito registrado no boletim de atendimento, mas se foi devido a violência interpessoal será registrado como Agressão. Ferimento por arma de fogo, ferimento por arma branca e outras violências também são registradas dentro do quesito Agressão. “Muitas

“pessoas não contam pois estão acompanhadas pelo agressor, como violência do homem contra a mulher. Mas se na classificação de risco eles dizem que foi agressão nós mudamos no sistema.” (receptionista)

A grande diferença entre os dois hospitais de trauma é que no Hospital Cristo Redentor (HCR) a recepção não possui a incumbência de perguntar o motivo que trouxe o sujeito ao serviço de saúde, ela só pega os dados de nome, endereço e cartão SUS. Quem busca saber a demanda e necessidade em saúde do usuário de saúde será posteriormente o(a) enfermeiro(a) da sala da Classificação de Risco, o que parece ser ótimo para a recepção pois diminui o risco de agressão verbal e parece aumentar o (a) do(a) enfermeiro(a), de acordo com o profissional da portaria, pois a classificação de risco fica numa sala bem na entrada, antes mesmo da recepção.

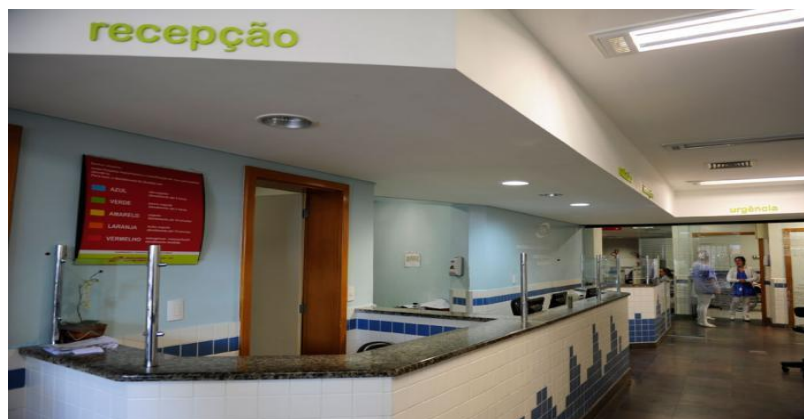


Figura: A recepção do Hospital Cristo Redentor. Placas explicando ao usuário de saúde sobre a classificação de risco (azul, verde, amarelo, laranja, vermelho) estão logo na entrada do hospital, na recepção à esquerda (foto) e à direita.

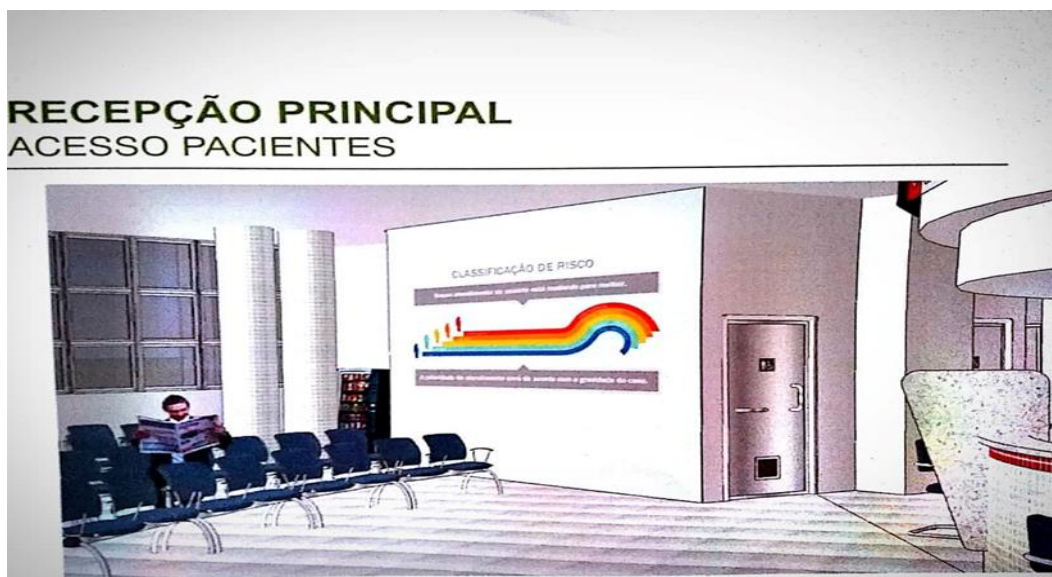


Figura: No HPS, a imagem foi idealizado pelo projeto Quali SUS para reforma que começou no ano de 2014. (Observação: salienta-se que o cartaz de classificação de risco é de tamanho muito reduzido em comparação com o postulado. À esquerda o guichê da recepção não possui cadeiras, sua altura é para as pessoas ficarem de pé. O banheiro que aparece é o feminino; a máquina de salgadinhos e cadeiras conferem à imagem. O homem sentado na cadeira é descrito na imaginação do vigilante como “ele já foi atendido e agora tá lendo um jornal”.)

No Hospital Pronto Socorro (HPS), a coordenadora da recepção e da entrada das visitas do hospital chama minha atenção: “Eu saber teu número celular pode não ajudar em nada. Tem que ter no cadastro do Cartão SUS o nome da tua referência. Se vier sem nenhum documento, desacordada, como vou saber quem tu é? Como vão chamar teu familiar?” A recepcionista do HPS me mostra por mais de uma hora como funciona o boletim de atendimento e faz questão de complementar o meu cadastro com o nome do familiar. “Às vezes a gente revista a pessoa desacordada para ver se encontra algum documento, quem sabe uma conta de luz que daqui a pouco a pessoa ia pagar antes de sofrer o acidente.”

Quando perguntei quais eram as possibilidades de ter o Nome Social incluído no sistema de informação do HPS, a recepcionista confirmou o que uma das gestoras do HPS havia me dito, que isso dependeria da Procempa (Processamento de Dados Do Município De Porto Alegre), pois estavam há muito tempo para encaminhar essa mudança. Verifiquei então com ela, se haveria linhas de fuga para o sujeito ter direito ao nome, tanto no sistema informatizado como nas vozes dos profissionais de saúde. Fomos testando todas as possibilidades: não há como incluir o nome social visto que o nome deve se encaixar com o CPF fornecido. Ela poderia colocar o nome social após o nome de registro (sem parênteses nenhum pois se fizer isso o nome some) mas os profissionais irão chamar pelo nome que aparece primeiro. E como não é possível colocar nenhuma pontuação na caixa de texto “Nome” acreditarão ser um sobrenome.

As tecnologias que encerram a possibilidade de existência das pessoas transgêneros dentro do circuito hospitalar, são antes efeitos das relações de poder cotidianas: “Se a pessoa incomoda muito que nem chegou um homem dizendo que a identidade estava sendo encaminhada, que era um direito dele, eu ponho o nome social depois do nome de referência”. A recepcionista me orienta ir a campo nos finais de semana: “Também aparece os homossexuais, eles se prostituem, vem tudo agredido da rua.”

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 nem consciência. Uma das recepcionistas revela: todas pessoas são atendidas, com documentos ou sem. E se elas vierem sem nada será registrado o nome que elas derem (se bater com o CPF do sujeito). Nesse caso, a polícia pode ir checar a real identidade, mas é uma iniciativa que é da própria polícia civil³². Junto com o nome Ignorado é gerado um número. Cada pessoa tem um número no hospital que guarda todos os prontuários do paciente. “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.

No caso do Hospital Cristo Redentor (HCR) uma residente conta que há uns meses o termo Ignorado se tornou DESCONHECIDO, no caso quando o sujeito não tem nenhum documento mesmo que lhe dê um nome. “Que bom que mudaram, achava horrível o nome Ignorado”. (residente multiprofissional do Hospital Cristo Redentor)

Mas o cúmulo de não ter nome é quando nem o aparelho estatal o descobre. Em uma das UTI’s do HPS é preciso três profissionais para entubar novamente o jovem desacordado antes que a visita dos familiares comece (médica, fisioterapeuta, enfermeira e técnica de enfermagem). Se estivesse consciente, ele teria dado um nome, mesmo sem o documento. O jovem adulto negro encontrado em via pública desacordado foi trazido pelo SAMU com traumatismo craniano e desde então em seu prontuário se encontra o motivo: “suspeita de agressão”.

Ele é mais um dos que entrou como IGNORADO. O IGP (instituto Geral de Perícias do Rio Grande do Sul), através de solicitação do plantão policial, desloca o papiloscopista (profissional que verifica quem é o sujeito pelas digitais) para resolver essa e outras palavras cruzadas de nomes próprios. No entanto, nem para o IGP esse homem existe. Mas ele está ali, sendo entubado novamente após a tentativa de poder torná-lo consciente. Será necessário então enviar as digitais para identificação a outros estados brasileiros, visto que não há comunicação direta entre eles. Quem é? De onde ele é? “Que doido isso, saber que o cara

32 Será explicado posteriormente na tese como funciona o fluxo de atendimento da segurança pública no hospital e isso inclui o Nome do sujeito na recepção.

pode não ter uma identidade, não ter um nome. Se nada der certo vão dar um novo nome para ele, um novo registro. É como se ele pudesse renascer no hospital. Mas também será como se não tivesse tido uma história de vida.” (residente multiprofissional). Em outra ocasião, quando pergunto ao policial civil como percebe essa situação: “É necessário o hospital ter o nome do sujeito pois precisa prestar as contas do número do documento pessoal. (policial civil).

“CPF, RG é atenção em saúde sim!”, afirma uma das enfermeiras do Consultório na Rua do Grupo Hospitalar Conceição no Seminário sobre Saúde da População de Rua que ocorreu no HPS. Sem os documentos, o *Ignorado* não tem acesso a todos os documentos; não foi possível para uma educadora social de rua conseguir o exame CD4 para posterior internação de um rapaz “nós perdemos ele por isso, ele morreu”.

Não ter um nome legítimo às ordens biopolíticas de controle da população não revela apenas sobre quem acessa os serviços de saúde e como o acessa. Da importância do nome como meio de comprovação do atendimento, mesmo que o seja como Ignorado, e todas informações de seu passado na instituição, temos especialmente a produção do sujeito criminoso. Um lugar de captura.

O policial civil do plantão policial tem acesso a maioria dos homens que chegam foragidos. Do confronto entre facções de tráfico. Do confronto com a brigada militar. De assalto a mão armada. A Central da Polícia Civil geralmente avisa por telefone o plantão do hospital de que possivelmente irá chegar determinado homem. Envia o nome e a foto. Quando não é desse modo é a própria equipe da recepção que liga avisando.

Vir por meios próprios quando envolvido por conflitos armados também é um forte preditivo: de carro, de táxi, a pé. Homens que chegam por ferimento de arma branca e de arma de fogo nesses casos são considerados pelo policial civil como “90% dos casos que estão com problemas com a lei. Problemas com a lei: mandado de prisão; foragidos do sistema prisional, não cumprindo adequadamente a semi-liberdade. Também os recentemente envolvidos em crimes que se refugiam no hospital de trauma “quando a dor se torna insuportável, pois eles sabem que aqui possivelmente serão pegos” (policial civil).

Uma profissional da polícia civil não irá se preocupar em dar voz de prisão para algum foragido da justiça, ela chega prendendo o punho à maca. Há um pacto tácito entre usuários de saúde e a polícia civil, todos sabem que ao adentrar no hospital se está sendo resgatado antes pelas malhas da segurança pública. Para escapar dessa lógica, os feridos buscam rotas de fuga, serviços de saúde onde não há plantões policiais. No caso do município de Porto Alegre seria o Pronto Atendimento da Cruzeiro, o Hospital da PUCRS, e serviços de Atenção Básica em que “eles obrigam os médicos a atenderem para não virem para cá e para o Hospital Cristo Redentor”. (policial civil)

Outra estratégia é dar nome falso, situação comum na recepção. Dizem que estão sem o documento. Como o homem que forneceu o documento de identidade que o sistema informatizado do hospital não reconhecia, impossibilitando inseri-lo no boletim de atendimento. “Claro que dava erro, morto não entra no sistema. Ele usou o documento de um policial militar morto. Eu fingi que estava tudo certo, mas assim que ele passou para a classificação de risco liguei para o plantão policial e disse que a carteira de identidade não era dele. Aqui qualquer FAF e FAB que chega ligamos pra polícia civil.” (profissional da recepção)

Para contar a história sobre a abordagem do policial aos casos de reconhecimento do sujeito do crime, ela levanta da cadeira que fica atrás dos vidros e começa me empurrando contra a parede: “Libera aí, libera aí que vai ficar ruim pra ti!” Apesar de estatura baixa ela dramatiza com todo vigor uma feição imponente, os braços duros balançando em direção a mim. É o momento de eu ser ameaçado, envergonhado. É assim que o personagem que me foi convocado a assumir deve se sentir.

“Nós da saúde não podemos nos meter nisso, eles não nos respeitam, mas o policial sabe como agir. O policial civil viu que era foragido da polícia no sistema dele na hora, e no outro dia a SUSEPE já estava lá acorrentando ele e levando para o leito dos custodiados”.

Os profissionais de saúde não interferem nesse processo. Aliás muitos deles acessam o plantão policial “só quando é um problema pessoal deles para ser resolvido” (policial civil), ou quando, o paciente, sem quaisquer documentos ou informações precisa ter os familiares contatados. Como um usuário de saúde que chegando por agressão na face/cabeça não sabia informar nada sobre si. Solicitar o serviço do papiloscopista nesse momento parece ser a única saída.

Em outra ocasião, acompanhei a profissional do serviço social, solicitando a assessoria do policial civil alocado na sala ao lado (no 5 andar ficam as salas do Plantão Policial, a Saúde Mental e o Serviço Social). Era o caso de um jovem que ao tomar uma paulada na cabeça não lembrava de nada sobre si mesmo. A assistente social sugeriu ao policial fazer um BO de Desaparecido para conseguir pelo IGP, o papiloscopista, que pegaria as digitais e faria análise de quem é o fulano. “Mas como vamos dar por desaparecido quem não tem nome?”, pergunta o policial civil para a profissional de saúde.

Então ele liga para o IGP em frente à assistente social: “É por isso que o Brasil não vai para a frente. A responsável não está lá e precisamos dela para liberar esse encaminhamento.” Há 10 anos o IGP está como departamento separado da polícia civil, para ele isso prejudica o trabalho da segurança pública. O rapaz sem memória precisou de dois dias para ser declarado seu nome através da análise do papiloscopista e mais uns bons dias para se lembrar de quem era.

Essa obviamente não será a última vez que veremos a entrada do hospital como fronteira de reconhecimento do sujeito do crime. Nessas relações de poder intercambiantes, a polícia civil nem sempre terá acesso a todas as informações produzidas. Vez ou outra, profissionais de saúde impedem que se tenha acesso ao prontuário sem a autorização do usuário de saúde, ou que acessem o sujeito internado para pegar depoimento. No HPS os médicos se eximem de registrar o nome da vítima nas provas do crime coletadas em cirurgia (quando médicos retiram materiais cortantes ou projéteis). Mesmo assim, a polícia estará andares acima da recepção, um olho que tudo vê (ou um ouvido que tudo escuta). Se não for por dentro dos vasos comunicantes do hospital, será pelas tecnologias de comunicação próprias à polícia civil.

Nesse interím, o corpo traumatizado é também mortificado. A separação entre o internado e o mundo externo, a perda do seu nome, a obrigação em realizar uma rotina diária de vida que considera estranha a ele, aceitar um papel com o qual não se identifica e a violação da fronteira entre o ser e o ambiente, perdendo, assim, sua privacidade, compõem algumas das mutilações e mortificações do eu nas instituições totais. (Erving Goffman, 2001)

Exemplo, são as situações vexatórias e humilhantes vividas pelas pessoas transexuais e travestis ao ter que portar documentos em completa dissonância com suas performances

de gênero. Existem corpos que possuem sua cidadania regulada (Jessé Souza, 2006) como o/a dos/as negros/as, das lésbicas, dos gays e das pessoas trans (travestis, transexuais e transgêneros). A cidadania precária representa uma dupla negação: nega a condição humana e de cidadão/cidadã de sujeitos que carregam no corpo determinadas marcas. O acesso e o cuidado em saúde às masculinidades marcadas pela violência são possíveis pela fragilidade orgânica e física imposta ao corpo, ao passo que sua biografia é suprimida no direito de existir.

2.3. Acesso, acolhimento e restrição às visitas

Para quem tem um sistema informatizado, há papéis demais. Na recepção a chegada do familiar ainda é registrada numa lista impressa, com letras minúsculas, separando paciente por paciente. Cada usuário de saúde possui direito a dois visitantes, tanto nas enfermarias quanto nas UTI's. Um visitante em caneta vermelha é escrito sobre o nome da pessoa internada, dois visitantes, será um nome sobre outro até que todos esses personagens fiquem ilegíveis. Pelo menos para quem é de fora.

No dia a dia do hospital existem acordos não protocolares que geralmente escapam às combinações. É o caso de visitas no HPS. Exemplo foi o fornecido por uma gestora do HPS, que se lembra vividamente de uma mãe, esposa e a ex-mulher desejando no mesmo dia visitar um rapaz custodiado (veremos no último capítulo que as visitas de custódia possuem um fluxo específico). As três queriam resolver a situação com a direção pois ambas tinham “liberação pelo juiz”. A gestora foi orientada pelo diretor de que deveriam decidir entre elas, no entanto, havendo uma predisposição para briga entre as mulheres da família, foi construída uma escala para dividir os dias de visitas.

Tecnicamente, para a gestão do hospital, o paciente pode tanto restringir visitas a pedido, como a entrega de pertences pessoais, enquanto requerimento acordado entre enfermaria, portaria e recepção. Na prática não é assim que funciona. Profissionais de saúde, incluído profissionais que trabalham na recepção das visitas, salientam que o próprio agressor, sendo familiar, pode visitar a vítima sem que seja tolhido por isso. Pai, mãe, filho e esposa/marido têm prioridade no acesso ao familiar internado, mas há casos em que os cuidadores ou laços principais podem ser de amigos, tios, madrinhas; nesses casos a própria

recepção com o plantão de enfermagem avaliam a possibilidade. Nos casos de necessidade, o usuário de saúde pode impedir a visita de alguém, a “requisição do juiz é via obrigatória”, segundo os profissionais de saúde e da recepção. O mesmo se aplica para que a entrada de visitas para custodiados ou autores de ato infracional ocorra.

A profissional da psicologia e coordenação da recepção do hospital contam que outras iniciativas foram realizadas para garantir a proteção dos (das) usuários(as) de saúde, como combinar com a direção do hospital e o plantão da polícia civil através de Boletim de Ocorrência a possibilidade de barrar quem cometeu a agressão ao usuário de saúde. Exemplo foi a situação de vítima de violência doméstica temendo a visita do companheiro que a agrediu. A delegacia da mulher, por solicitação da psicologia em parceria como o plantão policial do hospital, enviou um documento proibindo a entrada do marido. Todos funcionários receberam por email a notificação de impedimento de visita, uma cópia foi para a pasta de funcionários da recepção e da enfermaria, além de colarem na parede da recepção o alerta para que fosse impedida a entrada do autor da agressão. No entanto, o companheiro teve acesso à entrada e as ameaças à mulher que sofrera a violência ocorreram no interior do hospital sem que ninguém percebesse.

Visitas entre familiares que se agrediram é comum de acontecer. “O que tu me diz do marido que teve o pulmão perfurado pela facada da esposa e agora eles estão só amor na visita? Freud explica?”, pergunta a enfermeira na sala amarela em tom de humor.

É a cunhada que visita a enteada para pedir perdão pela facada, é o pai que apanha do filho, é o sobrinho que dá uma garrafada no tio que justifica a ação: “Eu não revidei pois ele bateu com razão, eu tinha aprontado algo pra ele”, diz o tio que estava da cabeça aos pés ensanguentado, pois postergou a ida à emergência de saúde para dormir.

“Natal, ano novo dá muita briga de família”. Não são apenas os números de atendimento³³ por agressão que dobram nos meses entre dezembro e março, mas também

33 Casos de agressão, ferimento de arma branca, ferimento por arma de fogo e tentativa de suicídio no ano de 2017 para 2018: julho (382 casos/mês); dezembro (539 casos/mês); janeiro (487 casos/mês) (Dados do Sistema de Informação do HPS)

os casos de família. Essa é uma frase tanto proferida pelo médico que trabalhou nos primórdios do HPS no ano de 1948 (Marion Nunes, 1994), como um aspecto muito sinalizado na atualidade por gestores e profissionais de saúde do HPS e Hospital Cristo Redentor.

Ambos os hospitais de trauma possuem duas entradas: a da emergência de saúde e a das visitas. Enquanto no Hospital Cristo Redentor há catracas de entrada e a vigília é realizada por profissionais da portaria que trajam um blazer com o logotipo do hospital, no HPS utilizam-se como artifício de proteção correntes de plástico que simbolizam uma separação entre os visitantes que antes devem passar pela revista de bolsas e sacolas, enquanto o trabalhador da portaria fica mais à frente, verificando o adesivo de visitante que deve ser colado ao corpo após passarem pela recepção. O rapaz que traz a fruta descascada para o irmão internado terá o alimento guardado na recepção, pois no HPS a entrada de alimentos é proibida, enquanto no Hospital Cristo Redentor é permitida. Para que seja possível a visita é necessária a apresentação de documento com foto. Mas exceções são realizadas diante de certas demandas, como dois jovens haitianos que foram visitar o irmão que estava internado há dois dias no HPS: “nesse caso liberamos porque eles não se sentem seguros em andar com o passaporte. O que eles apresentaram foi o número de documento sem foto, mas até o cartão SUS é fornecido quando chegam ao Brasil.” (repcionista)

Os vigilantes do HPS também são atores sociais que fazem parte da tomada de decisões sobre a entrada do sujeito no interior do hospital, além de frequentemente acompanhar os visitantes até o local onde deveriam ir e prestar informações pois “é muito comum os pacientes e familiares se perderem no hospital pois não há placas que sinalizem bem o espaço” (profissional da portaria).

Já dentro do hospital não existe uma sala de estar específica a acompanhantes, nem uma sala para interconsultas (atendimento realizado por vários profissionais) aos familiares. No HPS, apesar do plano de reforma prever um centro ecumênico, ou seja, um espaço inter-religioso que acolha usuários de saúde e familiares, esse não fora construído:

PROJETO QUALISUS

2º PAVIMENTO

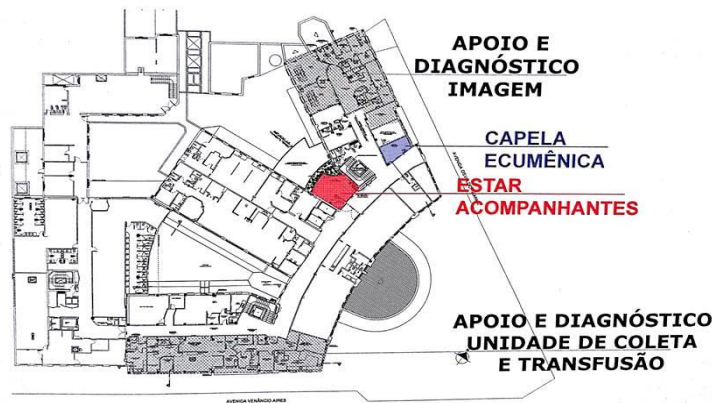


Figura Projeto de reforma HPS. Capela ecumênica e sala de estar não foram construídas. (arquivo institucional)

No caso do Hospital Cristo Redentor há placas bem sinalizadas. Assim que se entra pela entrada das visitas uma indica “Centro Ecumênico”, mas ao chegar lá uma reunião entre profissionais de saúde estava sendo realizada no local de paredes brancas e nenhum sinal de ambiência espiritual/religiosa. Podemos, no entanto, em uma das enfermarias de internação do Cristo Redentor, ver na sala da enfermagem, em meio a mesas de metal, cadeiras de metal, caixas plásticas de seringa, caixas de soro, de medicamentos, Ele: Jesus Cristo.

Metal, transparência e no meio disso na parede Deus é o Senhor. Nessa mesma enfermaria do Hospital Cristo Redentor um ou outro livro religioso com temas de esperança e salvação circulavam pela sala. Eram de algum(a) profissional do plantão noturno. É comum que profissionais de saúde ofereçam livros de conteúdo religioso para os usuários de saúde. Como um rapaz custodiado pelo estado, que chorava sem saber exatamente porque estava acorrentado e para qual casa prisional iria após alta hospitalar referindo a saudade que sentia dos filhos. A ele foi oferecido por um dos agentes da Susepe um livro sobre espiritismo. Ele me dizia: “eu também gosto de espiritismo, tô gostando de ler.” Reencarnação, o nome do livro. *Vida depois da morte.*

A espiritualidade é um aspecto percebido nas famílias, que fomenta entendimentos e práticas de manejo do sofrimento e aceitação da finitude, tanto na abertura à escuta pelos

profissionais de saúde quanto na criação de espaços de acolhida aos familiares e cuidadores. Diversas pesquisas indicam benefícios ao usuário de saúde na aderência aos tratamentos terapêuticos quando reconhecida pela equipe de saúde esse aspecto. (Grazielly Giovelli; Guinter Lühring; Gabriel José Chittó Gauer, et. al, 2008)

A policial civil acredita que as famílias dentro do Hospital Cristo Redentor não possuem um espaço de acolhida pois quando ocorrem situações de crise, como a morte de um familiar, o plantão da polícia, que fica ao lado da entrada das visitas, escuta “todas as choradeiras, noite e dia” (policial civil).

A espiritualidade é percebida como ferramenta de manejo de profissionais que buscam oferecer alívio ao sofrimento do usuário de saúde. No entanto, isso pode mascarar outros processos de cuidado em saúde que seriam fundamentais, outras escutas sobre o sujeito, mas que não se fazem presentes. De todo modo, escutar esse sujeito e o que é possível a partir de suas demandas e necessidades: esse seria um primeiro passo para o acolhimento em saúde na internação hospitalar; uma perspectiva de gestão de cuidado que ultrapassa o entendimento *doença-centrada* para *usuário-centrado*³⁴.

Experiências pessoais relacionadas à saúde/doença também produzem determinados modos de entender e agir. O Residente de Medicina (R1) na emergência de saúde que confere a importância que é ouvir e conversar sobre espiritualidade com alguns usuários(as) de saúde idosos ou com alguma problemática de saúde crônica quando tocam nesse assunto. O profissional sente que os pacientes parecem se sentirem acolhidos. Essa ideia é conectada à sua experiência pessoal quando o pai, internado com câncer, passou aos cuidados da instituição hospitalar e o posterior processo de luto com a morte dele. Refere que a escolha

34 Usuário-centrado refere-se diretamente ao pressuposto da integralidade: “Entendemos a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade tendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade na qual se insere.”(Mari Machado, 2007). Já a racionalidade presente nas práticas *doença-centrada* nos remete ao conceito de sujeição em Michel Foucault: “As instituições como hospitais, quartéis e escolas são exemplos claros da relação do poder que gera saber. O poder torna-se, pois, disciplina. Ele molda os corpos para a otimização de tarefas e do desenvolvimento da sociedade. Contudo, ao mesmo tempo que adentra para um melhor papel de cada indivíduo, ele retira a singularidade de cada indivíduo homogeneizando a sociedade por meio da disciplina que normatiza as relações e a forma como os indivíduos se identificam.” (Eduardo Jatobá, 2015, página 38)

pelo espiritismo como religião o ajudou a superar esse processo de perda e sensibiliza-se com a morte em seu processo de trabalho:

“Eu ainda não passei pela experiência de ter que dar a notícia da morte do paciente para algum familiar, mas deve ser bem difícil. Esses dias a familiar de uma paciente estava quase chorando enquanto me aproximava dela para falar do estado de saúde de sua mãe. Era como se ela estivesse esperando a notícia da morte através de mim e eu só fui avisar de que a mãe dela estava bem.” (Residente de Medicina)

Nos casos em que ocorre a morte do usuário e a família precisa reconhecer o corpo, antes que chegue ao Instituto Médico Legal para exame pericial, esse reconhecimento pode ser realizado no Morgue (vulgo Necrotério) do hospital. O enfermeiro me convida para conhecer: “Tu quer ver o que é morte no hospital? Te mostro onde fica”.

A morte se esconde sorrateiramente pela entrada/saída das ambulâncias na Avenida Oswaldo Aranha. É a parte do hospital mais próximo à igreja. Ao entrar num espaço muito escuro e úmido de 16 metros quadrados em meia-lua, tivemos nos esquivar de uma grande poça da água; havia uma geladeira descongelada que antes servia para guardar restos mortais.

À morte, restam-lhe 5 macas de metal, atravancadas quase umas em cima das outras. Território soturno, lá dentro percebe-se uma declarada diferenciação de valores entre a morte iminente, que pode levar a uma sobrevivida, comparado a um corpo sem vida; morto fisicamente e socialmente. Acabou.

O que sabemos é que vez ou outra choram-se pelos mortos, saudades e dor. Em cada corpo morto, há pelo menos uma pessoa que viverá dele e que não cabe lá. E o corpo fica à espera. De uma funerária e quando sem atestado de óbito, ao DML, até 3 horas.

“O que você acha desse espaço?”, pergunto ao enfermeiro.

“Esse lugar é horrível, horrível, é de uma desumanização. Uma maca de metal em cima da outra. O corpo atirado com um lençol em cima. Isso aqui cheira a morte. O familiar vem aqui para reconhecer o corpo, que espaço é esse?”

Esse é o último destino da morte no hospital. Depósito. Como se não houvesse vida prévia, seres amados. Alberto Kniestedt (2010), em sua pesquisa no HPS também apresentou o chamado Morgue. Sua definição é descrita como: “o local onde são guardados cadáveres e se realizam exames periciais para determinar a causa da morte, realizados por médicos

legistas. Em geral os hospitais e casas de saúde também dispõem de necrotérios, mas sem a finalidade dos congêneres da polícia.” (Alberto Kniestedt, 2010, p.150). Uma vez constatada a morte, o paciente “deixa de ser paciente”. O “espaço” é um “não-lugar”³⁵.

35 Seria “lugar” na medida em que é referido a algum acontecimento, um mito ou uma história. Esse apontamento tornará o espaço ligado a uma identificação diferencial, passando a ter significado para o indivíduo que a ele se refere ou que o reconhece como espaço de ocorrência de um destes acontecimentos. Uma vez revestido desta particularidade, esse espaço apresentará um diferencial que o identificará como um “lugar”. (Alvaro Kniestedt, 2010)

3. A SALVAÇÃO DE DAVID POR MARLON: O VIVER E MORRER NO HOSPITAL DE TRAUMA.

“O que é viver? Um coração batendo, respirando, isso é viver?”, a enfermeira na sala vermelha no Hospital Pronto Socorro questiona a si mesma. Entramos pela porta dos fundos, não porque viemos de ambulância, ou “por meios próprios” precisando de um atendimento imediato, mas porque a entrada dos trabalhadores(as) é por ali.

Na entrada lateral pela Avenida Venâncio Aires é comum ter alguma ambulância do SAMU estacionada, uma viatura da Brigada Militar, às vezes um carro da Polícia Civil, até que possam acessar o caminho para o interior do hospital. Logo após há uma grande porta de metal. É a sala vermelha, para aqueles que precisam ser atendidos imediatamente. Aperte o botão ao lado e a porta se abrirá. Depois da reforma tudo é novo, das portas aos recursos tecnológicos.

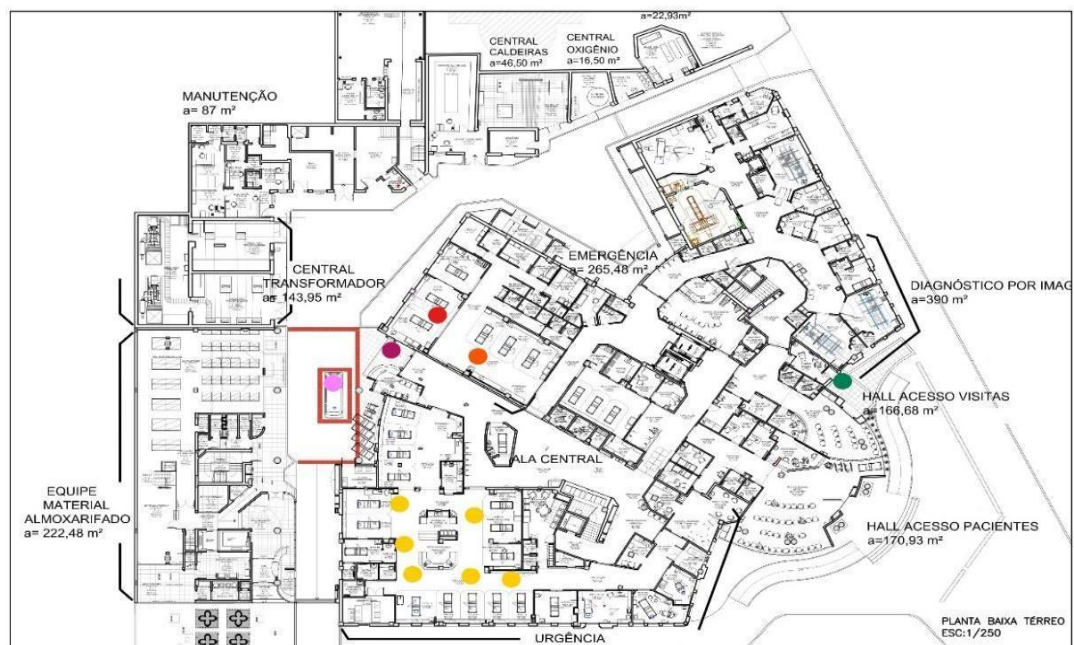


Figura 07: Um mapa para situá-los na emergência de saúde. **Rosa**: onde as ambulâncias ficam estacionadas; **Lilás**: a entrada pela porta dos fundos. **Vermelho**: casos graves necessários serem atendidos imediatamente. **Laranja**: casos de risco de morte a ser atendidos em alguns minutos, também os pacientes mais estabilizados, mas em permanente observação pelos profissionais de saúde. **Amarelo**: a chamada nova enfermaria, a sala amarela. **Verde**: hall acesso a visitas.

Como uma sinfonia tocada tantas vezes, cada um sabe exatamente o que fazer. Porém, há segundos de dúvidas, a escolha técnica, o aparelho tecnológico, a pegada no instrumento, por instantes é titubeada. São as crianças³⁶. Emoções imperceptíveis. E se fosse meu filho?

O acesso e o acolhimento de visitas no cotidiano do serviço hospitalar escancaram a vida e morte em sua difícil mensuração e manejo pelos profissionais de saúde. A violência que aflige um filho, um irmão, um pai, produz uma marca subjetiva naqueles que esperam dia após dia a comunicação de boas (ou más) notícias por parte da equipe de saúde. Os familiares e/ou amigos da vítima de homicídio costumam ser designados em muitos estudos, segundo a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2012), de “vítimas ocultas”, ou de “as outras vítimas” ou ainda de “co-vítimas”.

O presente capítulo apresentará os vasos comunicantes (Rafael Godói, 2010) entre hospital e famílias, os processos de comunicação e agenciamentos em torno da família para além dos fluxos institucionalizados no interior do hospital. Existem muitos circuitos que conectam o espaço hospitalar com os territórios urbanos. Visualizar as famílias como parte do objeto de trabalho da saúde é ampliar a dimensão da relação que o hospital possui com outras territorialidades. Assim como as visitas nas cercanias do sistema prisional habitam temporalidades que se cruzam entre famílias e percursos institucionais (Rafael Godói, 2017), ou como veremos ao final dessa tese, nas visitas aos leitos de custódia, também temos, por ora, as angustiantes esperas, corredores e indefinições engendrados pelos mecanismos de disciplina em que se assentam as instituições hospitalares.

Deixemo-nos levar pela história familiar dos irmãos Marlon e David³⁷. Poderemos perceber como é revelado o corpo doente aos entes familiares, através de certas

36 Sandra Leal e Marta Lopes (2005), em pesquisa realizada no ano de 2005 no HPS, perceberam que, para crianças internadas em decorrência de violência doméstica, havia mecanismos para acompanhá-las e encaminhá-las ao tratamento não só do trauma, mas também quanto à sua proteção contra os maus-tratos. A internação da criança não era indicada tanto pela gravidade do trauma, mas para esclarecer se o trauma era decorrente de violência doméstica.

37 Possibilitado pelo convite da profissional/residente do serviço social, acompanhei a família de Marlon e David (nomes fictícios) cerca de 1 mês/4 vezes na semana, durante o horário de visitas em uma das UTI's do HPS. A história da família fora antes brevemente narrada no capítulo 1.

inteligibilidades que se sustentam em posicionamentos hierárquicos de saber-poder³⁸ entre profissionais de saúde e desses com os visitantes. Os modos como são acolhidos em seu sofrimento e os encaminhamentos realizados para suas demandas de saúde, nos permite visualizar as arestas do dentro e fora, usuário de saúde e família, como partes indissociáveis no processo de atenção integral em saúde.

3.1 Vasos comunicantes: uma família em meio ao processo de trabalho da UTI.

A alegria se espalhava na manteiga derretida sobre o pão fresquinho. Em meio ao burburinho das risadas das crianças, o irmão mais velho, (Marlon de 25 anos) lançava seus conselhos ao irmão mais novo (David, 17 anos). A tia (Dulce) é um relógio. As doze badaladas chegam depressa, trazendo a comida de domingo, que só ela sabe fazer e que põe as crianças rapidamente à mesa. Elas, o pai de David e Marlon. O pai (Jorge) e os ressentimentos que preencheram uma história de distanciamento e rápidas aproximações com o filho David.

Essas eram as lembranças de David, até que virasse corpo etéreo no tráfico de drogas. Trabalhando com uma das armas e funções mais arriscadas: o Whatsapp, no campo das comunicações. No leva e traz. De quem vive, de quem deve morrer, de quem mata quem. Informatizado.

O irmão (Marlon) e o pai (Jorge) já haviam alertado David a abandonar a função de olheiro do tráfico. O pai já fora envolvido na vida do crime, sabia como as coisas haviam mudado de 10 anos pra cá. Antes os homens se resolviam olho a olho:

“Tinha uma relação de palavra, de homem para homem. Existia negociação: “Ah, eu vou pagar tal dia, ah, então quem sabe eu me mudo”. Agora, tu nem sabe que tua morte está decretada, às vezes não dá nem tempo de fugir. É tudo rápido, um manda um Whats para o outro, o cara que tá devendo para pagar a dívida ele tem que ir lá matar o outro, senão amanhã é ele.” (Jorge)

38 Dentro deste universo, no qual poder e saber estão intimamente ligados, o que se frisa, portanto, é que “não há constituição de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua, ao mesmo tempo, relações de poder” (Foucault, 1995, pp. 29-30).

A morte virou moeda de troca. Dente por dente, vida por vida.

Por isso pai e o irmão mais velho sinalizavam que enquanto David exercesse essa função não poderia visitar a tia Dulce. Lá a facção é outra. O problema é que nem tudo é acessado pelas teclas de um celular. David só desejava ir para casa e reviver o que é ser família. Atravessar os portões do tráfico, sem medo. Coragem era tudo de humano que possuía. Coragem e teimosia. Escondendo o menino desprotegido da parte homem que lhe deve.

No enquadramento da vida, meninos-homens permanecem pouco tempo na suposta proteção do espaço doméstico. Nem havia dado tempo de sentar à mesa da tia e já estava sendo chamado por alguém no portão. David abre a porta. Tão rápido foi, quando tia e o irmão mais velho o empurraram para dentro de casa e fizeram barreira à tentativa de execução nos dez tiros que foram lançados.

Pai, madrasta e a esposa de Marlon, grávida de 7 meses, não sabiam como se dividir entre as visitas no hospital. Numa das UTI's estava internada Dulce (tia), em coma, após ser alvejada na cabeça. Marlon (irmão de David), em outra UTI, com muitos tiros pelo corpo, também permanecia inconsciente. David estava escondido, em algum bairro de Porto Alegre, morando numa casa onde cuidava de um bebê, filho de um dos traficantes da facção com a qual estava envolvido.

Além da família, o corpo biomédico também não estava isento de muitos dilemas e sofrimento quando diariamente era convocado na UTI³⁹ a vislumbrar que a finitude de um encerra algo da vida do outro. Diariamente às 11:30 ocorriam as visitas de duração de 30 minutos para os familiares. Na UTI onde estava Marlon, havia vidros em que se poderia observar os usuários de saúde em volta, muitos dormindo, alguns inconscientes. Médicos especializados passavam por ali em caráter de consultoria, os residentes de nutrição, psicologia, fisioterapia, entre outros. E permanentemente ali permanecia o médico intensivista de plantão, residentes de medicina, enfermeiros, técnicos de enfermagem.

³⁹ Aos interessados especificamente sobre vida e morte na UTI recomenda-se o artigo inspirado na tese de Rachel Menezes (2000).

Até que chegasse o momento da visita era necessário que os profissionais falassem sobre amenidades, algumas piadas e sobre o que seria servido no almoço pois o clima pesaria com os familiares entrando pelo corredor. Em fila indiana começariam a lavar as mãos, desinfetariam com álcool, vestiriam o avental e as luvas. Cabisbaixos, silenciosos.

O pai (Jorge) ia todos os dias visitar Marlon, preenchido por tubos e lençóis, monitores e os olhos tapados com gazes. Geralmente era visto passando lentamente os dedos entre os cabelos dele, enquanto a esposa de Marlon, gestante de 7 meses, acariciava seus pés, as partes do corpo que lhe sobraram.

“Meu filho deve estar morto”, o pai pensou naquela segunda feira, ao ser solicitado que a família chegasse uma hora antes do horário da visita. Antes de ir conversar com os médicos na UTI, a família vai direto para a sala da equipe de Serviço Social no 5 andar. Uma sala pequena demais para tantos papéis. Os armários são de metal velho, as cadeiras faltam e a sala de atendimento tem um vidro fechado por cortinas. É nesse momento que sou apresentada ao pai e à madraستا de Marlon.

Despedida e esperança é uma constante na família e na equipe de profissionais de saúde. A diferença era que nem as profissionais multidisciplinares foram avisadas pela equipe médica de qual seria a notícia. O que sabiam era que a piora de Marlon se deu após descobrirem tardiamente grande parte do intestino necrosada.

Após a conversa, assistente social e psicóloga residentes acompanharam Jorge e a madraستا de Marlon, buscando fazer uma passagem, uma acolhida do que poderia vir. Foram até a sala da equipe da UTI anunciando a chegada deles. Víamos pelos vidros da sala que tudo vê, que cerca de quatro médicos especialistas, estavam ao redor do leito de Marlon.

Passaram-se 15 minutos do horário combinado com o pai e madraستا, que aguardavam ansiosamente na parte de fora da UTI. O pai, conforme descrição da assistente social, “fazia furo no chão, caminhando de um lado para outro”, pois passaram todo o domingo pensando se Marlon estaria vivo ou morto.

Passaram-se 30 minutos: As profissionais de saúde, no vai e vem, entre sala da equipe da UTI e sala de espera, buscam o leito de Marlon, onde os quatro especialistas continuavam absortos em conversas de voz baixa, de teor inacessível a qualquer estrangeiro no assunto. As

duas residentes já angustiadas, retornam à saída da UTI onde encontraram Jorge caminhando de um lado para outro: “Eu só preciso saber o que tem meu filho, se ele está vivo.” A madrasta, companheira de Jorge, traduziu a cena: “Ele está começando a ter que aceitar a morte do filho, passou o final de semana muito mal”.

Passaram-se 40 minutos: a tensão entre a equipe de medicina com outros profissionais é pronunciada. A enfermeira, chefe do plantão, sentada em frente ao computador olhou para as duas profissionais residentes de referência ⁴⁰no cuidado à família e disse: “não depende de mim, se dependesse, a gente já conversaria com os pais.” A residente de medicina então se levanta da cadeira e fala em alto tom de voz: “Aí, se acalmem! Eu precisava ver o que os médicos iam passar da avaliação deles.”

Então ela sai pela porta da UTI. A psicóloga, a assistente social residentes acompanharam a médica que por cerca de 5 minutos explicou ao pai e à madrasta o que aconteceu com Marlon. “Tudo o que podia dar errado deu com ele. Tudo. O intestino está podre, mas a cabeça está preservada.” A médica residente justificou depois para a equipe que quis usar uma linguagem que eles entenderiam. Falar que a cabeça estaria preservada era um modo de dizer que o filho teria consciência para eles se despedirem.

No entanto, para a família, a notícia era tão desesperadora quanto sua indefinição anterior: “Se tem que dizer que vai morrer que diga logo, eu não aguento mais isso, não explicam nada direito”, desabafou a esposa de Marlon que chegou mais tarde e que se retirou chateada da conversa com a médica, sobrando o pai e a madrasta.

As residentes de psicologia e serviço social que acompanhavam a situação, pesquisadora e família, habitavam agora um círculo de angústia e tristeza. A situação de Marlon abalava a todos, mas as expressões desse sofrimento eram muito distintas entre si. Entre médicos, residentes da medicina e multiprofissionais.

A psicóloga, ao fim do processo de atenção à família, desabafa à assistente social que há uma negação pelos profissionais de saúde de que a morte dele era iminente. Ao final

40 A equipe de referência ou profissionais de referência, conforme Gastão Campos (2007) são os profissionais de saúde com o mesmo objeto e objetivo em saúde, responsáveis pelo sujeito e pela comunidade que atendem, onde a longitudinalidade no cuidado se faz presente.

daquela manhã ambas se abraçaram em frente à UTI. Ainda abraçadas e com os olhos marejados voltam o rosto para mim: “Viu é muito melhor assim, no trabalho em equipe.”

Marlon era um desafio para a equipe de médicos especialistas e intensivista, vez ou outra alguém comentava: “não sei como ele ainda está vivo”.

Havia dias de esperança: “O paciente não morre, ele é forte.”

“Olha o tamanho da mão dele. Um rapaz negro e jovem de 25 anos e 1.90 de altura. Não coube na maca.”

“Ele não quer morrer até poder ver o filho nascer.”

Outros dias era somente desalento: retirada de grande parte do intestino, hemodiálise, amputar um braço que necrosou, da perna que iria a seguir.

Em uma das visitas do pai, a médica residente pede para ele para não acariciar o pé do filho pois “estava podre e poderia cair”. Essa profissional referência da família até então, dizia estar aliviada de chegar o momento em que ela trocava de equipe: “Ainda bem que tô saindo, é só problema nesse caso, sofrido”. Um dia antes de trocar de equipe, no momento da visita, ela desenha uma pessoa em formato de palitos, sem um braço e as duas pernas. “Que horror!”, diz um dos residentes multiprofissionais. O médico intensivista dá um sorriso reprovador e o silêncio impera na sala de enfermagem da equipe: “Gente, eu tô rindo de nervosa, essa é a realidade, é assim que ele vai ficar!”, explica a médica residente.

“Se o Marlon morresse antes da *Reunião de Óbito* seria certamente escolhido o caso dele”, afirmou em um outro momento uma residente multiprofissional. Havia dois espaços mensais de discussão de casos no HPS: um era a Reunião de Óbito e outro era a Reunião de Discussão de Caso. A Reunião de Óbito era o único espaço de regularidade mensal, em que residentes de medicina e residentes multiprofissionais se reuniam para discussão de um “caso” que foi “malsucedido”. Eram os preceptores junto a residentes de medicina que escolhiam os casos a serem discutidos; os residentes multiprofissionais apenas ficavam

sabendo no dia qual paciente fora escolhido por eles e nenhuma participação ativa com outros núcleos⁴¹ de saber era incentivada.

Pude, durante minha pesquisa, observar numa das Reuniões de Óbito, a apresentação de um “caso desafiante”, em que pela primeira vez o usuário de saúde sobreviveu. Essa foi uma das estratégias de uma residente de medicina para que os casos bem-sucedidos pudessem ser trazidos como reconhecimento às práticas da residência médica, além de valorizar o saber de outras áreas do campo da saúde. Desse modo, a Reunião de Óbito se transformaria, a partir de agosto de 2018, em Reunião de discussão de morbi-mortalidade.

Outro espaço de discussão de regularidade mensal sobre as situações desafiantes para os profissionais de saúde é a reunião de Discussão de Caso dirigida apenas aos profissionais residentes multiprofissionais. Nutrição, fisioterapia, enfermagem, serviço social escolhem em conjunto alguma situação que seja pertinente discutir. A diferença é que o(a) usuário(a) de saúde do caso trazido no encontro estará vivo. Obviamente a situação de saúde de Marlon e sua família foi a escolhida. Até mesmo profissionais de saúde e residentes que não estavam diretamente envolvidos com o processo de cuidado e saúde sensibilizavam-se com o sofrimento da família. Ainda no planejamento da discussão de caso, uma das residentes contou-me estar indisposta com a ideia da colega em inserir na capa da apresentação a foto de uma arma, pois ela estaria reduzindo toda a complexidade da violência sofrida por Marlon e sua família.

No momento da reunião de Discussão de Caso principalmente as residentes da enfermagem, apontavam situações que acharam inadequadas, como certas dosagens de anticoagulantes administradas, não terem feito a tomografia e ecografia em tempo hábil, entre outros aspectos. Cada núcleo de saber apresentava seus pontos de vista com linguagens tão técnicas como as apresentadas pela medicina na antiga Reunião de Óbito. De todo modo, os médicos não estavam lá e as elucubrações e desafetos voltados a eles demonstravam os efeitos das medidas hierárquicas entre medicina e outras profissões, principalmente pela

41 Gastão Campos (2007) sugere os conceitos de Campo e Núcleo na formação em saúde. Núcleo seria o conjunto de saberes e de responsabilidades específicas a cada profissão ou especialidade. Por Campo seriam os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades

ausência de informações aos profissionais de saúde e à família acerca do processo de saúde-doença de Marlon.

Ao final da apresentação, assistente Social e psicóloga⁴², referências de cuidado à família de Marlon, apresentaram algumas análises sublinhando de que suas atuações profissionais não funcionaram nesse modo “tão cartesiano⁴³.” Ao apresentar a família, salientaram que inicialmente muitas fantasias sobre Marlon foram criadas como o fato “dele ser do crime⁴⁴”. A assistente social expõe a gravidez de risco da esposa de Marlon e da madrasta, companheira de Jorge (pai de Marlon e David). A esposa de Marlon não tem ido às consultas de Pré-Natal, pois tiveram de se mudar às pressas para não serem mortos. E a família não possui pistas de onde está David.

“O que é viver? Um coração batendo, respirando, isso é viver?”, me pergunta o médico residente, enquanto nova referência de cuidado aos familiares de Marlon, depois de tantos procedimentos invasivos que foram realizados. O tom de sua voz era melancólico quando estávamos no canto do corredor após a visita. “Eu não deixaria um filho meu chegar a esse ponto.”

Como de praxe, acompanhei o acolhimento do médico residente à família. Ele se aproxima do pai que está com a esposa grávida. Aperta a mão dos dois e eu também. Ao conversar ele olha apenas para o pai. Talvez seja a posição imponente e de liderança que o pai provoca, é a pessoa com o poder decisório, que maneja a relação da família com a situação

42 A residência de psicologia não participa de nenhum desses espaços; nem a discussão de casos, nem a atual reunião de discussão de morbi-mortalidade. A residente participou no caráter de convidada/ referência do caso.

43 A lógica cartesiana parte do dualismo corpo-mente; a epistemologia que separa a mente do mundo. (Maria Barbosa, 1995)

44 Por economia moral Didier Fassin (2007, 2011) situa os conceitos de políticas das vidas e economia moral, os quais sustentam o debate sobre o valor das vidas e, como uma hierarquização dessas, atravessadas por princípios produzidos culturalmente, informam práticas em saúde. Assim, o olhar da saúde coletiva sobre os desafios relacionados à emergência de saúde é tensionado enquanto uma produção social, pois, se a modernidade faz do corpo um objeto de poder do Estado, neste contexto, percebemos a medicina moderna convocada a oferecer mecanismos de controles reguladores sobre a população. Será que as práticas mudaram depois que ele não era mais visto como pbandido? Essa era uma pergunta que alguns se faziam.

de violência vivida e que não passa um dia sem ir visitar o filho. O médico residente explica calmamente sobre a situação do intestino do rapaz. O pai parece começar a manejar determinados vocabulários e entendimentos médicos, usa expressões como “eu também percebi que o abdômen estava distendido”. Ele fez várias perguntas e escutou atentamente o profissional de saúde que aos poucos previne-o de que não é possível nenhuma medida cirúrgica.

O pai parece muito agradecido pela conversa que durou cerca de 20 minutos. Quando vai embora pergunto para o residente o que achou da conversa. Disse que foi bom, que criou um bom vínculo com o pai, ele precisava receber corretamente as informações. “Haviam muitas coisas que não foram corretamente explicadas para ele.”

Depois de quase 1 mês o pai de Marlon e David já se dirigia para mim e partilhava algumas angústias como: “Hoje eu vou ver como vai ser a colocação da traqueostomia dele.” Aproveitei então a ocasião em que descia de elevador com ele para saber como se sentia em relação ao acolhimento disponibilizado: “No início foi muito ruim, não explicavam direito as coisas mas agora eu começo a entender melhor a situação, eu começo também a aceitar que meu filho se vá”.

Que ele se vá, dar passagem ao destino incontrolável. Enquanto a avó e a esposa de Marlon acariciavam a cabeça dele, os profissionais de saúde na sala da equipe discutiam se as duas pernas seriam amputadas parcial ou totalmente. Pensamentos místicos e espiritualidade são atravessadores fundamentais nesse processo de luto. A médica intensivista com muitos anos de profissão explicou que nem tudo a medicina consegue explicar. Os profissionais de saúde vez ou outra traziam através dos elementos não biomédicos uma tradução para o desalento: “Será que mesmo nesse estado ele não prefere ver os filhos crescerem, por isso não partiu?”, ou “ele precisa resgatar algo aqui, não é possível ele resistir tanto”. Ou: “Eles só podem estar usando de meios espirituais para trazer ele de volta porque nunca vi alguém sobreviver assim.”

Em outro momento uma das médicas intensivistas admite: “se nós quiséssemos conseguiríamos manter Marlon mais um mês vivo só na Noradrenalina.”⁴⁵ Mas como desejar que um “meio homem” (fala do médico cardiologista), sem duas pernas, um braço, sem parte do intestino, cego, tendo que fazer hemodiálise volte à vida? São nesses distintos movimentos da equipe médica e multiprofissional que vida e morte vão adquirindo múltiplos significados nas práticas de saúde e influenciam o acolhimento aos familiares.

Um especialista da medicina acredita que o Round⁴⁶ por turno dificulta a tomada de decisões, pois ninguém quer se responsabilizar por uma decisão que envolve tantas equipes, como foi o caso de Marlon. “Deveria ter uma discussão entre os plantões de todos os turnos.” Percebe-se que práticas discursivas que envolvem os familiares reproduzem, por vezes, dinâmicas de desigualdade social no que se refere a produção de subjetividades consideradas inferiores. As famílias pobres, de periferias, na ótica reproduzida por alguns profissionais de saúde, criam inteligibilidades sobre o que se pode falar e como, já que, por terem determinado acesso cultural e social distintos dos profissionais, são incapazes de entenderem ou acessarem parte do conhecimento de especialistas.

O poder médico é investido, até mesmo pelos profissionais de saúde de outras áreas, como aquele que detém a verdade e que deve prontamente dar explicações, o que de maneira contraditória fortalece ainda mais a relação hierárquica entre os núcleos de saber e dificulta práticas de saúde interdisciplinares.

Na história do HPS, o campo hierárquico entre áreas biomédicas e multiprofissionais passou por consideráveis mudanças. Até o ano de 1989 havia um pequeno muro dentro do refeitório em que os médicos comiam separados de outros profissionais. De um lado um buffet melhorado, com carne à vontade e pratos de louça. De outro, bandejas de metal e cada um precisava trazer seus talheres de casa. Com a emergência do SUS, a mureta foi derrubada

45 Nos últimos anos, termos foram criados termos para designar os diferentes tipos de morte: distanásia, para um processo de morrer lento, com excessiva invasão corporal e sofrimento; ortotanásia, para uma morte tranquila, com um mínimo de sofrimento possível e eutanásia, referente à morte decidida por doente e médicos. No entanto, os critérios de avaliação dessas modalidades de término de vida foram – e continuam sendo – exclusivos do aparato médico. (Rachel Menezes, 2006).

46 Reunião realizada semanalmente em cada enfermaria/UTI com todos profissionais, residentes e com os funcionários acerca de todos usuários de saúde internados.

e o buffet passou a ser o mesmo para todos. Do trabalhador dos serviços gerais até o médico especialista e o gestor todos ocupam a mesma mesa. Todavia, ainda segue parte da cultura dos primórdios do hospital. Ambiência, como quartos e salas de descanso exclusivos para os médicos, acesso a determinadas informações, são parte das fontes de insatisfação relatadas.

Assim, o modo como os espaços são arranjados dizem de relações hierárquicas de quem tem direito ao descanso, do exercício do trabalho mais penoso. A análise de aspectos que perpassam o cuidado em saúde aos homens e suas famílias que vivenciam conflitos violentos depende do modo como diferentes atores sociais no interior do hospital se agenciam entre eles. Equipes multiprofissionais como psicologia e serviço social, dependeriam de um amplo espaço sigiloso para a atenção em saúde a usuários de saúde e sua rede familiar. O que vemos, porém, são pequenos recintos onde um pequeno espaço para equipe e para atendimento são separados por compensados e móveis muito velhos e sem nenhuma contenção acústica. Se a desigualdade social é forjada entre os profissionais de saúde o que dirá entre eles e quem vem de áreas periféricas da cidade.

Outro aspecto da dimensão do acolhimento em saúde aos familiares é a questão da espiritualidade; estratégia fundamental utilizada para entender a violência que atravessa existências, abruptamente. O fato de estar muito envolvida com a situação da família incentivava a ida ao hospital em média quatro vezes na semana. Em muitas dessas observações pude observar o pai e a vó passando as mãos com certa distância em Marlon como se estivessem dando “um passe”. Os profissionais de saúde, inclusive da medicina, imaginaram qual seria sua religião. A médica residente que foi a primeira referência de acolhimento à família de Marlon, acreditava que eles eram de religião Umbanda, outros presumiam que eram Testemunha de Jeová e o médico de uma das especialidades inferiu, ao observar a família em seus rituais de despedida, que seria sincrética, uma mistura de várias.

O pai em conversa comigo no elevador me contou que é do espiritismo *Kardecista* e disse que a religião o ajudou tanto a ter “saído do crime” como a aceitar o luto pela ida do filho. Perceber o modo como os profissionais reconhecem e criam inteligibilidades sobre como a família se expressa é pertinente para que a qualidade do cuidado em saúde.

Pouco se pergunta diretamente ao sujeito sobre ele mesmo, a tendência é que se criem realidades, narrativas sobre a vida da pessoa, um personagem que assumirá determinadas

facetas de acordo com a visão de mundo do autor. No entanto, o médico plantonista permitiu que a família ficasse 24 horas se despedindo de Marlon fazendo um luto antecipado. Esse médico disse que as mulheres choraram muito, tocavam muito no corpo. Para ele a despedida é um processo fundamental que envolve ações como “despir o familiar para ver se o corpo foi bem cuidado”.

Corpo-médico, corpo-família, corpo-residente, corpo-Marlon. O corpo só é sentido e percebido para além de sua força motriz cotidiana quando lutando para sobreviver. No hospital, a depender de aparelhos, de medicamentos, das mãos e olhares de especialistas, dos que manejam o corpo no que é mais íntimo. Do banho, da troca de fraldas, no dar de comer. Isso produz outras relações com a própria materialidade corporal que jaz à mercê do outro e de uma cultura institucional.

O corpo não se encerra em sua materialidade, antes é alegoria, já que para Michel Foucault, conforme Ângela Fonseca (2015), não seria a questão de encontrar sentido nos processos e nas potências interpretativas imanentes ao corpo e sim nos processos e mecanismos que o tomam e atuam sobre ele. O corpo tomado como objeto de saber-poder da medicina situa a família como o agente mais constante da medicalização, assumindo seu objetivo central, que é o dever de cada indivíduo com a sua saúde e, ao mesmo tempo, com a saúde geral da população. Ou seja, o funcionamento da medicina se sustenta em instâncias de controle social e moral, como a salvação dos doentes.

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. (Michel Foucault, 2007).

A salvação de David por Marlon e Dulce: Poder de amor. Poder de enganar a morte do outro com o corpo-escudo. A salvação do hospital: Amor pelo saber-poder; o escudo. Escudo simbólico das tecnologias do corpo e por isso impenetrável até que a violência adentre as portas do hospital e coloque esse poder em xeque.

Para ser um escudo de proteção ao outro, o corpo de um é tido como acontecimento para o corpo do outro. As fronteiras são borradas. A relação indivíduo-família não pode ser pensada da mesma forma em todo lugar, pois a própria noção de família varia conforme a categoria social com qual estamos lidando. Cláudia Fonseca (2000), em seu livro *Família, Fofoca e Honra* percebeu que em famílias periféricas existe um sentido de cuidado familiar que inclui sacrificar seus projetos individuais ou os de seu núcleo familiar para salvar indivíduos problemáticos na rede extensa de parentes.

As famílias têm muito a ensinar sobre o processo de atenção em saúde. Sobre o que é cuidado integral em saúde, o que é corpo que sofre (para além da carne), os saberes intangíveis pelo olhar especializado. Exemplo é a própria espiritualidade supracitada. Foucault (1979, p.97), aponta para os ritos religiosos populares como uma espécie de resistência difusa à medicalização autoritária de seus corpos e doenças. E nos alerta: "*em lugar de ver nessas práticas religiosas um fenômeno residual de crenças arcaicas ainda não desaparecidas, não serão elas uma forma atual de luta política contra a medicalização autoritária, o controle médico?*" Antes uma luta pelo direito ao luto.

A hospitalização já é geradora de muita ansiedade para os familiares. Quando atrelada à falha de comunicação adequada ao familiar e a outros profissionais de saúde não-médicos a tensão está armada. O luto então passa a ser duplamente sofrido, quando a acolhida gera mais fantasias flutuantes entre esperança e desespero; desespero e esperança.

O tom da narrativa da família de Marlon se arrastou, foi pesado e indigesto. Permitiu à autora sentir o desespero da família e o desalento das profissionais de referência, mas também o cansaço e desânimo que muitos profissionais de saúde ao final sentiram. Em outras versões foi buscando racionalidades possíveis para lapidar um texto que parecerá sempre inacabado e fragmentado.

Uma produção de conhecimento que permitiu um enlace substancial na construção da última versão desse capítulo, refere-se ao Projecto *CARONTE: Apoio a Vítimas de Homicídio, Seus familiares e Amigos* (2010-2012), produzido pela Associação Portuguesa de Apoio à

Vítima (APAV/Portugal)⁴⁷. A finalidade do Manual é apresentar alguns procedimentos considerados adequados no atendimento e apoio das famílias e dos amigos das vítimas de homicídio, destina-se a todos os profissionais que, nas instituições e serviços, estejam, ou possam vir a estar, em contato com pessoas afetadas pelos efeitos negativos do crime e com necessidades específicas ao nível do atendimento. Entre estes, estão os técnicos de apoio à vítima, mas também os agentes policiais, os profissionais de saúde, médicos legistas, advogados, funcionários judiciais, magistrados, técnicos de serviço social.

Essa é uma entre outros possíveis caminhos, que possibilita refletir sobre a dimensão do trauma no ciclo do luto em adultos e crianças para articular ações possíveis de acolhimento e cuidado (a curto, médio e longo prazo) com as famílias e outras referências de cuidado. Os vasos comunicantes com as famílias ainda são fortemente sustentados pela fragmentação e despersonalização dos sujeitos que se mantêm ativas e projetam decisões inócuas, acima de qualquer enlace de afecção com o outro, como transferir a responsabilidade da decisão sobre vida e morte do paciente para outra equipe (reuniões do Round), produzindo interferências no entendimento e na conduta da terapêutica a cada demanda de saúde. A migração de determinado usuário de saúde para a atenção de outra equipe também é parte da cultura institucional do ensino de residentes médicos e multiprofissionais que de três em três meses deve trocar de equipe, adquirindo assim maior experiência e por outro lado diminuindo sua aderência com usuários e profissionais de cada equipe.

As relações fortemente hierárquicas são pautadas por discussões compartimentalizadas por especialidades sobre um mesmo corpo, ao invés de serem geridas por processos de Educação Permanente em Saúde⁴⁸. Espaços que então centralizam-se nos sujeitos travestidos

47 O Projeto Caronte teve o apoio da Comissão Europeia, através do Programa Justiça Criminal – Direção-Geral da Justiça, com a parceria da Guarda Nacional Republicana (GNR), do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., da Polícia Judiciária (PJ), da Polícia de Segurança Pública (PSP), da Victim Support Scotland e da Weisser Ring Áustria. Disponível em: http://www.apav.pt/pdf/Caronte_PT.pdf

48 A Educação Permanente é a política de formação que norteia as ações de Desenvolvimento do Grupo de Seleção e Desenvolvimento de Recursos Humanos/CRH. É entendida ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem e como uma política de educação na saúde, que visa a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, com referência nas demandas de saúde dos indivíduos, do controle social em saúde, além da gestão setorial.

de Casos, ao invés de pensar Projeto terapêuticos singulares⁴⁹ que sejam debatidos na mesma linguagem.

Todavia, os residentes são atores sociais potentes para a transformação de práticas em saúde. Exemplo é a Reunião de Óbito se transformar em Reunião de discussão de morbimortalidade (de corpo morto para corpo vivo). Essa é parte da tensão entre a força de trabalho vivo com seu potencial de criação, e os modelos que buscam, ao cristalizar os processos de trabalho, conformar os atores em determinados papéis (Ricardo Ceccim, 2006).

Outro ponto de tensão se dá entre recuperação e prevenção. As modalidades de atenção não são momentos estanques e excludentes, mas se inter-relacionam, pode-se congregiar distintas tecnologias numa ação específica em saúde. Neste aspecto, a integralidade da atenção pode emergir numa (re)significação da relação entre as dimensões de prevenção e recuperação fundadas no olhar para singularidade das necessidades de saúde no processo de trabalho em saúde. A dimensão da integralidade focalizada, que corresponde ao movimento empreendido pela equipe, no contato profissional-usuário, no sentido de realizar a melhor escuta, apreensão e atendimento das necessidades de saúde, frequentemente travestidas em demandas simplificadas, ou moduladas pela oferta dos serviços (Luiz Cecílio, 2006).

3.2 Hospital como potência de vida ou como manutenção da morte iminente

Nem em casa, nem no hospital. O refúgio de David seria cuidar de um bebê de um casal conectado ao tráfico de drogas. “Às vezes tem quatro dias direto que a mãe sai de casa e deixa

49 As profissionais de saúde não trouxeram em suas discussões de caso esse operador da saúde coletiva, salientando que não há nos programas de residência do HPS aulas específicas às ferramentas da saúde coletiva. Todavia o Projeto Terapêutico Singular seria uma potente ferramenta no cuidado em saúde; oferece um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, entre um sujeito individual ou coletivo com a equipe interdisciplinar de referência. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. A ideia é rever e problematizar o caso contando com aportes e possíveis modificações de abordagem que o apoio pode trazer e, daí em diante, rever um planejamento de ações que pode ou não incluir a participação direta do apoio ou de outros serviços de saúde da rede, de acordo com as necessidades levantadas. (Esther da Silva et. al, 2013)

o bebê com ele”, desabafa o pai (Jorge). Havia uma exigência determinada por Jorge para que o adolescente não pudesse visitar o irmão mais velho, alegando o risco que seria para a família essa aproximação. Especificamente à profissional do serviço social, houve uma tensão entre pai e filho a ser administrada, que numa leitura mais atenta, poderia ser chamada de culpa. *Mea culpa*⁵⁰. Não reconhecida, nem pelo pai nem pelo filho.

“Eu vou fazer *ladaia* se o David ir visitar o Marlon. Eu vou avisar o Conselho Tutelar onde ele está, pois só escreve bobagens no Whatsapp. Ele é muito mentiroso”. O pai ameaçava a assistente social de que “iria ficar ruim para ela” se permitissem a visita. Ela calmamente explicou que as visitas só poderiam ser impedidas no hospital com ordem judicial, mas quem poderia fazer isso seria apenas a avó, pois ela que teria a guarda.

Alguns dias se passaram e os vigilantes precisaram manejar situações atípicas, como a chegada fora do horário de visitas, de um jovem negro, com gel no cabelo, calça jeans justa e jaqueta da Adidas. Era David, que chorava muito na recepção, pedindo para visitar o irmão e confirmar se sua tia Dulce havia falecido. Os profissionais da vigilância, homens sérios e armados encontraram algo de si naquele jovem, e pediram para que o serviço social fosse contatado. Ele então recebeu um adesivo dado aos visitantes e escrito em caneta: quinto andar/atendimento social.

“David está subindo para cá”. Uma fagulha de esperança acendeu em nossos olhos. O conselho tutelar havia afirmado que não havia sinal de onde morava o jovem e sabia que a aproximação com a família seria algo impossível já que moravam em área muito próxima ao território onde tia e irmão foram alvejados.

As assistentes sociais então se dirigem a mim. “O que tu nos sugere Helen? Ah, tu não pode responder, está pesquisando, né?” A medida socioeducativa foi cogitada como possibilidade de afastar David, nos seus quase 18 anos, da situação de risco em que estava envolvido. Não é a primeira e não será a última vez nesse estudo, em que a segurança pública é posicionada, (num contexto de desinvestimento e desarticulação da rede de políticas

50 Ato de pedir perdão; confissão da própria culpa.

públicas de bem-estar social), como meio de preservar a sobrevivência daqueles que tem a vida ameaçada.

Prisão, abrigo, FASE⁵¹. A institucionalização é uma vertente inseparável de certas masculinidades. Todavia, nem todas masculinidades, produzidas como perigo iminente à sociedade, são capturadas e fidelizadas aos dispositivos de segurança nas instituições públicas. Há meninos-homens⁵² que estão a circular nos territórios inimigos, tão indefinidos atualmente, como David em seus quase 18 anos, idade ritualística do Estado, quando será apenas um homem que responderá pelos seus crimes; agora ainda invisível nesse olho que tudo busca ver. Inacessível aos profissionais do CREAS⁵³, desaparecido pelo Conselho Tutelar.

Em meio ao debate, sublinhei o PPCAM⁵⁴ como programa que buscava sair da lógica da institucionalização via segurança pública ao buscar através da rede familiar ampliada acolher o adolescente, inserindo em novo território e encaminhando para a rede intersetorial. Essa consideração realizada por mim, através de uma análise posterior do diário de campo, foi lida como uma angústia relacionada ao envolvimento que tive com a tragédia familiar, ao passo que um analisador da ânsia que temos em oferecer respostas eficientes para a vida dos jovens que nem sequer conhecemos. De todo modo fica a questão: existe acolhida que não seja via da segurança pública para famílias que vivenciam a relação mortífera envolvida no

51 Fundação de Atendimento Socioeducativo.

52 Meninos-homens, termo que explicita os marcadores sociais que predominantemente criminalizam jovens de periferia para além de qualquer ato, será explicado melhor no capítulo “O ressentimento bate à porta: relações de poder entre masculinidades no hospital de trauma.”

53 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma unidade pública da política de Assistência Social onde a unidade deve, obrigatoriamente, ofertar o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), podendo ofertar outros serviços, como Abordagem Social e Serviço para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas famílias. É unidade de oferta ainda do serviço de Medidas Socioeducativas em Meio Aberto.

54 Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM). Pode ser encaminhado pela Defensoria Pública, Poder Judiciário, conselhos tutelares e Ministério Público. O PPCAAM existe desde 2003 como uma das estratégias do governo para o enfrentamento da letalidade infanto-juvenil no Brasil.

tráfico de drogas? O que a saúde tem a ver com isso? O que ela pode para além do dispositivo de segurança?

A assistente social referência de cuidado em saúde à família propôs, posteriormente, numa das visitas do pai à UTI, buscar o CRAS da região onde residem para que o PPCAM possa ser acionado. Essa abordagem levou em conta que possivelmente o pai sabia onde o adolescente estava residindo, mas não se sentia seguro para revelar. “Eu não vou conseguir ir até lá, pode ser perigoso também. Não tenho cabeça para mais nada nesse momento.”

A partir de então, a equipe de serviço social que se preocupava com um encaminhamento que assegurasse a proteção social de David, começou a expressar um posicionamento incomum:

“Não tem o que fazer, pois o adolescente não quer.”

“Eu não me importo com ele, mas com a família.”

“Marlon tentou tirar David desse caminho e não adiantou, ele já é bandido, está com quase 18 anos”.

Estaria então a reprodução de uma lógica culpabilizadora encobrendo a impotência na sensação do nada poder fazer? Realmente não seria mais fácil manter a postura de que o hospital de trauma não possui essa incumbência? De que o destino do jovem é a criminalidade⁵⁵?

Até o abrir da porta, sim. Até encontrarmos o menino-homem na sala do atendimento social do quinto andar clamando por respostas sobre a tia. Eu abri a porta, ele se apresentou para mim: “Eu ouvi que minha tia faleceu, preciso saber se é verdade.” Ele então esperava sentado no minúsculo recinto de entrada da sala da equipe de serviço social, enquanto a profissional residente solicita um retorno da preceptora: “Nós podemos contar que a tia dele faleceu?” A profissional da psicologia no mesmo momento já havia sido acionada por telefone,

55 No próximo capítulo com base no conceito de Economia Moral, também investiremos no conceito de Michel Misse (2010), nomeado como sujeição criminal. “A sujeição criminal é o processo social pelo qual identidades são construídas e atribuídas para habitar adequadamente o que é representado como ‘um mundo à parte’, o ‘mundo do crime’. Há sujeição criminal quando há reprodução social de ‘tipos sociais’ representados como criminais ou potencialmente criminais: bandidos” (MICHEL MISSE, 1999, P.66).

que faria o mesmo questionamento à preceptora da psicologia na Sala de Saúde Mental (dividida entre psicologia e psiquiatria) que fica ao lado da equipe de serviço social.

Ambas as preceptoras ofereceram uma negativa. O adolescente precisaria estar acompanhado de um adulto para ter essa informação. As duas profissionais residentes (psicologia e serviço social) então se olharam como se estivessem em um caminho sem saída. Dessa vez elas não sofreriam por não terem informações sobre o usuário de saúde, elas carregariam o fardo de não poderem comunicar o que é de mais importante para o sujeito.

Do quinto andar ao terceiro, as duas profissionais de saúde, pesquisadora e David carregavam o silêncio da culpa, até que encontrassem uma sala muito pequena, sem janelas, 3 quadros antigos pequenos, duas poltronas e um banco comprido. David de um lado, nós de outro. Elas se apresentaram bem como a mim, contudo, sem nomear minha função naquele instante.

“Como você está?” David então conta de como se sente. Com emoção, com eloquência. É fácil entendê-lo, mas difícil interligar o jovem que se apresenta diante de nós com a história pesada que carrega. Pelas palavras bem articuladas, pela vaidade que transparece. Ele fala sobre desamparo. Da mãe que o abandonou ainda na infância, do distanciamento do pai e da família que se nega a vê-lo. Ele diz: “A culpa não é minha pelo que aconteceu, pois, meu pai nunca cuidou de mim”, e chora quando a psicóloga pergunta: “Tu sente que teu pai te ama?”

David disse que iria encaminhar sua emancipação antes de completar os 18 anos. Ele estava num limbo. Sua guarda não estava nem sob o poder do Estado, nem com a avó com quem sempre morou. Ele contou que quando resolveu sair de casa ela foi ao juizado declarar que não queria mais ser a responsável por ele. David justifica a ação da avó: “Pois sabe como são os adolescentes, revoltados”. Ele conta que estava na casa de uma amiga e que recebia dinheiro para cuidar do bebê dela.

As profissionais de saúde, após ouvir a história do jovem, repassaram, a contragosto, a decisão das preceptoras: de que elas que não poderiam passar informações sobre se a tia estaria viva ou morta sem um responsável maior de 18 anos junto. Há a supressão de uma informação, justamente para um jovem de 17 anos que quer pedir emancipação antes de

completar 18 anos. Uma das profissionais de saúde pediu para que ele tentasse ligar para sua madrasta naquele momento, na esperança de que ela pudesse atender e contar o ocorrido. Ele pega o celular e disca, segundo ele, sem resposta. Segundos de silêncio e um olhar entre elas manifestavam o sofrimento dessa vez de saber e nada poder falar.

Então elas combinam data específica para que houvesse a visita dele ao irmão, que seria acompanhado por um vigilante do hospital (para proteção dele pois ainda estaria ameaçado por uma das facções do tráfico) e por elas (para que oferecessem uma escuta e apoio nesse momento).

Após se despedir de David, uma delas desabafou: “e se ele souber lá fora que a tia faleceu, como ele vai reagir? Preferiria que ele soubesse aqui conosco, poderíamos acolher ele da melhor forma possível. Muito difícil isso.”

- “Queria levar ele pra casa, ele parece estar muito desamparado. Helen, daria pra fazer a tua tese só com esse caso?”, me perguntou a outra residente. Esse foi mais um dia que levamos Marlon e David para casa sem saber do dia de amanhã.

Em outra ocasião, soubemos pelo pai que o adolescente foi ao enterro da tia. No dia combinado da visita de David, o esperamos. Soubemos posteriormente que o jovem foi direto para a UTI. O acordado com a equipe da UTI seria de que a chefe da enfermagem do plantão de um dos turnos avisaria a do turno oposto caso ele fosse direto para lá. No entanto a informação novamente ficou desencontrada. David foi visto em frente a UTI, mas ninguém o abordou para que a visita pudesse ocorrer.

A assistente social verbalizou o semblante exausto: “Veio e ninguém me chamou, para variar é isso, ninguém teve a capacidade de me chamar.” Mas ela iria tentar remarcar a visita. Brincamos de que cada uma iria aguardar numa parte do hospital. “Eu também acho que ele quer evitar falar comigo por não termos falado que a tia faleceu. Quebramos um vínculo de confiança que poderia acontecer.”

No outro dia, chego à UTI e não vejo Marlon. Me dirijo até a sala de descanso dos profissionais de saúde da UTI e encontro a profissional de referência do serviço social. “Marlon morreu”, ela disse como se nada sentisse, mas fala do sofrimento que é trabalhar num hospital

como assistente social, das combinações com os usuários de saúde se perderem, de não ver o retorno do trabalho “se deu certo ou não”.

“Aqui acaba né”, e toma o resto de café da equipe, já velho e frio, enquanto olho para o céu lá fora.

.....

A instituição hospitalar centrada no cuidado em saúde no âmbito biológico, tem em sua racionalidade o “fazer sobreviver”⁵⁶, se eximindo da responsabilidade de estratégias de bem viver de usuários de saúde e seus familiares. Prevenção em saúde, incluindo a prevenção à violência e encaminhamentos para a rede intersetorial é percebida como parte de ações da atenção básica em saúde. No entanto, para muitos homens, assim como pode ter sido para David, o hospital pode ser o último (por vezes único) reduto de proteção social e cuidado em saúde. O hospital pode pactuar a política do nada fazer, sustentando a manutenção da morte (social) iminente.

Todavia, as narrativas trazidas nos lança ao campo de possibilidades futuras sobre 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. (Suely Deslandes, 1999)

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. (Cyntia Sarti, 2006; Suely Deslandes, 2000). Alguns núcleos de saber, articulados entre si, conseguem fazer o movimento para fora das cercanias do hospital, mas ninguém irá querer ultrapassar seus muros se não estiver consciente da importância de olhar para o sujeito enquanto carregado de história.

56 A absolutização sem precedentes do biopoder se conjuga com a generalização do poder soberano e a biopolítica se confunde necessariamente com uma thanatopolítica. Diante disso, Agamben propõe uma terceira fórmula que apreenderia a especificidade da biopolítica do século XX: “não mais fazer morrer, nem fazer viver, mas fazer sobreviver (Giorgio Agamben, 2003, p.108)”. Nem vida, nem morte, mas apenas produção de sobrevida.

Informações desconstruídas e a subestimação da importância do cuidado em saúde, aos familiares, criam impeditivos de trabalho em equipe e podem trazer resultados deletérios que de outro modo teriam eficácia. O processo de saúde de Marlon produziu como resposta a certo sofrimento os profissionais de saúde procedimentos biomédicos considerado invasivos por parte da equipe médica e multiprofissional. O que está em jogo aqui é o questionamento radical do pressuposto de que a vida é um bem inquestionavelmente universal. Mas há uma inversão de prioridades no campo político e moral contemporâneo, em “que o direito à vida se tornaria mais importante que os direitos sociais e econômicos, e se imporá inclusive em detrimento destes” (DIDIER FASSIN, 2010, p. 193).

Os exemplos desse deslocamento ou inversão de prioridades no campo do político são bem ilustrados pela morte (social) iminente do irmão de Marlon como parte de um objeto subestimado em comparação com as tecnologias e intervenções que por vezes escapam aos próprios limites orgânicos entre o viver e o morrer.

Ademais, a escolha dos sujeitos pelo itinerário de saúde pelos níveis de atenção como inadequada e incipiente para o cuidado em saúde é uma dimensão que deveria ser superada nas discussões de saúde pública. As múltiplas demandas de saúde vão para além do que o olhar especializado consegue capturar e do que julgamos como parte, por exemplo, do que um hospital de trauma deve atender ou não. Luiz Cecílio (1997) critica o diagrama dos modelos tecno-assistenciais onde a atenção básica estaria na base de uma pirâmide como a “porta de entrada” para o cuidado da maior parte das problemáticas, seguido da atenção secundária em saúde e na sua ponta a terciária, a fim de indicar como os/as usuários/as devem circular pelos serviços de saúde. Os(as) usuários(as) de saúde acessam os serviços por onde lhes parece mais seguro, conveniente e através das informações e experiências que vão adquirindo nos itinerários terapêuticos que percorrem para suas demandas de saúde.

Outro aspecto percebido, diz respeito aos vasos comunicantes. Para muito jovens como David, um meio poderoso de investimento sobre a produção de masculinidades conectadas ao conflito violento são as tecnologias de poder agenciadas na cibercultura⁵⁷. As

57 Cibercultura da violência explícita, no extenso trajeto antropológico histórico da violência, como as tecnologias midiáticas servem aos seus propósitos. (Adriano Rodrigues; Rafael Lopes; 2017). Em tempos da cibercultura, o poder deixa de atuar apenas através de disciplinas e emana através de modulações e em

sentenças decretadas ou sua espetacularização, revela que a cibercultura da violência faz parte do poder que mata. As metamorfoses dos métodos punitivos sobre o corpo, como é o caso do suplício, é um manejo de suas forças que é muito mais que a capacidade de o vencer, é antes a capacidade de manejá-lo. (Foucault, 1999). Não se é mais olheiro apenas soltando pipas ou ficando em esquinas. O poder está sobre teclas digitáveis.

WhatsApp, Facebook, e tantas outras mídias digitais também estão na vida dos que trabalham no hospital. Mas a via de comunicação institucionalizada se dá por telefonemas entre os diferentes departamentos no HPS, enquanto no Hospital Cristo Redentor é por Pager. Mas é pungente de que a comunicação no hospital de trauma é um telefone sem fio que nunca sabemos onde a informação irá ser desviada ou interrompida.

O telefone sem fio, que encerra o processo de cuidado de uma família, dos usuários de saúde de maneira imprevisível e dramática, são efeitos de alguns aspectos supracitados: a desigualdade social performada nas relações hierárquicas de poder entre profissionais de saúde (e mais adiante veremos que entre atores da segurança pública e da saúde). Obviamente, o desinvestimento no hospital de trauma, percebido na lógica de plantões e falta de reposição de profissionais de saúde (algumas especialidades médicas são terceirizadas e técnicos de enfermagem em número bem menor em relação à carga de trabalho). No entanto, o que chamamos aqui de “telefone sem fio” é efeito também de considerações morais sobre o sujeito.

Ao final do acompanhamento da família de David e Marlon, emergiram três aspectos centrais para o andamento do restante dessa tese, que demonstra a indissociabilidade entre dentro e fora do hospital de trauma e que deve ser reconhecido para possíveis qualificações na gestão do cuidado em saúde, especialmente pensando a silenciosa articulação entre saúde e segurança pública: A) A descentralização das facções do tráfico em Porto Alegre, que junto com o pânico social vivenciado pelos profissionais, orienta determinadas circulações dos homens envolvidos (ou em suspeição) com o tráfico de drogas no hospital, bem como as

diferentes espaços, [e diferentes sujeitos]” (Paula Henning et al., 2014, p. 230). As ações que surgem para conduzir a si próprio e os outros, são deliberadas por uma microfísica do poder que se utiliza de ferramentas tecnológicas. pertencem] simultaneamente a diferentes públicos (multipertencimento)”.

tecnologias de poder investidas sobre o corpo dos homens “do crime” (trabalhado no capítulo “O medo faz a Ronda”). B) Os familiares que são atravessados pela violência e carregam demandas de políticas de bem estar social (quando muitas vezes o hospital é o único acesso) e C) As histórias que vem de fora e são recriadas no âmbito do hospital suscitando produções de subjetividade percebidas nas práticas em saúde e segurança pública. (Próximo capítulo “Histórias sobre a Tigrada”)

Não propomos encerrar as discussões da dimensão do sofrimento e da produção de vida e morte no hospital mas abrir olhares multifacetados ao que os estudiosos no campo da bioética tem sublinhado: a Mistanásia como uma produção de morte miserável antes e fora do seu tempo, de agravos em saúde que seriam evitáveis, se não fosse a combinação pobreza – omissão social, facilitadora de morbidade e doenças. Dentro das mortes mistanásicas, pode-se agrupar as mortes ocorridas por acidentes de trânsito, suicídio, violência urbana, etc. (Leo Pesini; Luiz Antônio Lopes Ricci, 2017)

4. HISTÓRIAS SOBRE A “TIGRADA”: A ECONOMIA MORAL NO HOSPITAL DE TRAUMA.

“Eu prefiro no início não saber da história do paciente pois todos nós julgamos. Esse cara do exército (21 anos) que chegou hoje por TS (tentativa de suicídio) arrastado por 5 soldados da brigada. Como não sair correndo com muita vontade de salvar a vida dele? Poxa, é um cara jovem, trabalhador. Mas se fosse outro homem, um abusador de crianças? Já não iria com a mesma vontade. É difícil não julgar.” (Relato de enfermeira de emergência de saúde)

Estrangeiro. Esse suposto delator, que pode espiar por entre frestas e em instantes levar o privado de um universo institucional às entranhas do mundo. Pesquisa(dor): esse é seu primeiro desafio, a busca por um aval institucionalizado, principalmente quando o percurso é etnográfico. Caminho inóspito, imprevisível em instituições totais⁵⁸ como os hospitais de trauma. Afinal, quanto tempo leva? Como será realizada essa pesquisa?

Minha resposta a você nesse momento: Levou o mesmo tempo que precisaria para ser construída uma Canoa e esse tempo dependeu dos instrumentos e materiais disponíveis para que ela pudesse ser produzida. Não há certezas estanques em metodologias etnográficas em relação a tempo, espaço, potencialidades e dificuldades da pesquisadora e das forças contextuais presentes em determinado território habitado por seus atores sociais. Mas uma coisa a etnógrafa sabe: ser estrangeira é ser temida pela capacidade de exercer um julgamento feroz.

É sobre isso que esse capítulo se debruça. Sobre valorações morais, especificamente, as que se produzem nas práticas em saúde e na segurança pública. Paredes no hospital já foram derrubadas e profissionais mais antigos já construíram seu forte de proteção. O temor do olhar sentenciador paira sobre páginas digitadas: “Tu tem que te colocar no lugar daquele profissional que tem que atender a menina de seis anos abusada sexualmente com o abusador na outra sala, berrando e arrancando o soro”. “Quando eles chamam alguns pacientes de Tigre

⁵⁸ A sociedade busca modos para disciplinar os indivíduos ditos como não socializáveis, com esse intuito surgiram as instituições totais que segundo Erving Goffman (2001), se caracterizam por serem estabelecimentos fechados que funcionam em regime de internação, onde um grupo relativamente numeroso de internados vive em tempo integral e em contrapartida uma equipe dirigente que exerce o gerenciamento administrativo da vida na instituição. Os hospitais de trauma não constam usualmente na categoria instituições totais, entretanto, o cruzamento saúde e segurança, produz essa inflexão.

é porque vivem o tempo todo ao redor da violência, porque muitas vezes são ameaçados.”
(gestor de um dos hospitais)

Se há um juízo moral de quem pesquisa (sempre haverá), ele estará circulando por entre as narrativas dessa tese, e isso sempre será o desafio de uma etnógrafa que também deverá colocar suas próprias valorações morais em questão, refletido em seus tormentos internos de escrita, para que haja dias de tranquilidade de quem reitera o posicionamento ético-político implicado.

E o hospital é cheio de categorias e valorações morais. Não seria preciso mais do que alguns exemplos para perceber que elas influenciam verdades sobre as noções de saúde, sofrimento e doença. Nos utilizaremos então do conceito de economia moral⁵⁹ retomado por Didier Fassin (2004, 2008, 2010, 2014), ao permitir-nos perceber as práticas dos/as profissionais de saúde permeadas por princípios e escolhas produzidos culturalmente, compreender as hierarquias colocadas em jogo, os valores operados nas cenas de cuidado atribuído às vidas, bem como os princípios de justiça e humanidade.

Ao olhar a condição de imigrantes, estrangeiros e excluídos em solo francês e em outras partes do mundo – África do Sul, Senegal e Venezuela, principalmente, Didier Fassin (2008), em sua etnografia, orientou suas pesquisas para o que chamou de ‘economias morais’, ou seja, os jogos normativos e sociais que fundam práticas políticas.” O fato de ter sido vice-presidente da organização humanitária internacional “Médicos Sem Fronteiras”, parece marcar seu percurso ao analisar o “tratamento dado à pobreza, às vítimas de guerras e catástrofes, aos migrantes em geral, do ponto de vista do corpo e da crescente racionalidade humanitária que se configura como fundamental nesse campo político.” (Ana Cecília Weintraub, Maria da Penha Vasconcellos, P. 1042, 2013).

59 O conceito de economia moral emerge na obra de Edward Thompson (1998) para analisar as relações e negociações entre comerciantes/distribuidores/compradores ingleses no século XVIII que se opunham a noção de economia liberal. A utilização do termo moral confere às relações do que posteriormente nomeou-se “mercado”, num sentido social e cultural. Ou seja, guiavam-se pelos pressupostos compartilhados na comunidade do que era justo e legítimo nas negociações. Fassin (2014, p. 4) apropria-se do sentido mais amplo que o conceito anterior de economia moral expressa: “a economia de valores e normas morais de um dado grupo em um dado momento”.

Por meio de sua trajetória, o autor investe um olhar crítico sobre a saúde pública, enquanto construída socialmente e rejeita a concepção objetificada presente nela, entendendo-a enquanto precária. Busca, sobretudo, olhar as configurações multifacetadas da saúde, evitar a superficialidade contida na descrição de como ela funciona ou como deveria ser (Fassin, 2004). Ou seja, as ações em saúde pública compreendem uma dimensão moral⁶⁰ do agir, que determinado contexto define como o bem da humanidade. Trata-se aqui de uma lógica de saúde que não percebe a si própria como construída e genericada, reiterando a noção binária⁶¹ de gênero.

Preceitos morais usados na avaliação de usuários de saúde que influenciam as práticas de atenção em saúde são objeto de estudo em todo o mundo. Como exemplo, o estudo etnográfico de Sarah Shelmerdine, (2017) realizado em uma unidade de emergência do setor público sul-africano, investigou a possível contribuição de discursos hegemônicos de masculinidade produzindo violência institucional nas práticas de cuidado em saúde. Didier Fassin (2008), igualmente, baseou-se em entrevistas e observações com profissionais de saúde em hospital de grande porte sul africano e observou que o discurso acerca dos problemas institucionais, não são problemas menos relevantes para a qualidade da atenção em saúde, contudo, encobrem a diversidade da demanda, num processo de múltiplas reduções, como a negação do sofrimento social a partir da redução de uma vida a seu caráter biológico.

“Não tenho preconceito, me preocupo em tratar dos sintomas”, dizem profissionais de saúde de diferentes matizes hierárquicas. Mas quando o recorte das ações inclui homens considerados envolvidos em conflitos delituosos, as ações demonstram-se firmemente diferenciadas. “Tu já foi na sala vermelha?”, me pergunta a médica residente. “Lá é muito

60 Butler adverte acerca da polaridade histórica na filosofia moral: de um lado, liberais que entendem a vida como algo único do indivíduo, isolado de tudo que o compõe; de outro, os comunitaristas, para os quais não pode haver vida separada dos laços afetivos, relações familiares e sociais. A autora recusa qualquer diagnóstico de niilismo moral. Ou seja, tanto a exigência de um sujeito estabelecido como senhor de si mesmo para fundamentar decisões éticas quanto a exigência desta identidade comum como condição para o reconhecimento ético. (Carla Rodrigues, 2015)

61 Gênero não é algo que alguém é, é algo que alguém faz, ou mais precisamente, uma sequência de atos, um “fazer” em vez de um “ser”. Joan Scott (1990) faz a crítica ao antagonismo subjetivamente produzido entre homens e mulheres. Este aspecto se evidencia nas políticas públicas, visto que elas se constituem no terreno de gênero.

tenso de atender, a pessoa está entre a vida e a morte e aí o policial militar dizendo que aquele cara é um bandido de um lado e os técnicos do outro, numa lentidão para passar os instrumentos, fazer as coisas. O tempo de atendimento muda se o paciente é considerado do crime.”

Da sala vermelha à amarela do HPS. Nas enfermarias dos leitos de custódia do Hospital Cristo Redentor ao mais novo quarto de custódia do HPS. Não há territorialidades definidas no capítulo que segue, pois, a economia moral não tem pernas. Ela é etérea. Circula como oxigênio do viciado ar-condicionado, misturado ao sopro que vem de pequenas janelas no miolo do hospital, das portas escondidas nas áreas secretas de fumantes, nas portas que levam à rua. O sujeito do crime também é imaterial, pois é antes do plano das narrativas, carregadas de moralidades que se articulam entre saúde e segurança pública, produzindo estratégias de vigilância e terapêuticas aos corpos considerados perigosos. Quando bom e mau, vítima e culpado são posicionamentos dicotômicos rígidos, lados opostos separam os que são merecedores de cuidado daqueles que devem ser vigiados e ou punidos.

“Trato todas as pessoas de maneira igual, sem distinção”. Estas proposições, ouvidas em meu estudo também foram proferidas nos estudos de Cynthia Sarti (2005), Sueli Deslandes (1999, 2002), Sandra Leal & Marta Lopes (2005). No entanto, a humanização⁶² engendrada por políticas públicas e discursos de saúde escapa a si mesma ao se eximir dos preceitos morais envolvidos que dividem os sujeitos entre aqueles por quem há um apego urgente e irracional e outros, cuja vida e morte simplesmente não importam. O reconhecimento político do corpo e das origens do sofrimento a ele associado é o que Didier Fassin (2005, apud Henrique Nardi, 2008, p.17), chama de biolegitimidade. Diante das cenas suscitadas neste projeto, bem como nas pesquisas realizadas por Daiana Zanellato e Daiane Dal Pai (2010) confirma-se a fragilidade dos pressupostos “de humanização na saúde”. Mesmo que os(as) profissionais do serviço de emergência tenham conhecimento sobre a finalidade das propostas do acolhimento durante a classificação de risco, demonstram não compreender sua abrangência, identificando o

62 Enquanto política pública, a Política Nacional de Humanização existe desde 2003 e busca efetivar os princípios do SUS. Conforme Regina Benevides (2005), humanizar a atenção e a gestão em saúde se apresenta como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo.

acolhimento⁶³ apenas como uma parte do atendimento, a pontualidade de um procedimento ou especialidade.

Ocorreu algumas iniciativas de educação permanente convocadas pela residência multiprofissional no HPS sobre os pressupostos da humanização do cuidado, especialmente na Jornada de Residência Multiprofissional - ocorrida no ano de 2018 - na qual fui palestrante convidada. Essa é uma pauta ainda pouco suscitada para a maioria do contingente de trabalhadores, devido a algumas resistências de departamentos de gestão do hospital somada a alta rotatividade de profissionais funcionando em escalas de plantão. De todo modo, é de suma importância reconhecermos como determinados homens são tratados e têm as suas vidas avaliadas e distinguidas, não somente por tecnologias de governo, mas também por dimensões morais relativas à produção dos significados. Para tanto, nesta seção organizamos em três tópicos principais, nos quais as problemáticas sociais em direção ao olhar etnográfico possibilitam-nos a emergência de reflexões e nos lançam em direção a outros analisadores.

A primeira subseção refere-se às fábulas de monstros: a história do sujeito é recontada através de múltiplas vozes do hospital; o telefone sem fio que no capítulo anterior se referia às incompletudes no processo de cuidado em saúde enquanto efeito das relações de poder entre profissionais de saúde, agora faz às vezes de analogia sobre narrativas do sujeito que os posicionam em distintas graduações de potencial criminoso. Comumente trazidas inicialmente por trabalhadores do hospital que dizem viver nos mesmos territórios periféricos que os sujeitos que vivenciaram a violência, determinadas redes discursivas agenciam a figura do “tigrão”, “bandido” e “chinelo”, termos guarda-chuva de produções subjetivas entre saúde e segurança pública que serão explorados a partir do construção social das masculinidades periféricas; tema da segunda subseção.

No extremo delas, mas entre essas designações sempre imprecisas, pelos múltiplos atores envolvidos, encontra-se o que Michel Misse (2010) chama de sujeição criminal, ao revelar a construção social do crime e os dispositivos de poder por meio dos quais são

63 “Aqui no hospital de trauma estamos preocupados com a eficiência em salvar vidas. Não há como o hospital ficar discutindo pressupostos da humanização como fazem na atenção básica. (profissional da gestão científica de um dos hospitais)

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.

Se o governo da conduta, que pauta-se pela invenção de critérios do que deve ser o sujeito, ligando-o, marcando-o e identificando-o a um modelo de ser sujeito, 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. (Patrícia 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.

A justificativa de tratar todos de maneira igualitária faz parte de uma racionalidade discursiva que encobre a economia moral neste jogo relacional entre profissionais e “elementos suspeitos” detectados. Afinal, qual a medida da dor, do sofrimento dos homens que vivenciam os conflitos violentos?

Esta é uma pergunta complexa pois ela não inicia nem se encerra nesse capítulo.⁶⁴ Há múltiplas articulações entre saúde e segurança pública em consonância ou dissonância com tecnologias de poder. É necessário cautela para que considerações analíticas não abortem o olhar aprofundado sobre como processos de medicalização e de criminalização são dois lados da mesma moeda num vasto terreno composto por múltiplos atores sociais.

64 O universo da segurança pública é muito vasto, complexo e contraditório, o que nos convoca a permanecer com as contribuições sobre o conceito de economia moral, especialmente nos estudos de Didier Fassin acerca das interações entre policiais parisienses com a população pobre, imigrante/refugiada e/ou negra em bairros periféricos no segundo bloco dessa tese.

Desse modo, na terceira subseção esperemos especificamente o aprofundamento de dois pontos⁶⁵: 1) medidas de acolhimento, executadas tanto pelos operadores da saúde como da segurança pública; 2) quando a dor do outro é impertinência: o homem usuário de drogas tem seu corpo exposto não apenas à violência sofrida mas pelo afastamento compulsório de certas substâncias, colocando à prova as moralidades dos profissionais de saúde. Mistura-se na cabeça dos trabalhadores do hospital, a dor física expressa pelo sujeito junto ao seu difícil processo de abstinência, o que produz determinadas escolhas terapêuticas.

4. 1 Fábulas de monstros: narrativas de profissionais de saúde e segurança pública sobre os homens feridos.

“Do bem que há em você eu posso falar, mas não do mal. Pois o que é o mal senão o bem torturado por sua própria fome e sede? Quando o bem está faminto, procura o alimento nas cavernas mais escuras, e quando tem sede das águas mais impuras.”
(Kahlil Gibran, 1973)

O tempo é intenso na emergência de saúde, a vida urge e por vezes dilacera-se sob instantes. Há tantos que rasgam a carne, perfuram o corpo, queimam a pele. Definir quem sofre mais, quem está em maior risco de vida, nem sempre é medida via protocolos de classificação de risco, fluxos de encaminhamentos entre tecnologias do cuidado. São esses momentos que tornam os profissionais de saúde tão contadores de histórias.

“A gente lembra do que sai da rotina. Homem morrendo, matando, tem sempre. Já uma Kombi ilegal, que capota no meio da Vila Cruzeiro e mata cinco crianças ou a namorada que tava estudando em casa e matou o namorado com um tiro confundido com o assaltante, enquanto ele mexia na maçaneta para poder entrar em casa...vou te dizer, isso não tem como esquecer.”

Histórias trágicas, histórias tristes, algumas engraçadas. Alberto vai para seu segundo livro sobre suas histórias na emergência. “Tá tudo aqui, na memória”.

65 O modo como os vigilantes/vigias, profissionais da segurança vinculados diretamente ao hospital, são acionados e os efeitos que se produzem a partir de demandas institucionais que variam entre mecanismos de gestão da vida, vigilância e até mesmo punição. No entanto, esse terceiro aspecto será aprofundado no terceiro bloco dessa tese, visto que a densidade dos dois primeiros ocupa um lugar extenso nesse capítulo.

São quantas histórias? Quantas similaridade entre elas, elas se misturam e se perdem. Se repetem. Ao pensar a interlocução entre segurança e saúde, inicialmente restrita ao âmbito da emergência, muitas narrativas emergiram como boletins. Os profissionais de saúde conversavam comigo entre procedimentos, entre um cafezinho ou outro, entre uma classificação de risco ou outra. Na sala de espera da sala amarela, na classificação de risco, no SAMU presente no HPS. Eles falam do tipo de violência, do tipo de agressão, do sintoma, do diagnóstico, se viveu ou não. No meio disso a valoração moral: “ele era vagabundo”. “Ele era estuprador.” “Ele disse que foi assaltado, que foi bala perdida, mas sabe né.”

As histórias contadas são múltiplas. Tem as do João da Penha⁶⁶ que levou facada nas costas “atravessando” seu pulmão. Outro João da Penha ou João da Silva levou facada na mão, “mas teve outro João que também levou facada na mão numa sexta”. Da(s) companheira(s). Mas quem é o João da Penha ou da Silva? Profissionais da segurança pública e da saúde muitas vezes sinalizavam a Lei Maria da Penha direcionada à violência contra a mulher como uma lei que deveria ser direcionada também aos homens que sofrem violência no âmbito doméstico.

Vemos assim que a história é carregada de sentidos. O mesmo contexto, segundo Avtar Brah (2006), pode produzir várias “histórias” coletivas diferentes, diferenciando e ligando biografias por meio de especificidades contingentes. Então uns acham que os João da Penha são culpados porque geralmente batem nas esposas, elas devem estar revidando. Outros acreditam que são vítimas, porque parecem serem tranquilos.

Toda narrativa contada já é parte do interlocutor e passará a ser dos que a escutarão. É ficcional porque nunca existirá uma verdade no fato que já não o é mais. Mas continua como acontecimento, produzindo múltiplas perspectivas sobre determinada realidade. O olhar sobre os sujeitos diz algo que é da vida da instituição; corpo-instituição e corpo-profissional vão concomitantemente agenciando-se.

Tendo em vista que discursos são práticas; práticas são discursivas (Foucault, 1995), noções de quem é vítima e quem é réu produzem ações profissionais que se diferenciam,

66 Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006: “Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

como o tirar de algemas pelo policial militar de homem acusado de violência doméstica, mesmo habitando a mesma sala de espera onde estava sua companheira agredida. “Ele é réu primário, ele está calmo.” (policial militar) Em outra ocasião outro homem que chega pelo mesmo motivo, tem suas algemas mantidas.

Mas para não fazer distinção, emerge o clássico enunciado “Eu não quero saber da história do sujeito”. Este foi um dos mecanismos de defesa verificado por Cynthia Sarti (2005), Sueli Deslandes (1999, 2002), Sandra Leal, Marta Lopes (2005) que focaram suas observações no espaço da emergência no hospital de trauma. Os autores Pierre Boudier (1989); Christophe Dejours (1988); Ana Pitta (1991); Jaqueline TITTONI (1994); Sandra Leal & Marta Lopes (2005) referem-se aos mecanismos como estratégias para suportar algumas situações do cotidiano do trabalho. A banalização do sofrimento do outro remete à banalização da própria violência institucional. Apoiados nos estudos de Christophe Dejours (1997) e Marilene Sá (2005) considera-se que esta banalização da violência tanto pode ser o resultado de estratégias de defesa individuais e coletivas, por parte dos(as) profissionais, para lidarem com o sofrimento alheio, quanto reflexo de um fenômeno de banalização da injustiça social que atinge toda a sociedade.

Além da fragmentação da relação técnico-paciente, na qual o(a)trabalhador(a) se utiliza do parcelamento das tarefas, Leal e Lopes (2005), averiguaram que defesas psíquicas contra sentimentos de angústia ou revolta voltados aos homens hospitalizados em decorrência de agressão são acionadas a partir da despersonalização e negação da importância do indivíduo, na qual todos os pacientes seriam iguais e deveriam ser cuidados da mesma forma. Portanto, quando o(a) enfermeiro(a) refere que é preciso retirar um pouco da "coisa de humano", para poder seguir trabalhando, está racionalizando seu pensamento, mas exprime o esforço para esse enfrentamento.

“Eu não quero saber da história do sujeito”. Será? Contrariando os achados das autoras supracitadas no espaço da emergência de saúde de um hospital de trauma, as histórias têm vida. São muitas. E elas pegam elevadores, andam por salas da emergência, enfermarias abarrotadas e UTI’s. Elas incluem desde o trabalhador terceirizado da limpeza, o do refeitório, até o técnico de enfermagem e o médico especialista.

Em um debate sobre a humanização do cuidado na Jornada de Residência Multiprofissional (novembro de 2018), um médico residente do HPS salienta:

“Em comparação a outros hospitais, conseguimos ver ações humanizadas com o paciente. Mas ainda é muito comum uma fala de bastidores, sem que a pessoa esteja por perto, sobre ela e a vida dela. Como se não importasse o que se fala se o paciente não está por perto. Mas respinga de alguma forma na prática. Eu acho que é uma proteção à dor, de trabalhar com tanta história trágica quando os profissionais mais antigos já viram tanta coisa e estão cansados. Um modo de escapar da realidade.” (médico residente)

“Eles pressupõem muitas coisas sem saber de fato a história do sujeito”, reclamam alguns residentes multiprofissionais, principalmente profissionais da psicologia e serviço social. “Os profissionais têm muita imaginação, tem muita história sobre usuários de saúde que nós não conseguimos desfazer, mesmo com todo esclarecimento, de quem acompanha de perto os pacientes e familiares.”

Profissionais da SUSEPE, que fazem a escolta aos homens custodiados no HPS e no Cristo Redentor, não querem ter conhecimento do ato criminoso, no entanto, por vezes, são “obrigados” a ver o código penal do apenado quando assinam a entrada deles na custódia. Ou quando a mídia denuncia os casos mais graves. Evitam saber, segundo eles, para não fazer distinção no tratamento. “Respeito pelo preso é muito importante. Respeito pelo preso é a chave do nosso trabalho”.

Dois agentes da SUSEPE, em conversa comigo no corredor em frente aos leitos de custódia do Hospital Cristo Redentor, afirmam que os profissionais de saúde, ao atenderem os homens custodiados pelo Estado costumam “chegar num canto e perguntar baixinho: o que ele fez? Há uma curiosidade muito grande por parte deles.” (agente da SUSEPE)

Exemplo de alvoroço causado pela curiosidade de trabalhadores do Cristo Redentor foi quando uma médica foi morta num assalto. “Apareceu na mídia, o cara que a matou de maneira gratuita. Ela nem reagiu. O cara foi pego e levado para o hospital após confronto com a polícia. E outro homem que botou fogo no carro da médica para esconder o crime acabou se queimando sem querer. Ele também veio parar aqui na internação de custódia do Cristo Redentor. Para mim o cara nem participou diretamente do crime, ele era chinelo, tava devendo e mandaram ele destruir provas.” Eles contam que “noite e dia os médicos achavam uma desculpa para entrar e sair da sala para querer ver quem matou a médica.” Segundo os

agentes da SUSEPE, isso atrapalha o trabalho, pois “nem é querer humanizar o tratamento do preso⁶⁷ mas antes não deixar que ele vire motivo de chacota; é nosso dever não deixar o preso ser ridicularizado.”

Contrapondo o que outros estudos trouxeram, construir veridões é construir o Outro no interior do hospital. É parte (não percebida) do processo de trabalho e atravessa o corpo social masculino agredido que habita a instituição. Minimamente o efeito produzido muitas vezes é “tratar com respeito mas não mostrar os dentes”, ou o “nem quero saber o nome”, algo que inicia na emergência de saúde e ocupa até mesmo o momento de descanso dos profissionais ali alocados. E mesmo quando se observa algum agente da segurança pública acompanhando homens que sofreram a agressão, isso não é garantia de que o lugar de vítima será ocupado.

Hospital é o território da rua, é intestino da cidade, que precisa digerir o que é escarrado dela. Mas ruma, enquanto tenta cuspir o que é percebido como alheio a seu interior. A cidade, tecida de instituições, é o fora que está sempre dentro. Por isso, que dentre os três analisadores centrais que elencamos como pertinentes a serem problematizados para a qualificação de processos de gestão do cuidado no hospital de trauma, é entender o que as histórias que circulam no hospital produzem em termos de práticas.

E nessas relações de poder entram os prestadores de serviços; esses, ao passo que circulam no hospital são posicionados em escala hierárquica inferior aos profissionais de saúde. Transeuntes e figurantes, não raramente ascendem como mensageiros de um saber que se diferencia, e não que não é possível, pelo saber especializado. Eles (elas) trazem informações que advêm de territórios periféricos onde residem. Reconhecem nomes e feições no hospital de trauma; suas veridões passam então a ter um valor produtivo.

E informação sobre a vida do outro é antes narrativa. Reconnectam-se, de modo imprevisível, ouvidos e bocas de profissionais de saúde. E aqueles que têm como ferramenta

⁶⁷ Essa tese é dividida em dois grandes blocos: a segunda parte diz respeito aos dispositivos de segurança pública de modo que as práticas de segurança pública passarão serão o foco principal de problematização. Homens envolvidos em conflitos violentos serão alvo de distintas tecnologias de poder que movimenta-se entre o poder soberano à gestão da vida. Manter o preso sobre o controle do Estado (o respeito pelo preso é antes o respeito pelo agente de segurança), próprio das estratégias biopolíticas.

principal a escuta (especialmente psicólogos, assistentes sociais) transmutam-se, em muitos casos, em figurantes. O conhecimento que permitiria um suposto lugar de fala sobre a verdade do outro é destituído de legitimidade.

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, contudo apenas um eixo interseccional operando no sujeito já o expõe a situações vulneráveis. Jessé Souza (2011) observou preconceitos de classe no contexto de um hospital a partir de técnicos de enfermagem, agentes que intermediam o contato dos pacientes com os médicos e outros profissionais e que são pessoas que muitas vezes ascenderam da ralé ou de frações de classe mais próximas delas, mas também podemos incluir aqui os profissionais dos bastidores do hospital (como da limpeza, cozinha, copa, rouparia):

“Na relação hierárquica entre profissionais de saúde, a desumanização do cuidado em saúde evidencia um conflito de classes entre as pessoas, por estarem geograficamente e socialmente perto da ralé. Ou seja, dispensar um tratamento pouco humanizado para bandidos, alcoólatras, mulheres de vida fácil, é a forma mais comum que o profissional da pequena burguesia tem para assinalar um distanciamento em relação a esses estigmas e com isso a recorrente e desesperada tentativa de evitar seu próprio rebaixamento como pessoa.” (Jessé Souza, 2011, p. 320)

Quanto mais tempo os homens permanecem dentro do hospital de trauma maior o poder das narrativas. Os homens que chegam por violência urbana desses que “vem aos montes”, facilmente ocupam o lugar de réus independente das circunstâncias que os posicionariam como autores de violência ou como vítimas.

Essas e outras situações são fábulas difíceis de serem dissolvidas e reposicionadas. O que é contado sobre meninos-homens diz de uma construção objetificadora do tigrão, chinelo e bandido. Ocupar o lugar de bandido é o próprio *modus operandis* da sociedade sobre determinados sujeitos. Michel Foucault e Michel Misse nos ensinaram que na construção do sujeito perigoso há interstícios que não possibilitam ocupar totalmente o papel de vítima, nem o de réu, mas não menos intenso será o não reconhecimento social de ser sujeito de direitos.

O que é tomado como verdadeiro dentro do hospital pode ser pensado como fruto de nossa vontade histórica da verdade, discursos que se pautam em saberes exteriores da

sociologia, psicologia, psiquiatria e medicina para legitimarem discursos de verdade. Mas onde há vontade de verdade, há poder e diríamos também violência. O discurso do verdadeiro, desta forma, cria a aparência de libertar o sujeito do poder, do desejo e da violência. Mas neste processo, o próprio discurso do verdadeiro não consegue reconhecer a sua vontade (o poder, o desejo, a violência) que o atravessa.

Se as práticas em saúde e segurança pública são produtivas, os discursos produzem determinadas objetificações sobre sujeitos, interpelando quem ele é, o que pode, quem vai se ocupar dele. Termos guarda-chuva circulam como apelidos, que institucionalmente capturam sujeitos chapando-os como uno, referência fixas e imutáveis.

Pressupor. Suspeitar. Inquerir. Acusar. Verbos que reduzem sujeitos a partir de certos adjetivos. Ser bandido é a escala última da criminalização. Longo percurso, incitado por práticas discursivas que circulam por tantos equipamentos públicos quanto pelo destino implacável: a captura pelos dispositivos de segurança passa pelos discursos dos operadores do Estado no interior do hospital de trauma. Fábulas de monstros.

4.2 Tigrão, chinelo e bandido: termos guarda-chuva na produção social de homens envolvidos em conflitos violentos.

*“Quer dançar, quer dançar
O tigrão vai te ensinar
Vou passar cerol não mão
Assim, assim”*

(Cerol na mão, Bonde do Tigrão, 2003)

*“Tchutchuca
Vem aqui pro seu Tigrão
Vou te jogar na cama
E te dar muita pressão!”*

(Tchutchuquinha, 2003)

Fábula. Composição literária para crianças. Os personagens são animais com características humanas que revelam um ensinamento moral de caráter instrutivo. Cada

animal simboliza algum aspecto do homem. Leão: a força; a Raposa: a astúcia; a Formiga: o trabalho. E há o Tigre.

Homem-animal, que domina ferozmente sua presa, é o rei do poder sexual. Para quem conhece minimamente o funk brasileiro, lembrará do Bonde do Tigrão. Um dos maiores representantes do funk, o Bonde do Tigrão é constituído por homens negros da favela do Rio de Janeiro com letras de temática erótica/pornográfica que fizeram sucesso nacional e internacional a partir do ano de 2001. (Denis Weisz Kuck, 2005)

Um valor social positivo do homem pobre e negro foi possível pela via artística. No entanto, ainda revela, em parte, a animalização racista de nossa sociedade. Exarcebação físico-genital, incompletude intelectual, são vistas como inerentes a esses homens. (Mônica Conrado, Alan Ribeiro, 2017, p. 75). bell hooks (1992) revela os modos pelos quais os homens são socializados na família, nas escolas e nos grupos de amigos, apontando a virilidade como expressão que mascara complexidades emocionais. Virilidade explicitada pela sexualidade potente e/ou pela sua força física é um modo de ser reconhecido publicamente.

Nas fábulas de homens-tigres no âmbito dos hospitais de trauma os personagens não cantam, não dançam. Não entretém o povo. A entrada deles é indesejada. De tão naturalizada a categoria, soube que numa das instituições, foi necessário que se estabelecesse uma conversa com a direção científica, em um dos seminários da residência multiprofissional no ano de 2017, para que não usassem e não incentivassem o uso do termo depreciativo.

Então você é uma águia (ou apenas um passarinho me contou), que busca na sala de descanso dos profissionais da emergência de saúde do HPS saber: Quem é o tigre; quem eles são, onde eles vivem? Nada se escutou sobre e já faz um mês.

Estaria extinto? Até o entrar rasante e o gesticular da raiva. Sinal de ameaça, que se põem rente, com todo seu corpo, em frente a outra colega técnica de enfermagem: “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). Queria 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. Me lembro de ti quando reclamei daquele paciente. Sim, ele era. 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.” (técnica de enfermagem).

“Nem sempre são”. Na construção social do homem-tigre como se dá essa aparição? (Aparição não de natureza, já que essa sempre fora nomeada pelos homens e não pelas leoas, cães, lobos marinhos). Quem nos ensinaria mais do que profissionais técnicos de enfermagem de uma das enfermarias do Hospital Cristo Redentor? “Nós também somos Tigre, nós somos da comunidade, a gente sabe como funciona. A gente é tigrada porque a gente fala alto, conversa, não é fechado que nem em outras enfermarias, a gente é tudo doido.” “Tiro, facada, agressão. A gente trabalha com os caras do crime, das facções.”

“Meu negócio é crime, roubo, sacanagem (risos)”. Toda vez que os técnicos de enfermagem declaravam que eram Tigres, em meio às medicações que iriam ser administradas, havia muitas risadas. O humor era uma tangente de convivência na relação entre muitos deles.

Ao andar por longos corredores com uma das técnicas de enfermagem, vamos parando de quarto em quarto para que ela me apresente o espaço. Ela vai passando pelos quartos e cumprimentando: “E aí Capitão”. “Aquele ali é o capitão porque é o primeiro a internar no quarto”. Entre quartos, ela abraça outro homem no corredor: “e aí boy magia!” Enquanto estávamos no corredor, pergunto como funcionam os apelidos, como são escolhidos. Ela conta ao lado do boy magia que geralmente os próprios pacientes dão os apelidos, que eles escolhem geralmente pelo motivo que os levaram para lá.

“O apelido do boy magia era seteléguas porque ele quebrou a perna quando tentaram matar ele”. Ela estava para responder sobre a mudança de apelido desse usuário de saúde

quando nesse momento se aproxima no longo corredor o simpático “risca faca”, homem branco, de cerca de 40 anos que teve perfuração no abdome por ferimento de arma branca. Eles relembram, entre risadas, de quando ele fugiu “de fininho” para um outro quarto desocupado ao se deparar no leito, ao lado do seu, com o familiar do homem de facção inimiga que tentara lhe matar.

- Eu ia administrar a medicação dele e pensei: Ué, mas cadê ele? Fui encontrar bem quietinho no outro quarto junto com todas as coisas dele. Tava com medo né?, ela pergunta rindo para o homem.

- Não tava com medo nada, qualquer coisa botava pra voar. (E todos os três riem: profissional de saúde, risca faca e boy magia/ex seteléguas).

-É, mas tu é gente fina (ela olha para o “risca faca”), o outro que era semente do mal, diz a técnica.

“Semente do mal” é nome dado a homens como aquele que nú, jogava comida para o alto e gritava “vagabunda!!!” para a enfermeira. Na reunião de passagem de plantão, a enfermeira dizia em tom de piada para a enfermeira chefe do turno anterior: “A gente tinha que andar com um *teaser* para dar choque neles nessas horas. Fiquei com medo dele me bater. Aí chamei o psiquiatra para ver se dava uma medicação para ele pelo menos dormir à noite.” Em outro momento, a mesma técnica de enfermagem que me apresentou os quartos disse à enfermeira, em meio ao preparo das medicações na antisséptica sala da enfermaria: “Ele é semente do mal, deixa ele sem comida.” E dá risada.

Nessa selva de pedra, os corredores da internação do Cristo Redentor podem permitir a circulação aos que estão mais dispostos e interessados ao contato para além do delimitado espaço do quarto. Um deles havia recebido alta hospitalar e estava perto do elevador, quando de longe a técnica o chama: “Já vai embora, não vai! Fica um pouco mais.” Ele diz: “Eu vou, tu não gosta de mim e sorri.” Nesse jogo de reconhecimento, aos poucos se aproximam até que se abraçam: “Tchau macumbeira, obrigada por tudo”. Ela responde: “Tchau macumbeiro.”

Logo depois, ela comentou, enquanto arrastava uma bandeja de metal de rodinhas com medicamentos e materiais de curativo: “Esse paciente é baiano, tu notou né? Ele era super difícil, arrancava todas as agulhas do soro que colocávamos. Arrancava as agulhas e dizia

que caía. Não dava duas horas. Até que eu peguei o garrote (elástico para torniquete) e comecei...” Então ela começou a dramatizar sua ação pra mim em meio ao corredor: Pegou o garrote e jogou de modo rápido para trás e para frente, para frente e para os lados; enquanto o corpo se movia em ondas, ela pronunciava palavras das quais eu não entendia.

“Nesse momento ele também começou a falar baixinho como se estivesse rezando. Nós dois ficamos rezando como numa sessão de umbanda. Eu disse a ele: agora vou te dar uns passes, e eu estalava os dedos.” (Os dedos dela faziam uma música para a cabeça girar até esquecer) “Agora a agulha não vai cair mais, viu, tá protegida. E não é que a agulha do soro durou dois dias?”

Pergunto qual sua religião, é quando ela me mostra a correntinha de Jesus Cristo. “Sou cristã.” Ela também acha graça quando rememora o dia em que disse para o “baiano” que ela iria fazer uma reza para ele ter alta e no outro dia o médico “o liberou”.

Os técnicos de enfermagem deboçam de si mesmos e dos desafios que vivenciam na atenção aos homens que chegam por conflitos violentos. Como a vez em que o técnico de enfermagem, para acalmar um senhor muito agressivo e que segundo ele tinha “algum problema cognitivo” começou a cantar “Brilha, Brilha Estrelinha”. “Só falta ele cantar a galinha pintadinha”, brinca a colega. A infantilização do paciente seria citada por estudos no terreno hospitalar, como parte da vida nas instituições totais, onde o corpo deve responder docilmente às manipulações. “Eu costumo cantar para os pacientes que estão muito agitados. Cantei bem baixinho, bem suave e ele começou bem devagarzinho a fechar os olhos. Parecia um bebê que eu estava ninando”.

Essa é a equipe reconhecida como Tigre, subverte os próprios preceitos acadêmicos sobre o poder disciplinar nos hospitais. Nos departamentos e outros hospitais do Grupo Hospitalar Conceição, esses profissionais de saúde, antes de serem alocados na equipe, ouviram muito sobre a enfermagem que recebe especificamente homens que chegam por agravos devido a conflitos violentos: “Não acredito que você vai lá com os Tigres. Lá é péssimo. Só bandidagem.”

Os técnicos de enfermagem contam que a relação com o restante do Grupo Hospitalar Conceição (que agrega o Hospital Cristo Redentor/HCR) é estigmatizada. Quando é necessário

acompanhar algum paciente para realizar algum exame indisponível, muitas vezes os profissionais se sentem maltratados: “Uma vez ameaçaram de não atenderem o paciente no Hospital Conceição dizendo que não havia sido marcado o exame, sendo que foi. Tive que bater pé para eles atenderem. Eu vi a cara de nojo da profissional dizendo: Tu é da equipe tal né?”.

O complexo do GHC, inclui diversas estratégias de educação permanente na atenção básica, constituída pela residência médica e multiprofissional, nas quais, inclusive, a pesquisadora foi convidada a participar de alguns espaços. No entanto, para as enfermarias do Hospital Cristo Redentor, a paisagem lida pela pesquisadora é de uma jaula sem grades aparentes. Solidão. Profissionais do campo da enfermagem nem sequer sabem da existência desses eventos, não há residência em saúde e outros núcleos de saber que transitam frequentemente, a fim de provocar a heterogeneidade de leituras e práticas, nem mesmo é oferecido espaços de educação permanente sobre temáticas que lhes atravessam e lhes causam angústias, como violência, abstinência por uso de drogas ou acolhimento dos homens atravessados pela violência urbana.

O humor, nesse contexto, se revela como estratégia defensiva que, a princípio, classificaria o sujeito internado, mas que nesse contexto, produz sua eficácia simbólica no processo de cuidado em saúde. Por ser uma equipe que também carrega o estigma de ser Tigre, a ironia, apresenta-se como potência de subverter o modo de aproximação, para além do sujeito nomeado pelo número do leito, para além de não olhares, não sorrisos, não toques. Para além do corpo-procedimento. Rir da doença, da tragédia, é possível entre pessoas com posicionamentos subjetivos similares, que advêm de territórios periféricos.

É uma estratégia complexa. A rotulação irônica nega a singularidade do sujeito ao passo que tenta dar um outro destino relacional para além da assepsia das relações. Além disso, busca subverter o próprio saber-poder médico que aparece em instantâneas visitas à enfermaria, deixando termos e diagnósticos técnicos escritos no prontuário de cada paciente onde o técnico de enfermagem deve ler e seguir as instruções sem que, minimamente, algum diálogo sobre o usuário de saúde seja estabelecido. Aquele que permanece então, lida com o

corpo que sofre, sem qualquer escape de reconhecimento institucional,⁶⁸ enquanto o profissional da medicina transeunte deteria o poder decisório valorizado no cuidado em saúde sobre o sujeito.

De todo modo, é importante salientar a linha limítrofe que separa a ironia enquanto relação de poder que submete o outro à vergonha daquilo que é uma forma de aproximação e proximidade consentida entre duas pessoas, inclusive como produtora de cuidado em saúde, como bem vimos nos casos acima. Paradoxos, que não devem ser explicados subitamente por quem observa tamanha riqueza de movimentos, a fluidez do que escapa e se reinventa diante de determinados contextos.

Como no HPS, de um rapaz que deu o nome falso inspirado em um cantor famoso para não ser reconhecido pela polícia civil. Ao ser encaminhado para os leitos de custódia continuaria a ser chamado exclusivamente pelo nome do cantor e não pelo nome de registro. Notei em uma das estagiárias da enfermagem sua aproximação simpática ao entrar no quarto: “E aí Roberto Carlos, vai vir teu costureiro?” (o costureiro seria a pessoa de empresa contratada pela família para tirar as medidas para colete ortopédico). O jovem permanece calado e sério, pareceu não gostar, mas sorriu ao ouvir: “quando tiver alta tem que nos deixar umas rosas, como o cantor”.

Logo depois ele ironiza a um dos agentes da Susepe que estava saindo do quarto para ir almoçar “Me traz uma trufa?” O agente de custódia da SUSEPE: “Claro, de que?” “De café”. Ambos riem.

Quando o profissional se retira da sala, o jovem “Roberto Carlos” comenta comigo e com outro agente da SUSEPE que permaneceu na escolta⁶⁹: “Eu e ele, a gente já brigou bastante, mas depois a gente se entendeu. A gente brigou para se entender.” Ao escutar isso, logo após o outro profissional da Susepe relembra: “Esses dias ele me pediu um abraço: me

68 Os técnicos de enfermagem em relação aos médicos costumam reclamar “que nem olham na tua cara e te dão bom dia”. Quando o paciente vem da cirurgia, o primeiro curativo deve ser aberto pelo médico que olha e deixa como está sem trocar. “Costumam tirar sondas e curativos com sangue e atirar no chão para técnico de enfermagem limpar e trocar.”

69 “A regra é sempre dois agentes da susepe permanecerem na escolta dos presos” (coordenador dos hospitais de custódia).

dá um abraço, me dá um abraço cara. Ele tava todo mijado por isso queria me abraçar”. “Custodiado” e agente da Susepe riem, dessa vez buscando em meu sorriso pactuar um momento de leveza, qualquer brisa que lhes dessem fôlego para permanecer no denso ar de um cubo sem janelas.

No entanto, há um tabu nessas interações espontâneas. Profissionais da SUSEPE e principalmente da Brigada Militar revelam que nenhum contato com o “preso” deve ser realizado. “Tem colegas meus que eu digo: Oh, te liga, não dá abertura. Eu só falo com eles quando quero pescar alguma informação. Eles dão muita liberdade, só falta convidarem o preso para assarem um churrasco juntos.”

Até o ano de 2017, no HPS, agentes da Susepe (para casos de homens foragidos do presídio ou encaminhados do presídio ao hospital) e/ou da brigada militar (para casos de flagrante ou denúncia) ficavam fazendo vigília desses pacientes fora da ala de internação no HPS, no entanto, no governo do prefeito Junior Markezan, houve acordo entre a própria secretaria de saúde e segurança pública, diretamente agenciada pelo prefeito, para a construção de um quarto de custódia⁷⁰ com três leitos. Dizem que o espaço é blindado; o quarto foi construído nos fundos da Unidade de Neurologia ou a chamada antiga Enfermaria Oito do HPS.

O quarto para homens privados de liberdade é chamado pela maioria dos trabalhadores da enfermaria de Sala VIP, visto que há quem pense que há certo privilégio em ocupar um quarto, quando, no caso do HPS, não há nenhum tipo de separação entre as macas. O quarto é VIP, mas também é chamado de Mini Carandirú⁷¹.

Ao ser convidada para tomar chimarrão com os agentes da Susepe em frente ao quarto de custódia do HPS, uma das médicas especialista da enfermaria cumprimenta um dos profissionais em exercício de escolta: “Eu conheço o enfermeiro (nome), é teu irmão, não?”

⁷⁰ Em capítulo específico sobre os leitos de custódia, descreveremos as condições de possibilidades em que emergiu o quarto no HPS.

⁷¹ Carandirú é nome dado a Casa de Detenção de São Paulo. Uma das memórias mais impactantes relacionadas às fragilidades do sistema prisional foi o Massacre do Carandiru ocorreu no Brasil, em 2 de outubro de 1992, quando uma intervenção da Polícia Militar do Estado de São Paulo, para conter uma rebelião na o, causou a morte de 111 detentos.

Em frente a porta do quarto de custódia que geralmente fica com a porta aberta que de um lado dá para os leitos dos homens em privação de liberdade e de outro a enfermaria da unidade de internação, ela diz em alto tom de voz, gargalhando e apontando para a sala com dois jovens internados: “Ah, tu é o que trabalha nos dois Carandirus, né?” (dois *Carandirus* dizem respeito ao quarto de Custódia dos dois hospitais de trauma de Porto Alegre: Hospital Pronto Socorro e do Hospital Cristo Redentor)

“Na cabeça deles (profissionais de saúde), o cara internado no quarto dos custodiados é bandidão, mega perigoso, fez o diabo, mas na real é um chinelão, é um bandido qualquer, muitas vezes roubou alguém para comprar droga porque é dependente químico”. (agente da SUSEPE do Hospital Cristo Redentor)

“Não há do que reclamar, não há distinção de tratamento dos profissionais de saúde, eles são ótimos, nós queremos desmanchar essa noção de que o profissional é preconceituoso. Claro que atender as pessoas nessas condições não deve ser muito fácil, então não há muita conversa. Alguns até falam para o preso, às vezes: sai dessa vida, tenta te cuidar agora. Mas a gente ri porque o profissional vira as costas e eles nos dizem: vou matar, vou roubar, fazer e acontecer.”

De Tigre passamos a outro termo guarda-chuva para a segurança pública. O que seria Tigre, antes é Suspeito e, dependendo do contexto de incriminação que ocupa, passa a ser Chinelo/Vagabundo. Algo retomado na fala da profissional de saúde sobre o Tigre, se transpõe para a lógica moral da segurança pública: “parece bandido, mas nem sempre é.” Esse sim, é Suspeito.

Quando o soldado da brigada que conheci na sala de espera da emergência aborda pessoas na rua, ele o faz baseado em certas escolhas morais. “É o jeito deles olharem. Olham pra ti com medo, arredios, devem estar escondendo algo. Ou ficam olhando pra trás para ver se tu já passou. Tu fica especialista em pegar os tipos certos.” Depois diz: “pegamos muita faca, arma, documento roubado nessas horas. É gratificante quando podemos devolver algo à vítima. O carro, o celular, a carteira.” Ao nosso lado, na sala da espera de emergência, um garoto negro, de boné, sentado na cadeira de rodas, foi reparado tanto por mim como pelo soldado e talvez por isso nada acerca do tipo de roupa, da cor da pele, da classe social poderia estar explicitamente envolvido nessa escolha dos tipos a serem abordados. Perceber as

valorações morais que produzem determinadas escolhas é um desafio num espaço em que qualquer sigilo é impossível, em que o espaço vital dos sujeitos é constantemente borrado.

No entanto, como toda norma, há quem escape da nuvem de mistério de quem muito faz, mas nada pode dizer sobre. O território que produz homens de verdade é sagrado: a brigada militar. A maioria dos policiais militares zelam pela instituição com a cabeça ereta e os olhares de canto desconfiados, as palavras contidas e, por vezes, monossilábicas, à pesquisadora. Até que um dos policiais militares, que será retomado em outros capítulos pela força de suas narrativas, denuncia a escolha dos Suspeitos. Esse jovem da brigada militar, praça⁷² de uma parte da cidade narra a cena em que foi interpelado por um “vendedor ambulante”:

- Porque vocês só abordam negros?

- Porque a brigada é muito racista e acha que todo homem negro que anda na rua pode ser um criminoso.

O trabalhador informal fica sem reação, surpreso com tamanha sinceridade da resposta. O soldado diz que há muitos homens brancos envolvidos em atividades ilícitas, mas os colegas olham mais para roupa e cor da pele do que para o comportamento da pessoa.

De suspeito à chinelão, Michel Foucault (2008), traz a relevante noção de periculosidade para nosso estudo. Atribuir um perigo, a existência de determinados homens, foi produzida no século XIX, no contexto de invenção das práticas punitivo-penais (essas práticas estarão descritas no segundo bloco da tese), que são produzidas no âmbito da virtualidade e não das ações infracionais. É nesse contexto, também em diálogo com a analítica foucaultiana, que se fabrica a noção de “delinquência”. Foucault (2002) deixa claro que o que caracteriza alguém como delinquente não é, propriamente, seus atos infracionais, mas, sobretudo, sua própria vida. Isto é, a delinquência existiria antes da infração ou do crime,

72 Militar que pertence à categoria inferior da hierarquia institucional e que faz o policiamento ostensivo enquanto uma modalidade de exercício da atividade policial, desenvolvida intencionalmente e é visível, em contraposição ao policiamento velado, secreto. Caracteriza-se pela evidência do trabalho da polícia à população, pelo uso, por exemplo, de viaturas caracterizadas, uniformes, ou até mesmo distintivos capazes de tornar os agentes policiais identificáveis por todos. A atividade de policiar consiste resumidamente em fiscalizar comportamentos e atividades, regular ou manter a ordem pública, reprimindo crimes, contravenções, infrações de trânsito e zelando pelo respeito dos indivíduos à legislação.

sendo que a figura do delinquente emergiria como “unidade biográfica, núcleo da periculosidade, representante de uma anomalia” (Foucault, 2002, p. 212).

Além da incriminação preventiva de certos “tipos sociais”, desenvolveu-se um persistente processo de “sujeição criminal” de uma parcela de agentes de práticas criminais. Tal dinâmica terminou por constituir algo como uma “cultura” associada a esses sujeitos. O crime é definido primeiramente no plano das moralidades que se tornaram hegemônicas e cuja vitória será inscrita posteriormente nos códigos jurídicos. Assim, nem no evento, nem em seu autor reside o crime, mas na reação ao evento e ao autor, poderemos compreender melhor como se dá o processo como um todo. (Michel Misse, 2010)

A acusação social que constrói o criminoso (e que coincide com o início do processo de incriminação) é sempre resultante de uma interpretação contextualizada, entre agentes, de cursos de ação cujo significado “normal” ou “desviante” se produz nesse mesmo processo e não antes dele. (Michel Misse, 2010, P. 22)

Não há sujeição criminal sem incriminação, mas pode haver incriminação sem sujeição. O que distingue radicalmente a incriminação de um indivíduo de sua sujeição criminal é representado socialmente, pela distinção entre “bandidos” e não bandidos. Segundo o autor:

Pode haver incriminação e reincidência criminal e não haver sujeição criminal, como pode haver sujeição criminal sem reincidência judicialmente registrada e ou incriminação, ou seja, a expectativa social de que aquela transgressão não é subjetivamente ligada ao agente (ao seu caráter, às suas origens e ao seu meio social, à sua biografia etc.) No entanto, certos homens são demarcados (e acusados) socialmente pela pobreza, pela raça e pelo estilo de vida. Seus crimes os diferenciam de todos os outros autores do crime, não são apenas criminosos; são “marginais”, “violentos”, “bandidos”. (Michel Misse, 2010, p. 28)

Ao adentrar o hospital de trauma não é preciso muito tempo para que homens acompanhados por operadores da segurança pública sejam quase que instantaneamente considerados bandidos. Um homem pode ser Tigre sem ser bandido para o profissional da saúde, mas sempre será inquerido como sendo do crime quando acompanhado por algum policial militar, civil ou pela Susepe. Se for encaminhado aos leitos de Custódia? Aí sim. Esse é bandido.

Parece confuso entender pontualmente como se dão os processos de subjetivação de masculinidades criminalizadas. “O preso é paciente ou acima de tudo é antes o preso?”, você poderia perguntar. Deixo-lhes com uma pulga atrás da orelha, para que persistam no segundo

bloco dessa tese. Enquanto isso, deixo-lhes uma dica: De antemão podemos afirmar que um homem negro não é reconhecido como um homem, antes será sempre um homem negro. (bell hooks⁷³, 1992)

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, chinelo, vagabundo), 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”, explicita a médica residente em meio a minha apresentação sobre “Privados de Liberdade”⁷⁴, a convite da Jornada de Residência Multiprofissional do HPS (novembro de 2018). A criminalização de determinadas masculinidades é um processo que vai para além da custódia em si, em malhas de poder que começam já na chegada de quem vivencia o conflito violento.

Chinelão, vagabundo: Facetas de uma criminalização inferior, é o sinal negativo de ser um homem do crime. Quando esses homens são capturados nas malhas da segurança pública, ser considerado chinelo é ser menos homem. “O chinelo é a maioria dos bandidos.” Um agente da Susepe deu como exemplo a Restinga, bairro de grande amplitude territorial e populacional da cidade de Porto Alegre no qual o comércio de drogas é muito dissipado. “Restinga, o tempo todo tem tiroteio porque a cada esquina um se considera o dono da boca. Nenhuma das grandes facções conseguiu invadir a Restinga, o Jair⁷⁵ tentou mas não

73 Glória Watkins é conhecida por um pseudônimo: *bell hooks*. Esta mudança de nomeação autoral foi feita como um gesto de rebeldia, uma estratégia de empoderamento de uma mulher negra que homenageia a história familiar. Alan Ribeiro (2016) cita o livro *A Black Feminist Statement*, de 1977, como a primeira menção da autora aos homens dentro do feminismo. Ela propiciou os principais debates, entre o feminismo e o anti-colonialismo ao divulgar o feminismo *Black* (praticamente ausente nos estudos de masculinidades latino-americanos).

74 O título foi escolhido pelos residentes multiprofissionais ao me convidarem em novembro de 2018 a proferir uma fala de 1 hora, pois o “maior estigma aos homens no hospital é dos que estão sob custódia”, afirma uma das residentes multiprofissionais.

75 Esse é o único distribuidor de drogas para as facções de Porto Alegre e grande Porto Alegre e que por isso mesmo detém áreas onde a violência está estabilizada ou reduzida pela ausência de rixas entre traficantes. “Quem vai querer tomar a área, ser inimigo do único cara que tem acesso ao tráfico internacional?” (Agente da Susepe)

conseguiu. Parece que há mais de 30 bocas de fumo, são muitos traficantes, pequenos donos de boca que brigam e se matam entre si.”

E de meninos-homens traficantes a Fase está cheia. O agente socioeducativo com 25 anos de carreira, fica sempre no corredor do andar de uma das enfermarias onde passa 24 horas (precedido de 72 horas de folga) na escolta de um adolescente internado no HPS. Ele me traz um panorama geral das mudanças que foram ocorrendo em termos dos tipos de delitos cometidos: “Antes esses guris paravam lá porque tinham se envolvido em homicídio por briga, ou enlouquecido ou por roubo. De anos para cá, cada vez mais, eles ficam em regime fechado por tráfico de drogas. Só dá isso.” Ele também não quer saber da história deles:

“Eles querem o tempo todo falar: Ah, matei cinco já. Não quero saber quantos tu matou, eu digo para eles, o que fez ou não. A maioria deles rouba só carteira, celular ou é olheiro e mentem que matam, querem mostrar que são machos, que são corajosos e perigosos para se proteger diante de outros guris. Eles não vão admitir que não tinham dinheiro nenhum, que precisavam de grana para usar crack ou para sobreviver.” (agente socioeducativo)

Meninos-homens então vão sendo mortos ou absorvidos pelo encarceramento, lá onde a acusação de ser bandido passa, com vigor, a ser materializada (e performada) como parte do próprio ser. Enquanto isso, os mais jovens precisarão ser “recrutados” ao tráfico de drogas. Todo mundo quer pertencer a algum grupo, onde possa ser reconhecido ao passo que se reconhece no outro. E assim a produção de masculinidades criminalizadas engendra-se. Nesse eterno retorno produzido pelo maquinário da segurança pública.

O estigma de quem demonstra identificação com a vida do crime para quem as profere é sinal de empoderamento, de quem é bandido de verdade, homem temido e não chinelão. “Eu gosto do Casarão” (presídio central), disse o usuário de saúde internado sob custódia. Ou aumentar o crime cometido: um dos rapazes custodiados pela Susepe afirmou ao policial militar que fazia ronda de outro jovem pego em flagrante, que ele estava preso por “feminicídio”, quando de fato foi preso por homicídio em embate violento entre facções.

“Muitas vezes eles nos respeitam e são respeitados, mas de dez tem um que briga, xinga fica falando mal do pessoal da brigada. Dizem já matei, vou matar, já estupro, vou estuprar. A gente não deixar eles falarem mal dos colegas da segurança pública, pedimos para

eles não dizerem que vão matar o policial da brigada ou falar mal da enfermeira. Porque é como se eles falassem mal da mãe da gente.” (Agente da Susepe)

Mas nem sempre evita-se ser considerado chinelo pela via da intimidação, da ameaça, que não raramente é direcionada aos profissionais de saúde. Uma das médicas que faz plantão no HPS há muitos anos deu risada com o policial militar que escoltava um homem preso por assalto e resolveu perguntar a ele porque a filha dela foi assaltada, o que levava alguém a fazer isso: “Ô doutora, tem muito vagabundo aí pela rua.”

O tom também pode ser de desabafo para o profissional de saúde da enfermaria do Cristo Redentor: “Eu cansei de ter que matar gente para pagar minhas dívidas. Só tem mais um agora. Depois desse eu vou parar com isso, não é vida.” (usuário de saúde não privado de liberdade)

Os operadores da segurança pública temem o bandido criminoso pelo alto risco de resgate nos espaços públicos de saúde e confronto violento possível, como ocorreu no ano de 2018 no Sanatório Partenon. O sujeito bandido, para a segurança pública, é quase que como um profissional do crime: “O sujeito perigoso é aquele que tem cem anos de cadeia. Que é chefe de quadrilha de facção, com muitos homicídios nas costas. Que tem alta chance de resgate. Não esse chinelão”.

Alocado no quarto de custodiados no Hospital Cristo Redentor, o chinelão ao qual o agente da Susepe se referia, era um jovem branco que me chamava de “a social” pedindo há 4 dias por alguém que pudesse entrar em contato com sua esposa, enquanto a enfermeira da unidade atrás de sua maca revirava os olhos e suspirava impacientemente pelo pedido constante. Era o sujeito nomeado de chorão. “Ele tá sempre choramingando “eu quero minha mãe”, “cadê minha esposa”, reproduzia o agente da Susepe a fala do usuário de saúde, que mais adiante, tentaria abrir o cadeado da corrente que estava em sua perna com uma faquinha de plástico. “Todos eles aprendem a abrir uma algema. Tu olha para esses caras tu pensa da onde esse cara é bandido. Têm muitos chinelos que fazem isso porque são viciados e para poderem usar o crack ou para não deverem para o outro, entram no crime.” (agente da Susepe)

Para a segurança pública o bandido de verdade não é o chinelo que o profissional de saúde por vezes tanto teme. Mas o homem tido como chinelo/vagabundo igualmente oferece risco por outras vias. Temem, os operadores da segurança pública, as medidas desesperadas de sobrevivência dos chinelos/vagabundos diante do mandado de troca de vidas. Matar para não morrer. Sem raiva, sem ódio, apenas desespero. “E se mandarem um chinelo desses para matar alguém aqui no hospital porque tá devendo?”

Os agentes da Susepe não temem tanto a entrada de traficantes e criminosos de alto escalão como Jair:

“Se eles quisessem, entrariam de qualquer jeito. De rapel, de helicóptero, esse não seria o problema. O problema é que qualquer chinelo pode entrar aqui. E se chega um desses, sem experiência, nervoso, que nem sabe atirar direito, um drogado, fumador de crack. Ele vai acabar querendo atirar para todos os lados. Na verdade, eles têm algum déficit cognitivo de não entender a moral, não conseguir se conectar com o outro. Eles são oligofrênicos.” Questiono de onde veio esse termo: “Ué, isso é das ciências criminais, da medicina forense⁷⁶. Oligofrênico é alguém que não tem capacidade de empatia com o outro.” (agente da Susepe)

Já para o médico psiquiatra, sobre o chamados Tigres, esses homens são sociopatas. “Porque o sociopata é agressivo, ameaça e mobiliza a equipe. Quer dizer, sociopata não, esse é um termo antigo, deve-se usar anti-social. Tem muito desses homens anti-sociais que acessam o hospital, a maioria sofre de abstinência no hospital por uso de crack.”

A leitura de parte dos profissionais (de saúde e de segurança pública) a respeito daqueles que sofrem agravos em saúde por conflitos violentos reatualiza um ingrediente fundamental às produções sociais de masculinidades infames na história da saúde no Brasil: a sua degenerescência. Alguns residentes desabafavam para mim sobre profissionais de saúde que recorrentemente emitiam opiniões severas dentro das salas de equipe e de enfermagem: a necessidade de ser feita laqueadura tubária compulsória, castração química dos pobres e/ou até pena de morte, como patologia de caráter que “não tem solução”.

⁷⁶ Atualmente, não existe consenso na literatura médica sobre as relações entre doença mental e criminalidade, do ponto de vista do valor etiológico da primeira para predizer a segunda. No entanto, isso não parece ter sido um impedimento para que o campo jurídico-penal tenha continuado a instituir para a medicina psiquiátrica o caráter de único saber com competência técnica e amparo legal para determinar a periculosidade criminal de indivíduos diagnosticados como doentes ou portadores de transtornos mentais. (Myriam Raquel Mitjavila; Priscilla Gomes Mathes, 2012, p.1378)

Sidney Chalhoub (2001) explica que o termo classes perigosas apareceu originalmente na Inglaterra, inspirado no Tratado da Degenerescência de Benédicte Auguste Morel, datado de 1857 (Lilia Lobo, 2008). Para ele, o termo classes perigosas era sinônimo de pobreza. “Os pobres apresentam maior tendência à ociosidade, são cheios de vícios, menos moralizados e podem facilmente rolar até o abismo do crime”. (Lilia Lobo, 2008, página 54) Os médicos brasileiros, inspirados nos postulados de Morel, reconheceram os fatores morais como associados à degenerescência e se apressaram a fixá-los na hereditariedade.

Mas o passado como acontecimento insiste no presente, com novas roupagens, quando dispositivos reforçam a criminalização de determinados sujeitos, onde não se considera mais tanto os fatores (social, cultural, econômico, político) como determinante desses fenômenos, mas a emergência de um entusiasmo renovado pelos fatores criminogênicos de naturezas bioquímica, genética, orgânica, intrapsíquica e afetivo-vincular.

É justificada uma origem do comportamento criminal na “personalidade” do indivíduo, e a utilização do diagnóstico de personalidade antissocial como estereótipo do criminoso, agora já não mais considerado louco, mas sim “transtornado”, conserva (e renova) perturbadoras analogias com a figura lombrosiana do “criminoso nato” inspirada em Morel.⁷⁷ (Myriam Raquel Mitjavilai; Priscilla Gomes Mathes, 2012)

A introdução do conceito de transtorno mental, oficializada na formulação da CID-105, acabou contribuindo de maneira significativa para a reconquista de objetos de conhecimento e intervenção profissionais da psiquiatria forense (essa fortemente requisitada no âmbito jurídico, na história do Brasil). Essa nova classificação nosológica permitiu, entre outras coisas, garantir a permanência do diagnóstico de personalidade antissocial como objeto legítimo da psiquiatria, bem como sua utilização, para fins forenses, na avaliação de periculosidade criminal. (Myriam Raquel Mitjavilai; Priscilla Gomes Mathes, 2012, P. 1391)

As políticas públicas operam lógicas que ao invés de considerar como risco social os processos que expõem os sujeitos a situações violentas, são as pessoas o risco iminente que precisam ser controladas. Risco costuma ser associado à iminência de um acontecimento fatal

⁷⁷ Por volta de 1876, a relação entre loucura e crime ganha destaque com a figura de Cesare Lombroso (1836-1909), considerado o criador da antropologia criminal. Ele apresenta o conceito de “criminoso nato” e estabelece as bases da interpretação etiológica do crime em função de parâmetros biológicos, a partir da teoria da degeneração de Morel. (Mateus Cunda; Rosane Neves, 2014)

ou à possibilidade mais geral de que algumas relações consideradas inadequadas sejam estabelecidas. Associa-se, assim, a noção de risco à de periculosidade; a ideia de que alguns sujeitos devem ser contidos ou eliminados.

Característico dos nomes e das verdades que preenchem os personagens-objetos dessas cenas, habita o usuário de crack, que desaparece num roteiro de exclusão e reaparece, compulsoriamente no hospital, dessa vez devido ao trauma físico vivido. Porque foi roubado, porque houve cobrança de dívida, porque não diretamente a violência foi relacionada às contratualizações frágeis de quem compra e/ou de quem vende; por vezes ele pode vir até por um acidente de trânsito.

Homens que usam crack mobilizam inscrições psiquiátricas: de um erro psicogenético, do jovem, pobre, degenerado e de um erro jurídico, de quem roubou para fumar, que se tornou agressivo. O uso indiscriminado do Transtorno de Conduta, centrado na infância/adolescência foi corrente no campo da saúde mental porto-alegrense conforme o estudo de Mateus Cunda e Rosane Neves (2014). O sujeito com esse transtorno na visão médica-jurídica, é aquele que não demonstram sofrimento psíquico ou constrangimento com suas atitudes, nem se preocupa em ferir os sentimentos de outras pessoas.

O dependente químico, mirado como perigoso por sua essência, seu caráter facilmente corruptível, habita o hospital de trauma, colocando a prova determinados modos de cuidado em saúde, ausências ou presenças de determinadas terapêuticas. Entre a dor física do corpo que agora jaz em uma maca e cuja dor vem da vida indigesta lá fora, os efeitos anestésicos sempre parecerão necessários. As substâncias ativas⁷⁸ habitam um rico universo onde tantas podem transitar. Nunca livremente, nem na rua nem aqui. Aqui dentro, depende do controle do que é técnico; lá fora, reside nos limites arbitrários para usos de drogas legais/positivas e

78 Uma substância psicoativa, substância psicotrópica, droga psicotrópica é uma substância química que age principalmente no sistema nervoso central, onde altera a função cerebral e temporariamente muda a percepção, o humor, o comportamento e a consciência. Essa alteração pode ser proporcionada para fins: recreacionais (alteração proposital da consciência); religiosos (uso de enteógenos); científicos (visando à compreensão do funcionamento da mente); ou médico-farmacológicos (como medicação). Alternativamente, tal efeito na mente pode não ser o objetivo do consumo da substância psicotrópica, mas um efeito adverso do mesmo.

legais/ negativas. O que nos permite e/ou nos repreende nas escolhas pelos efeitos anestésicos, calmantes e energéticos.

5. AS DORES DOS HOMENS: INTRODUÇÕES ACERCA DA LINHA LIMÍTROFE DOENTE E/OU BANDIDO.

A dor só é mensurada quando sentida, ou seria imensurável? Há um momento em que teremos uma dor lancinante. Dizem que uma pedra nos rins dói mais do que a dor no parto. As circunstâncias obviamente não são as mesmas, há gradações na experiência do sentir o corpo. E haverá um momento em que os tradutores da dor⁷⁹, equilibristas de urgências, deverão escolher o destino do sofrimento do outro. Uma questão de leitura moral, ninguém está livre. O que é percebido como dor e o que é tomado como expressão de periculosidade. Ou ambos. Ou talvez algo que escape a eles. Tudo escapa de um modo ou outro da norma⁸⁰, desses dispositivos de poder.

Eu me lembro bem desse dia. Permita-me rememorar, de um ponto a outro; do nível de atenção secundária à primária; farão sentido às reflexões no hospital de trauma. Era um dia de grupo de apoio interdisciplinar às gestantes em frente à unidade básica de saúde, uma das atividades desenvolvidas por mim e por colegas da residência em atenção básica, em meados do ano 2006. Elas falavam do medo para nós, de não serem bem acolhidas no hospital de referência da região pelas denúncias de desumanização no parto. Até que sou interrompida pelo vigilante e pela enfermeira, na porta da unidade básica de saúde,

79 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. (Cyntia Sarti, 2006; Suely Deslandes, 2002).

80 Para Foucault, a norma corresponde à construção de um paradigma que embasará a distinção entre o normal e o anormal. Ao anormal, isto é, ao que se situa no oposto da norma, são destinados instrumentos de correção, os quais se pautam, sobretudo, em mecanismos de exclusão. Vale dizer, é preciso excluir para tratar, consertar, normalizar a anormalidade do indivíduo. Tais procedimentos normalizadores objetivam a transformação dos sujeitos em corpos dóceis, o que é demasiado interessante às pretensões de governamentalidade dos indivíduos. (Michel Foucault, 2010)

solicitando minha presença. Seus olhos assustados prontamente me levaram ao corredor no interior do serviço. A voz deles era baixa e temerosa: “Tem uma mulher chorando com um facão desse tamanho (o vigilante abre bem os braços) dizendo que vai matar alguém aqui dentro. A gente chama a brigada ou atende?”

A gente chama a brigada militar ou a gente atende? Esse era o momento de escolha. Importante pontuar que provavelmente se o sujeito fosse um homem outras medidas seriam tomadas, pois os marcadores sociais vão produzindo valorações que dependem do olhar do interlocutor, dos processos de subjetivação que podem reconhecer ou não o que é declarado pelo sujeito com sofrimento. Investe-se, nesse momento, em pontuar os caminhos desse itinerário para que mais além, nesse capítulo, possamos percorrer os destinos da dor dos homens no hospital de trauma:

“Ela deve estar desesperada para ter chegado desse modo”, eu digo. (Aqui poderiam solicitar a brigada militar sem pestanejar, mas resolveram chamar a psicóloga, que foi autorizada a ser a tradutora da ação, enquanto expressão de sofrimento e não de periculosidade).

“Pede para ela deixar a faca contigo para podermos conversar com ela”, digo ao vigilante. No contexto dessa unidade básica de saúde brincávamos que os vigilantes, que se revezavam por turnos, eram os primeiros profissionais que acolhiam os usuários de saúde. Eles ouviam histórias, demandas de saúde que nem sempre os sujeitos conseguiam revelar entre quatro paredes e eram uma referência amistosa para os sujeitos da região que às vezes iam para a frente do serviço apenas para conversar com eles. Nesse contexto, profissionais que atuam na área de segurança, puderam exercer um papel como mediadores entre equipe de saúde e usuários de saúde. Reconhecidos como parte da equipe de trabalho, participavam das oficinas de educação permanente sobre o acolhimento em saúde. De fato, foi o vigilante que fez a primeira acolhida da usuária de saúde que prontamente entregou a faca quando orientada sobre a necessidade de ser escutada.

Continuo: “Seria bom um outro profissional para atender junto comigo. De preferência um homem.” Aqui reiterou-se um jugo moral de que a figura masculina é requerida como proteção; um respingo da possível periculosidade que o sujeito poderia carregar por ser negra,

ex presidiária, da periferia? Retomando: o corpo-pesquisadora está entregue para os leitores enquanto dispositivo analítico em meio ao campo de experimentações.

Um técnico de enfermagem se colocou à disposição para a atenção compartilhada. Coincidentemente o reencontrei no campo de pesquisa trabalhando no hospital de trauma. Essa foi uma história com um “final feliz” em meio a tantas tragédias. O irmão, matador de aluguel, tentou alvejá-la em frente aos filhos e lhe deu uma ordem de despejo de três dias para sair do terreno da família. Com muitas dificuldades da rede de proteção social, incluindo o Conselho Tutelar se eximindo de qualquer encaminhamento, “pois as crianças não estavam em risco”, conseguimos o apoio do companheiro dela e da rede social de seu trabalho, bem como da secretaria dos direitos humanos do município.

Alguns usuários de saúde no hospital de trauma serão os que sentem dor, outros apenas incomodam e há aqueles que são vistos como um perigo em potencial. O que se percebe são as fronteiras (comumente indistinguíveis) entre medicalização e criminalização, através de ações de saúde e segurança pública. Em meio a tantas demandas cotidianas nas práticas de atenção em saúde, algumas expressões de sofrimento são um tornado, quebrando a aparente serenidade. O caminho pode ser acolher, escutar. Ou conter: medicar, vigiar, punir⁸¹.

5.1 Acolher a dor, escutar a dor

O homem sangra as mãos na parede. Uma batida atrás da outra. Nada contém seu desespero, ele ecoa pelo hospital (HPS). Como conter alguém que perdeu a própria filha de seis anos? Dessa vez não poderia ser o vigilante com sua força, nem a psiquiatria; nem pela Psicologia (por não estar nos plantões aos finais de semana).

Nem medicamentos, nem contenção física, os modos mais operantes para conter o sofrimento no hospital de trauma. A profissional de saúde do serviço social é chamada para

⁸¹ Vigiar, punir. Mecanismos de poder que serão apenas brevemente inscritos nesse capítulo para serem absorvidos no segundo bloco dessa tese, pois não há nada mais próprio para a segurança pública no hospital de trauma do que a possibilidade de exercitar a efetividade de dispositivos de vigilância, de captura e controle da população perigosa ; por vezes da punição (que leva sujeitos silenciados por ela para o hospital).

cessar a dor que já se alastrou pelos corredores da emergência e paralisou a todos. Usuários de saúde, médicos, vigilantes. Como fazer parar, como conter, como acolher o sofrimento, a profissional se questionou. Seguindo sua intuição, foi se aproximando devagarinho até que fez um pedido ao pai:

-Por favor, me dá um abraço? Eu preciso do teu abraço!

O pai então encontra dois braços estendidos em sua direção para que então pudesse chorar.

Dor intensa é um dos avaliadores na classificação de risco do HPS, o que faz com que casos clínicos mais graves sejam atendidos primeiro. “Por isso chegam tantas causas clínicas.” Quando é avaliado que a dor é intensa, a classificação de risco pode ser laranja ou amarela. Uma das gestoras do HPS refere que mesmo que os sintomas não sejam graves como uma luxação no ombro, por exemplo, “classificam o paciente no mínimo como amarela” (gestora).

Vários aspectos podem interferir na avaliação da dor e o enfermeiro deve estar atento a eles, como idade, percepção se a dor está aumentando, experiência prévia de dor, influências culturais, ansiedade, comprometimento das atividades de vida diária e sinais clínicos de dor. No entanto, é necessário testar a dor do outro. Pode ser só fingimento. Para isso a técnica de enfermagem da SAMU me mostra duas técnicas: uma é passar uma caneta sobre a unha com força. Outra é empurrar com a mão uma parte do peito.

Existem muitas dúvidas sobre a verificação do sofrimento. “Água, água, água, água”. Para um dos técnicos de enfermagem pedir água o tempo todo pode ser abstinência. “Não pode ser só sede?”, perguntei. O profissional não soube responder. Sede ou abstinência, não seria de todo modo habitar um deserto em ambos os casos?

Na tentativa de humanizar o cuidado em saúde nas urgências e emergências o Ministério da Saúde, (Brasil, 2009), lançou a cartilha sobre Acolhimento e Classificação de Risco nas Urgências. De acordo com essa cartilha, o acolhimento com Classificação de Risco se coloca como guia orientador para a atenção e gestão na urgência, já que a não-distinção de riscos ou graus de sofrimento faz com que alguns casos se agravem na fila, ocorrendo às vezes até a morte de pessoas pelo não-atendimento no tempo adequado. “O acolhimento diferencia-se da triagem, pois acolher se constitui numa ação de inclusão que não se esgota

na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos.” (BRASIL,2009, p.09)

No entanto, acolher, como pressupõem, é um desafio antes moral, isso porque os jogos de discursos do cuidado e suas escolhas terapêuticas que passam das tecnologias leves, às leve-duras e duras⁸² não devem ser lidos como mera acepção positiva de zelo e precaução, mas em sua concepção limítrofe do que escapa ou o que foge às diagramações de ser cuidável, do que é o cuidado e do que é ser cuidador.

“Mas a dor só é reconhecida quando há sangue, tiro, ferida, carne queimada, aberta. A dimensão do sofrimento psíquico emocional não é. Inclusive há uma culpabilização dos pacientes que chegam por tentativa de suicídio, por exemplo. É como se estivessem tirando o lugar de alguém”, diz um dos psiquiatras com mais de 20 anos de trabalho no hospital de trauma. “Se o cara que incomoda é agressivo, ameaça a gente, ele de algum modo é visto. Se ele está quietinho é um bom paciente, não dá trabalho a ninguém, não querem saber se está sofrendo ou não.” (médico psiquiatra)

A medida da dor é a violência naturalizada no hospital de trauma. Sônia Maluf (2005), afirma que os poderes públicos se ausentam como interlocutores, obrigando os atingidos a recolherem a própria dor na esfera do íntimo e do privado. Agem como se o confinamento da violência, e com ela a reclusão e o emudecimento, fossem seu único lugar aceitável e possível. Porém, a ‘dor’ também pode falar expressar vivamente uma história, assim como o ‘sofrimento’ pode calar ou apresentar-se sem linguagem.

Seguidamente observava pessoas chorando na sala de espera da emergência no HPS. No início da pesquisa de campo, os profissionais de saúde na emergência do hospital me levavam a conversar com os usuários de saúde que haviam sofrido alguma agressão. Um dos usuários de saúde chorava, literalmente, lágrimas de sangue. Fui apresentada a esse senhor,

82 Para Emerson Merhy (2006), as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais. A adoção das tecnologias leves no trabalho em saúde perpassa os processos de acolhimento, vínculo e atenção integral como gerenciadores das ações de saúde. A humanização do atendimento como tecnologia leve é uma forma de gerenciamento do trabalho nas relações, enquanto a atenção integral é tida como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado. Esta tem como ações a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação da saúde e a humanização do atendimento.

trazido por uma ambulância de um dos municípios do interior do estado. Ele aguardava o cirurgião plástico fazer a sutura em seu olho. “Mas o que mais me dói mais não é o olho, é minha alma.” Acompanhado da esposa e ambos vestindo um casaco de alguma igreja evangélica, ele conta sobre seu filho que usa crack e lhe deu um soco após uma discussão em que foi trancado para o lado de fora de casa. Fala sobre o que é amar um filho “dar tudo o que pode e ser ameaçado de morte.”

Nesses momentos algum procedimento deve ser realizado, como se fosse a escuta um não fazer. Precisamos ver por dentro com contraste? Tirar um raio x e por uma tala na alma? O que fazer? Pergunto sobre a rede de apoio deles. Eles dizem que há familiares na igreja interessados em iniciar de um grupo de apoio, “talvez seja a hora de começarmos?”, se questiona o pai, que acha triste o fato de tirar da rua tantos “jovens drogados”, um projeto de sua igreja, mas não consegue ajudar o próprio filho.

De um lado sangue, outro, lágrimas. “Com medo, o que fazer?”, ele me pergunta. Internação compulsória? Expulsar de casa? Ir na polícia, fazer um boletim de ocorrência? A possibilidade de acessar o plantão policial do hospital foi fortemente cogitada pelo casal. Reiterando: seguidamente, quem experiencia a violência interpessoal, busca nos operadores da segurança pública, nem sempre a justiça ou a vingança (quando a justiça se torna miragem). Por vezes quer apenas um porto seguro, um modo de dar destino ao que parece irresolúvel. Única saída não apenas para os usuários de saúde mas também para os profissionais de saúde, quando parece ser o único espaço “de proteção” às ameaças de morte destinadas a homens que retornarão do lugar de violência de onde vieram.

“Às vezes esse sujeito que passou pelo serviço chega com muita dor, ele vem com raiva, com ressentimento. As pessoas vão tratar os problemas físicos dele, mas aqui é provavelmente o único lugar que ele vai ter para poder falar sobre a situação de violência que ele viveu, para ser escutado”, diz o policial civil que trabalha há muitos anos no plantão policial do hospital. Ele sabe que a maioria dos colegas de profissão se posicionam de “maneira inadequada”, pois ele acredita que o trabalho do policial civil no hospital é de escuta para além do inquérito.

O profissional, na ocasião, me convidou para observar seu atendimento (que levou cerca de 20 minutos) no plantão policial do hospital. Um senhor com o braço enfaixado

esperava por ele para fazer o boletim de atendimento contra o filho do patrão. O senhor dizia “Você vê, eu tô indo trabalhar e o filho dele discute e vem pra cima de mim. Como é que posso trabalhar assim. E eles ainda me mandaram embora, eu preciso receber pelo dia.”, diz o senhor. O policial escuta com tranquilidade, sem pressa no que ele tinha a dizer: “exato, se o senhor trabalhou precisa receber.” Ele fica bastante tempo “pegando o depoimento” do homem. “Você quer apenas fazer o boletim ou que vá para o juiz”, ele pergunta. Depois me explica que o que vai para o juiz é um modo simples de perguntar se ele quer abrir um processo contra a pessoa. O senhor diz que sim, que está com medo de não receber pelo trabalho. O homem tinha uma fala de difícil compreensão para mim. No entanto, ao final do atendimento tive a oportunidade de ler o depoimento. O policial pareceu entender perfeitamente a situação e a descrição na fala cortada do sujeito.

Depois que o senhor foi embora com a cópia de seu boletim de ocorrência, o policial civil conta que ao passo que considera a escuta como um meio necessário de acolher a dor pela violência sofrida, é necessário investigar no sistema se o sujeito possui um mandado de prisão. Se há, no mesmo momento é detido pelo profissional, que o algema até que chegue um volante da polícia civil que faça a escolta para o destino prisional a cargo de agentes da Susepe: “Se aquele senhor tivesse que ser detido, eu faria.”

Era confuso observar o profissional com tantos sinais que poderia nomear como de uma escuta empática (corpo voltado para a frente do usuário de saúde, olhos atentos mas não o suficiente para parecerem inquisitórias, voz suave, devolução dos sentimentos e angústias verbalizados) e, ao mesmo tempo, aquele que poderia fazer a passagem de um usuário de saúde com dor para o destino do encarceramento. Eu questionei várias vezes sobre como seria para ele ter que algemar, como os homens detidos costumavam reagir, se haviam reações violentas contra a ação de algemar alguém. Ele, com o mesmo tom de voz, responde como se eu tivesse perguntado a um médico: e como é para você quando precisa suturar um coração, como é para você ter que entubar alguém? Tranquilo.

Outro operador da segurança pública que percebe seu trabalho como de acolhimento é o vigia do Hospital Cristo Redentor. Diferente do vigilante do Hospital Pronto Socorro, profissional esse terceirizado que fica nas três entradas do HPS, munido de arma, colete a prova de balas e *walk talk* (rádio transmissor), no Hospital Cristo Redentor, o vigia é

profissional concursado, ele traça um paletó preto com o logo da instituição, munido apenas de um “*walk talk*”. O trabalho de segurança armada, ficaria então para os vigilantes do Cristo Redentor, aí sim terceirizados e fortemente armados (com fuzis na mão) que ficam em frente às duas saídas, na parte externa do Cristo Redentor.

O vigia que foi encontrado no interior da emergência de saúde do Hospital Cristo Redentor, junto ao profissional da portaria, conta que a incumbência primeira de sua função é cuidar do patrimônio do hospital, no entanto, os vigias são fundamentais para fazer o convencimento e tranquilização do paciente: “Às vezes os pacientes ficam mais agressivos por esperar demais pelos cuidados. Imagina um homem todo cagado nas calças sem trocar a fralda há três horas. Um cara de 30 anos. É difícil. O cara sai de si. Aí eu tenho que ir para mediar a situação.” O que é descrito como uma contenção pelos profissionais da vigilância do HPS, é nomeado aqui como mediação pelos profissionais vigias do Cristo Redentor. “Minha arma tá aqui”, e aponta para a cabeça. “Minha arma é a capacidade de mediação.”

“Temos que aguentar algumas ofensas e maus tratos verbais para saber encaminhar as coisas sem atrapalhar. Temos que fazer o serviço ficar mais tranquilo e não mais agitado.” Enquanto concursados, os vigias tiveram acesso à legislação sobre os direitos dos usuários de saúde como o estatuto do idoso, da população negra entre outras. “É comum eu ter que informar os direitos dos pacientes ao profissional de saúde. Olha, ele tem direito sim, está no estatuto do idoso.”

Enquanto os vigias do Cristo Redentor são seguidamente solicitados na emergência e enfermarias do hospital para acolher os pacientes agressivos pela conversa e convencimento, os vigilantes do HPS reiteram a postura imponente, até mesmo aos familiares, quando se encerra o horário de visitas. A coordenadora da enfermagem de um dos plantões da UTI prefere que os(as) residentes ou a secretária da unidade avisem os familiares.

Em uma das minhas visitas à UTI do HPS, observei a inserção da secretária como mensageira, informando que a visita havia acabado enquanto um dos vigilantes era dispensado da função. Para a enfermeira chefe de plantão, é necessária uma dose homeopática de firmeza e suavidade para que o familiar respeite a hora de ir embora sem deixar de se sentir acolhido pela equipe. “Com os vigilantes não dá, sempre dispensei dessa função. Alguns costumam ser muito ríspidos, grosseiros”, diz uma das enfermeiras chefe do

plantão conhecida por agradecer os familiares pela importância da visita para a recuperação do paciente.

Todavia, veremos que os vigilantes do HPS são comumente solicitados em situações que poucas vezes a psicologia é chamada: pacientes rebeldes/agressivos ou definidos como em surto. Em 25 anos de atuação profissional, uma das médicas do HPS costumava atender usuários de saúde que se negavam a serem medicados ou suturados. “Eu nunca fui agredida, por muitos anos não teve o segurança então eu me acostumei a fazer o convencimento. Tem que dar o tempo da pessoa, conversar, tentar tranquilizar.”

Uma das psicólogas concursadas afirma que “todos sabem o papel da psicologia, que é atender casos clínicos e não conter essas situações. Quando somos chamadas, elas conversam com a equipe sobre essas situações, de como lidar com os pacientes.” Também “que a contenção física é necessária em muitos casos, ela também pode ser um cuidado a pessoa em surto”. Na Jornada de Residência Multiprofissional do HPS, a psicóloga residente salienta na mesa de debate sobre humanização do cuidado. “Sempre esclarecemos sobre qual a função da psicologia dentro do hospital, que é acolher os pacientes que precisam de uma escuta, mesmo assim todos os dias é preciso conversar sobre isso, pois há muitos profissionais que não sabem o que faz um psicólogo.”

No mesmo evento outra psicóloga residente profere uma palestra sobre “Comunicação de más notícias”⁸³ salienta ao público heterogêneo do hospital nas palavras de Rebecca Bebb (2005, p.13): “A comunicação é parte do tratamento do paciente e ficar conversando com ele, muitas vezes, é o próprio remédio.”

“Não se pode pensar na ação profissional sem levar em conta a importância do processo comunicativo nela inserido. A escrita, a fala, as expressões faciais, a audição e o tato são formas de comunicação plenamente utilizadas. A função do profissional de saúde é decifrar e perceber o significado da mensagem que o paciente envia, para só então estabelecer um plano de cuidado adequado e coerente com as suas necessidades. Para tanto é preciso ficar atento aos sinais de comunicação verbal e comunicação não-verbal emitidos por ele e por você durante a internação(...) A comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os pacientes. (...) Já ficou comprovado que comumente, os profissionais de saúde não comunicam o que o paciente tem, não

83 Para os interessados nessa temática recomendamos o livro de Ana Pitta (1990), “Dor e morte como ofício”.

explicam de maneira que se entenda, além do próprio mutismo de muitos profissionais.” (Rebecca Bebb, 2005, p.13 e 14)

No necessário fazer viver dos homens criminalizados, o respeito pelo preso, assim como o respeito pelo paciente, é um valor que produz uma aproximação ideal, um “cuidado” ao preso/paciente ao passo que evita a comunicação que escape ao protocolo. Banho, curativo, diagnóstico, cirurgia, vigília. Além dos procedimentos de cada função, nada que beire à imprevisibilidade, que exponha a outras trocas relacionais, nada que mobilize outros olhares sobre masculinidades que já estão dadas como perigosas em algum sentido. Assim o trabalho parece ficar mais fácil. Está dado quem é ele e o que devemos fazer.

“Atendi esses dias um rapaz que veio do presídio para cá. Parecia uma peneira, tive que pedir para o *brigadiano* tirar as algemas dele para ver as costas.” (Na sala de descanso da emergência do HPS, a enfermeira que executa a classificação de risco dos usuários de saúde na entrada do hospital, conta à colega da enfermagem a situação que vivenciou. Narrativa que fora estimulada pela pesquisadora que em meio a entradas e saídas de profissionais de saúde para um rápido cafezinho e lanche na sala de descanso se apresentava, de vez em quando, quem era ela e o que gostaria de fazer.)

- Mas tu não pode fazer isso. (A voz da colega de enfermagem era de repreensão à atitude da colega.) - Tu tá te arriscando, não faz mais isso, é perigoso.

- Mas ele era bonzinho, era calmo. Ele apanhou injustamente na prisão. Ele contou a história dele para mim e o policial confirmou que ele entrou na briga ao acaso. As costas cheias de bala de borracha, eu ouvi algo como doze (12).

- Doze é tiro de fuzil.

-Doze de borracha, acho. Foi tiro de borracha que a polícia deu para acabar com a briga deles.

- Eu não quero nem saber o nome. Mas eles sempre me respeitaram muito quando trabalhava no Hospital Vila Nova⁸⁴. Eu também não mostrava os dentes. Muitos me diziam:

84 Atualmente o Hospital Vila Nova conta com cerca de 50 leitos divididos em celas por grupos de facções (Balas na Cara, Anti Balas na Cara e outras facções).

“Dona se me respeitam eu respeito; eu respeito a senhora.” Eles só querem respeito. Mas teve profissional que apanhou, porque elas eram muito nariz empinado, não olhavam pra cara do cara, mal chegavam perto e discutiam, tratavam mal.

A médica com mais de 20 anos de hospital de emergência, escutava tudo com seu cafezinho na mão:

- Eu nunca tive problemas. Já vi muito mais mulher agressiva, fazendo escândalo, xingando mais do que homem. Os homens escoltados pela polícia são uns queridos, uma carinha de menino, assim. (E faz uma cara declaradamente inocente). Eles são muito respeitosos, muito tranquilos.

Respeito. A chave que permite “mocinhos” e “bandidos” a ocuparem o mesmo espaço físico, sem que seja em meio à lama, escondidos sorrateiramente atrás de casas, ou por grades que os separam muito bem. A rajadas de pólvora e o fio metálico afiado onde estão? Depois de tudo, as correntes também ficarão escondidas em tornozelos por baixo de lençóis brancos; os avisos estampados dizem que é necessário silêncio.

É comedido esse respeito. Respeito de outro tipo, momentâneo, tão exibido, você pode conhecer no pé do garoto em meio a lama. O tênis Nike lhe retira de uma *havaianas*. Num reconhecimento perigosamente viciante. É preciso ser mais que um chinelo para viver. Mas quando o hospital lhe despir, o que restará em seu pé sob a mente de outros?

Felipe, também era outro adolescente de 15 anos internado pela violência urbana, alvejado pela polícia militar ao ser confundido com um traficante. “Vai ser assim pra sempre?”, ele perguntava à psicóloga enquanto via entre uma troca de colostomia e outra, as fezes saindo pelo seu abdômen. A escuta do sofrimento pela violência sofrida é fornecida apenas à crianças e adolescentes pela psicologia e pela psiquiatria, esta última, conforme o requerimento (antes reconhecimento do trauma) pelos profissionais de saúde.

A pesquisa de Richard Grey (2005), revela que quando as vítimas de violência urbana deixam o hospital, a maioria retorna para comunidades onde se sentem especialmente vulneráveis. Muitos são deficientes físicos ou emocionalmente traumatizados. No entanto, sabe-se pouco sobre o significado da violência para esses homens ou como a experiência da lesão remodelou suas vidas. Como eles tentam reconstruir sua segurança após uma lesão?

Como eles respondem ao trauma? Como as drogas e o álcool se encaixam no ciclo de violência das vítimas?

O contexto é americano, no entanto, o índice de encarceramento similar ao do Brasil e a discriminação racial que territorializa desigualdades mostra a relevância das pesquisas de John Rich; Courtney Grey (2005), aos homens que acessaram a emergência de saúde ao sofrerem agravos em saúde por conflitos violentos. Como o trauma não costuma ser percebido como tal nesses casos, raramente os homens são encaminhados para serviços de saúde mental após o ataque. No entanto, a maioria dos entrevistados fechava critérios para Transtorno de Estress Pós-Traumático. Os participantes referem ter pesadelos e flashbacks em semanas após os ferimentos. Se a mente esconde a tristeza, o corpo mostra.

Eles chamam de *acting out*. O uso de drogas e estar sempre armado são saídas comumente encontradas diante do sentimento de estar sempre exposto a violência. O que gera esse sofrimento não é algo apenas da dimensão da experiência, mas de uma possibilidade real, confirmada pela alta reincidência de casos de internação desses sujeitos pelos mesmos motivos que os levaram à internação. Questões também presentes nas pesquisas de William Affleck, Victoria Carmichael, Rob Whitley, (2018) e Sarah Shelmerdine (2017).

A banalização da violência torna-se assim uma tentativa de assimilá-la e de não esmorecer diante de outros. “Só tenho a agradecer, eles foram ótimos, poderiam ter me matado, eu cheguei no tiroteio só para defender um amigo da facção rival”, diz o jovem escoltado por um policial militar à médica da emergência do hospital.

Reprovações são constantes de homem pra homem. Como os colegas da Susepe, criticando o sofrimento emocional e a busca por ajuda de outro colega. Todos sofrem, mas é preciso fingir muito bem em coletivo. Assim que se bebe “a cachaça” que é o trabalho na segurança pública.

Noções dominantes de masculinidade (como teimosia e autoconfiança) produzem a culpabilização de homens que sofrem algum modo de violência. Isso pode desviar a atenção dos determinantes sociais, bem como questões dentro do sistema de saúde mental, em alegações de que é “feminilizada” e não responde às necessidades dos homens. (William Affleck, Victoria Carmichael, Rob Whitley, 2018)

“Se o policial civil erra mais de 100 tiros no exame que é feito de tempos em tempos vai para psicóloga e pode ser remanejado para o trabalho burocrático, se avaliarem que ele não tem condições psíquicas”. Ou seja, há uma ausência de espaços de confiança e segurança. “This could be perceived (by themselves and others) as “unmanly” and a sign of weakness. (William Affleck, Victoria Carmichael, Rob Whitley, 2018, p. 03)

5.2 Mediar a dor pelas drogas

Morfina, cerveja, crack, dipirona. “É um trabalho tão difícil que toda vez que chego em casa preciso pelo menos tomar uma latinha de cerveja” (profissional de saúde). Ou fumar, prática comum no hospital de trauma. Segundo um dos médicos psiquiatras que trabalha há 25 anos no HPS, é uma das estratégias para aplacar as angústias vividas no cotidiano.

Mas usuários de saúde não podem fumar. Nem beber, nem usar qualquer outra substância além das prescritas pela medicina. Um dos técnicos de enfermagem da equipe classificada pelo GHC como Tigre, narra de maneira cômica quando um homem internado tentou esfaqueá-lo com uma faca de plástico ao não permitirem que ele fumasse. Tigres não têm medo, mas usuários de crack causam angústias até mesmo para essa equipe que precisa manejar como proceder com a entrada de drogas no hospital trazida pelos familiares⁸⁵, quando o “interno foge e retorna depois do uso da substância, ou quando ameaçam ou mesmo agredem o profissional de saúde. Como lidar com as crises de abstinências?

Por sugestão da gerência administrativa do Hospital Cristo Redentor, a imersão de campo iniciou em duas enfermarias de internação, pela necessidade de uma escuta às dificuldades no relacionamento com usuários de saúde e com familiares no “problema da abstinência e do uso de drogas”.

De todo modo, em ambos os hospitais, o sofrimento pela abstinência pelo uso de drogas que foram usadas fora do hospital e a dor pelo agravamento em saúde se fundem dentro do hospital. As escolhas terapêuticas pelos profissionais são múltiplas e as justificativas passam

⁸⁵ Pertinente ressaltar que no Hospital Cristo Redentor os pertences dos familiares não são revistados. Diferente do HPS, a comida nesse hospital de trauma é permitida nas visitas.

e se fundem entre o moral e o técnico acerca dos homens que chegam por violência urbana com problemas de abstinência por uso de drogas.

Os profissionais buscam estratégias que acreditam ser mais ou menos adequadas de acordo com suas leituras sobre acolher a dor dos homens. O acesso e manejo das medicações é a mais comum. Uma das incumbências da medicina é a prescrição medicamentosa, e essa geralmente vem com um limiar de dose em aberto, o “se necessário”. Mas a decisão do médico não é o destino final, ela antes é o início das escolhas ou não escolhas terapêuticas, em uma rede de relações de poder em que os profissionais da enfermagem, em especial os técnicos de enfermagem, se utilizarão de técnicas (incluindo a dimensão moral implícita nelas) e de um traquejo, que não é próprio daqueles que vivenciam o tornar-se médico(a).

Segundo uma técnica de enfermagem do HPS, a morfina pode ser administrada de 4 em 4 horas, por exemplo, de 3 a 4 mg. Mas sempre existe o que chamam de “resgate”, que seria de 1 em 1 hora mais 1 mg, liberada com a autorização da enfermagem de plantão. Também há outros medicamentos que produzem um efeito anestésico complementar, como Paracetamol mais Tramadol. Então a dose de morfina pode ser aumentada ou diminuída. “Dipirona não pode porque abaixa muito a pressão” (técnico de enfermagem).

Quando a dor é referida por um usuário de saúde tido como “chato”, “agressivo”, “viciado em crack”, outras estratégias podem ser utilizadas. Uma das técnicas de enfermagem em um dos hospitais de trauma, conta-me que não poderia fazer isso, mas às vezes aplica um placebo pois os pacientes buscam pedir muita morfina. Ao invés de dar 4 ml de morfina ela divide em 2 ml diluída em soro e na hora de aplicar deixa “a passagem mais aberta para dar a tonturinha que eles querem.”

Quando os pacientes referem dor é a equipe de enfermagem que irá traduzi-la. Os técnicos de enfermagem da equipe nomeada como Tigre dentro do Cristo Redentor acreditam que a maioria deseja uma substância que os anestesia: “Doutor, me dá morfina, põem de um jeito que bata no coco e afunde na cama.” (téc. de enfermagem lembrando a fala de um usuário de saúde)

Alguns profissionais, incluindo técnicos de enfermagem, médicos, psiquiatria e enfermagem acreditam que não é o momento de tratar a dependência química. As opiniões

são contraditórias e não dependem exatamente do hospital onde são proferidas. Enquanto alguns profissionais acham que os usuários de saúde são medicados em excessos, outros acreditam que usuários de saúde considerados incomodativos são alvo de punição como o profissional de saúde fingir que não escutou o chamado, diminuir medicação para dor, demorar para trocar a fralda.

“Ele enrugava a testa de tanta dor. Quando voltei, ele estava bem belo no telefone: quero tantas branquinhas, tantas não sei o que. Tá certo que o trabalho deles mesmo que ilegal é trabalho e não devemos nos meter, mas o cara estava bem belo enquanto eu ficava preocupado com ele. Demorei um tempinho para medicar.” (técnico de enfermagem)

“Tem uns chatinhos que tu vê que querem a morfina com pouca dor só para ficarem chapados porque tem muita gente que é viciada em drogas e precisa. Eu até dou, mas os muito chatos que sempre com qualquer dorzinha já querem, a gente controla.” (técnico de enfermagem)

O manejo da substância se expande para além de qualquer técnica. Numa das enfermarias, observo um dos usuários de saúde (o referido boy magia) que chegou por violência urbana, andando pelos corredores da internação até que foi interpelado a tomar medicação para dor pela enfermeira. Ele se nega a tomar e vira para a técnica de enfermagem que conversava com ele: “Não preciso mais desse remédio, querem me tocar remédio, eu tô bem, sem dor”. A técnica de enfermagem olha para mim e explica: “Esse aí não tem nenhuma dependência química, por isso que não precisa se entupir de remédio pra dor.”

A interação medicamentosa é antes aquela que ocorre na relação entre profissionais de saúde e usuários de saúde: “Não é simples dar a morfina quando eles querem”, diz a técnica de enfermagem do HPS, que distingue os viciados em drogas por pedirem a morfina injetável, a que “dá barato.” Ela sempre tenta conversar sobre os efeitos colaterais do uso excessivo de morfina com os usuários de saúde. “Às vezes o paciente precisa começar a tomar metadona pois vicia na morfina.” Ela contou sobre a vez em que teve que explicar para um dos jovens internados em leitos de custódia que a morfina em demasia dificulta o funcionamento sensorial, além da perda do apetite e a pessoa começa a ficar com dificuldade de urinar, a morfina em demasia poderia até matar porque ocorre paralisia dos órgãos”.

“O crack antes era droga usada pelas populações pobres e que agora vem de todos os lugares.” Um dos médicos psiquiatras do hospital de trauma explica que tudo que entra rápido sai rápido e seu oposto. Alcoolistas que fazem uso crônico do álcool há muitos anos vão sentir os sintomas depois de 5, 7 dias internados. Já quem usa crack em 2, 3 dias já sofre de sintomas de abstinência. No entanto, ele percebe que o sofrimento causado pela abstinência às drogas não é uma questão que importa para o hospital de trauma e que conseqüentemente os profissionais de saúde não estão dispostos a entender.

Um dos médicos passando pela UTI do HPS observou, em suas experiências profissionais na Espanha e na Inglaterra que o paciente quando sofria de alcoolismo recebia álcool etílico intravenoso ou até mesmo alguma bebida alcoólica como vinho no almoço e na janta. “Os pacientes na Inglaterra quando não contraindicado por outras questões de saúde, podem beber uma quantidade de vinho, pois é comum na Inglaterra beber todos os dias então é importante manter na internação para evitar o sofrimento da abstinência. Além disso, lá existem protocolos de atendimento para pessoas viciadas em crack, como uso de metadona e outros remédios para ajudar na abstinência. Aqui não tem nenhum protocolo para pessoas alcoolistas e que usam crack.”

No entanto esse profissional de saúde acha que é muito necessário amenizar o sofrimento das pessoas. Parte inclusa do processo de cuidado seria como ocorre na Espanha, quando o médico em sua época de residência, observava que o paciente após a internação era encaminhado diretamente para algum serviço de tratamento. “Mas aqui no Brasil, o recurso terapêutico que se tem depende diretamente da avaliação psiquiátrica. Somos muito morais, vivemos numa lógica cristã, por isso não conseguimos diminuir com efetividade o sofrimento da pessoa na internação. Sem falar que não conseguimos encaminhar para nenhum local de tratamento para dependência química⁸⁶ se o paciente quiser.”

Tanto no HPS quando no Hospital Cristo Redentor, o fato de não haver processos de educação permanente sobre a temática bem como uma combinação institucional que permeie modos de reconhecer e acolher a dor do sujeito, fomentam a medicalização da dor para além de seu caráter técnico. O abuso e dependência de substâncias psicoativas é uma

⁸⁶ No segundo bloco dessa tese ilustrarei o caso de um jovem usuário de crack entre duas vias da institucionalização: internação compulsória e a prisão.

tangente de sofrimento que acompanha um corpo que sofre; mais um rompante na vida desses homens produzido pelo agravo em saúde.

Os caminhos são dúbios no cotidiano das relações interpessoais nos equipamentos de saúde em geral. Dubiedade no modo como circulam e agem as substâncias anestésicas no hospital. Elas não raramente funcionam como estímulos de privação e de recompensa, de evitação e contenção, e por vezes, como modo de operacionalizar uma via de apaziguamento do sofrimento traduzido pelo profissional de saúde. Mais do que isso poderia ser as vezes em que a psicologia pode ser solicitada pelo serviço social a acompanhar o usuário de saúde para um possível desejo de encaminhamento para a rede de atendimento de atenção às pessoas que sofrem pelo uso de substâncias psicoativas como crack e álcool, especialmente para o CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial de atenção álcool e outras drogas).

Tratamos nesta seção, sobretudo, da economia moral que movimenta práticas na saúde. Pressupostos de humanização em saúde perdem suas ilusórias fronteiras quando está em jogo o olhar sobre determinadas populações; no caso, o viés reducionista e estigmatizante do cuidado em saúde direcionado aos homens envolvidos em atos violentos. Os modos de perceber os sujeitos, as valorações morais que embasam suas ações também se encontram no eixo relacional entre os (as) profissionais de saúde, com os usuários de saúde, mas também destes(as) com profissionais da segurança pública. Então, como estes profissionais da segurança pública se percebem, como a economia moral que circula entre estes sujeitos produzem correlações com as masculinidades que chegam por agravos produzidos pelos conflitos violentos? Outras questões a serem abordadas adiante, quando a economia moral presente nos dispositivos de segurança pública se materializa nas práticas de operadores da segurança pública que circulam no interior do hospital.

SEGUNDO BLOCO

A segurança pública no hospital de trauma.

Chegou um momento em que você já sabe: essa não é uma tese sobre morte. O sangue da maioria deles ainda corre pelas veias. E jaz o sofrimento coagulado. Hermeticamente fechado.

Se você iniciou sua leitura por aqui, certo de que está no ponto de partida sobre os dispositivos de segurança dentro do hospital de trauma, se equivocou. Se os dispositivos de segurança estatais administram os perigos em relação à vida da população, é necessário que você volte algumas páginas e perceba que a saúde tem se ocupado igualmente com a segurança pública nos modos de recolher o corpo, administrá-lo, docilizá-lo, fazer viver (ou pelo menos sobreviver), conter, tornar produtivo e, se necessário, punir.

Muito além do que nos mostram os clássicos filmes de guerra, em meio aos soldados feridos clamando por socorro, o lugar de passagem é perfeito para identificar o inimigo e mantê-lo sob a mira até o recobrar de suas forças. A segurança pública parece fagocitar o hospital às suas pretensões. Outro ledô engano. A relação entre saúde e segurança pública é consensual, há vantagens para ambos. Se é casamento? Bom, não há registro de união estável, nem fotos ou testemunhas. Se ninguém perguntar nada se saberá. Mas quem mora na casa sabe quem manda no que. Apenas um casamento tão forte o é mesmo sem formalidades, onde os contratos são implícitos, de casais antigos cheios de cacoetes e discussões registradas pelos olhares de quem vive há muito tempo junto.

Como o marido bronco, com seus discretos momentos de suavidade nessa relação heteronormativa⁸⁷, conseguimos perceber em doses homeopáticas, de que o contrário ao

⁸⁷ Ao cuidado, ao que é do privado, cabe ao feminino, enquanto ao masculino é possível dominar o espaço público, conter as forças ameaçadoras pelo embate. Nisso reside o conceito de heteronormatividade que não se refere apenas aos sujeitos legítimos e normalizados; ela se inscreve, sobretudo, como efeito contemporâneo do dispositivo histórico da sexualidade que evidencia seu objetivo: formar a todos para serem heterossexuais ou organizarem suas vidas a partir do modelo supostamente coerente, superior e “natural” (Richard Miskolci, 2009). Como exemplo, tanto no Hospital Cristo Redentor como no Hospital Pronto Socorro, houve rejeição das mulheres como vigias/vigilantes no hospital de trauma pela instituição. Alguns profissionais dessa área, constituídos apenas por homens, relataram essas situações como uma violência institucional produzida sobre as mulheres enquanto tidas como incapazes de ocupar essas posições de trabalho.

que (não) se diz sobre a segurança pública em meio a essas tecnologias de poder, para além de todas as produções de violência que ela mesma cutuca para depois combater, das imposições sobre quaisquer forças de saber-poder (como a medicina), que ela sim, tem sido convocada a cuidar dos sujeitos.

Atenção humanizada⁸⁸? Eles dizem que nunca o farão, que o mais próximo disso é o respeito pelo preso, comumente o respeito pelo medo, sem muita abertura, senão vira “compadre” (agente da SUSEPE). De fato, raramente conseguem algo para além do que percebemos, com suas táticas de gestão da vida, vigília e uma pitada (ou uma panela fervilhante) de castigo. Adendo: as tecnologias de poder⁸⁹ que trago aqui não se reduzem às relações de poder dos corpos de quem as executa e de quem deve acatar (até porque seus efeitos escapam a essa dualidade); antes imperam em uma racionalidade maior que envolve instituições, redes multifacetadas e descompassadas de seus acontecimentos históricos.

É necessário admitir: tantos profissionais quanto usuários de saúde em algum momento irão requisitar como última alçada de cuidado o olhar da segurança pública. Não se tem para onde correr. E não há como prever os efeitos nessa relação de saber-poder entre duas estratégias de governo. Mas se há codependência, por que a necessidade de organizar um segundo bloco?

Questão pragmática: A presença de tecnologias de poder mobilizadas pela segurança pública existe e existirá em serviços de emergência, em especial nos hospitais de trauma. A questão é como podemos, com um vasto⁹⁰ campo etnográfico captar outros campos de possibilidades na atenção em saúde aos homens que chegam nos hospitais. Especialmente

88 “A maioria das estruturas policiais brasileiras segue fortemente comprometida com valores antidemocráticos e com uma formação anti-humanista, características que constituem a ante-sala de práticas violentas e discriminatórias que seguem produzindo indicadores inaceitáveis de mortes de civis, via de regra pobres, negros e jovens apresentados como “suspeitos”. (Marcos Rolim, 2007, p. 13)

89 Para Foucault (2008), *dispositivos de segurança* seriam ações integradas de governo orientadas para a proteção da sociedade frente às condutas desviantes. Buscam apreender o ponto em que as coisas irão se produzir, por isso não envolvem somente instituições como a polícia, mas todas as instituições e funções sociais ramificadas que buscam cumprir os regulamentos e poderes estatais.

90 Digo vasto, no sentido de entender que um território excede sua própria espacialidade. Só conseguimos ampliar, reificar algumas análises empreendidas por outros autores(as), porque antes nos permitimos sair do espaço da emergência de saúde para o restante do hospital de trauma; sair do hospital pensando ele próprio dentro do SAMU; sair para reconhecer mais da segurança pública dentro dos leitos de custódia do Hospital Vila Nova.

para mobilizar as duas políticas públicas em rede. O que elas podem em termos de fazer viver operacionalizadas conjuntamente? No hospital de trauma há fluxos internos, organizados pelas políticas de saúde. Há também fluxos estratégicos e possíveis, táticas da segurança pública imbricadas às ações de saúde.

Nessas alegrias e desentendimentos meteremos a colher, apresentando nesse segundo bloco o universo das masculinidades armadas (em ressentimento) do lado de cá e seus artefatos de poder (a produção de masculinidades criminalizadas nomeadas como Tigre, chinelo e bandido para o lado de lá, até que voltem, refletidas nos aparatos da segurança). Seguimos, assim, divididos em três partes indissociáveis pelo circuito da segurança pública. São eles: A) O território: A rede de atenção em saúde ao traumatizado começa pela SAMU, mas não é ela que oferta o primeiro olhar sobre os homens em situações extremas no território. Loucura e crime são objetos da Brigada Militar antes que a vida possa se esvair ou ser retomada nos braços da SAMU. B) A entrada: Uma profusão de masculinidades circula pelo hospital. Alguns permanecem, outros entram e rapidamente retornam aos seus postos de comando. Vigilantes, polícia civil, brigada militar são personagens que produzem efeitos no cotidiano do serviço de saúde enquanto as facções criminosas se tornam entidades ameaçadoras. É quando os profissionais de saúde lembram dos profissionais da segurança e os requisitam de distintos modos. C) O dentro: Há um fluxo que contém a brigada militar e, especialmente a Susepe, na escolta aos que antes de pacientes serão presos. Acorrentados ao leito de custódia, esperam, literalmente, a sentença. Existiria inferno sem o purgatório?

É necessário deglutir, ao longo desse segundo bloco, os fluxos da segurança pública quando articulados à saúde. Um gole de café preto em térmicas institucionalizadas pode ajudar. Falando em bloco, no centro da cidade, uma grande estrutura abriga a Secretaria de Segurança do Estado do Rio Grande do Sul e foi ela que inspirou a escolha pelo nome dessa introdução:

“Eu sou agente da Susepe há muitos anos e estudante de Direito e nunca li nada a respeito da história da saúde na segurança pública no espaço do hospital de trauma. Acho que tu deveria ir para lá nesse prédio fazer tua pesquisa. Lá fica a Polícia Civil, a Susepe, a Brigada Militar, o IGP, o Corpo de Bombeiros Militar, mas ninguém, ninguém se fala. É burocraticamente mal articulada, temos duas polícias no Brasil⁹¹,

91 “O Brasil possui uma estrutura básica de policiamento formada por duas polícias em cada estado; uma de natureza civil, de caráter judiciário, a quem compete as tarefas de investigação criminal; outra de caráter militar, a quem se atribuiu a missão do policiamento ostensivo. A este núcleo de policiamento, soma-se a Polícia Federal, órgão subordinado ao Ministério da Justiça, que realiza ações de natureza investigatória em crimes federais. Mais

mas não se conversam. Aí tem gente que diz que tem que acabar com os PM (polícia militar), uns acreditam que com a polícia civil. Mas não é acabar, é pensar como vai ser feito, pois cada uma faz algo específico.”(agente da Susepe)

Não espere menos do que uma névoa de mistério que borra a relação entre essas distintas assunções de ser polícia. Bloco por bloco, se fossem tempos de crianças derrubaríamos todos os *Legos* e começaríamos tudo de novo. Agora nem mármore na parede são capazes de esconder a segurança pública como a política pública mais requisitada, ao passo que a mais ininteligível, na arena de adultos que minimamente sabem do que estão falando (porque aos que aderiram ao discurso da segurança neoliberal, ela é muito bem delimitada como a salvadora):

“Sim, nossa segurança pública segue um modelo cartorário, anacrônico, inquisitorial e que preza mais a forma do que o conteúdo, mais a manutenção de um modelo investigatório que reproduz a estrutura de casa grande x senzala⁹² (oficiais x praças nos ambientes militares e delegados x investigadores nos ambientes civis) e que não chega a lugar nenhum, além de perpetuar a noção de desigualdade social que nos é característica” (policial civil)

Na ordem democrática, os discursos de democratização e de defesa dos direitos humanos provocaram fraturas num modelo de ordem social até então hegemônico. Mas, diferentemente do que ocorreu na economia e em outras áreas de política social, a transição democrática não propiciou reformas mais profundas nas polícias, na justiça criminal e nas prisões. Não há consenso de que a referência moral do sistema penal seja a defesa da vida, como estabelecido na Constituição Brasileiro de 1988. (Renato Sérgio de Lima, et. al, 2015) Desde a década de 1980, e especialmente nos países latinos americanos, submetidos a lógicas

recentemente, os municípios têm constituído Guardas Municipais que, na maioria das vezes, têm sido concebidas como polícias ostensivas, de caráter civil. O conjunto das organizações que atuam na área da segurança incorpora, ainda, Corpos de Bombeiros – em alguns estados subordinados às Polícias Militares, em outros já como instituições independentes, de caráter civil. Cada estado possui, também, um órgão técnico responsável pela Perícia Criminal – alguns ainda subordinados às Polícias Cíveis, outros já como instituições independentes (como no RS). Cada polícia estadual é, conceitualmente, uma polícia pela metade porque ou investiga ou realiza as tarefas de policiamento ostensivo. Uma delas efetua prisões, a outra colhe provas; uma patrulha, a outra recebe as denúncias, etc. É evidente que, na atividade prática de policiamento, tais divisões de responsabilidade quase nunca são observadas.” (Marcos Rolim, 2007, p.12)

92 Casa-Grande & Senzala (2002) é um livro do sociólogo brasileiro Gilberto Freyre publicado em 1933. Freyre apresenta a importância da casa-grande na formação sociocultural brasileira, assim como a da senzala na complementação da primeira. Além disso, Casa-Grande & Senzala enfatiza a formação da sociedade brasileira no contexto da miscigenação entre os brancos, principalmente portugueses, dos escravos negros das várias nações africanas e dos diferentes povos indígenas que habitavam o Brasil, o livro, cabe ressaltar, é muito criticado, pois teria uma influência na construção da ideologia da democracia racial brasileira.

de globalização, se dissemina pelo mundo ocidental uma “gestão da segurança pública pornográfica”, com a finalidade de ser exibida para “alimentar os fantasmas de ordem do eleitorado, reafirmar a autoridade do Estado com uma mímica viril e estabelecer a prisão como a última fortaleza contra as desordens”. (Loic Wacquant, 2003, P. 182).

A linha que separa o vagabundo do trabalhador é limítrofe (Helen Santos; Henrique Nardi, 2018), e a produção de criminalidade é parte inexorável de um estado penal no contexto neoliberal o qual retroalimenta-se em políticas e práticas diversas, considerada especialmente as de caráter punitivo-terapêuticas no contexto dessa pesquisa. Pelo aparato do Estado, este corpo é institucionalizado pela marca da criminalização nas políticas públicas variadas, quando não produzida a sua morte física como destino final.

Mas morte para a segurança pública não é bem vista, não é bem quista, não é estratégica. Primeiramente, é necessário afastar os potencialmente perigosos dos jornais, dos caixas eletrônicos, da bolsa das senhoras e das carteiras dos rapazes. Estratégias de policiamento ostensivo⁹³ e vigilância que lhes afastem do reflexo dos vidros dos automóveis e das vitrines grã-finas.

Esse é um problema que já havia de ser superado pela cidade. Enquanto isso esconda-os dentro de um pote vazio de margarina. O dispositivo da segurança vai salvar a todos. Ele vem para salvar antes mesmo que a saúde o faça em suas intercambialidades. O dispositivo da segurança pública é um polvo que tapa o sol de parte da cidade e estende seus múltiplos tentáculos sobre ela. Quantos? Deixe-me contar.... saúde, educação, assistência social... Importante é não os deixar sozinhos, é necessário vigiar e tentar discipliná-los. E aumente o preço da passagem do transporte (não) público. É necessário não sair do que restou no pote de manteiga da família Dorigana.

A pobreza do Estado Social, no neoliberalismo, necessita da grandeza do Estado Penal. E isso é mais forte quanto mais o Estado se livra de qualquer responsabilidade social e tolera, ao mesmo tempo, um elevado nível de pobreza e uma pronunciada ampliação da escala de desigualdades. O acesso à assistência social e à justiça criminal são, assim, animados por uma

93 A atividade da polícia militar consiste, resumidamente, em fiscalizar comportamentos e atividades, regular ou manter a ordem pública, reprimindo crimes, contravenções, infrações de trânsito e zelando pelo respeito dos indivíduos à legislação. Essa operacionalização se utiliza da vigília constante, que também inclui o uso de câmeras e outras tecnologias de prevenção e detecção do crime.

mesma filosofia punitiva e paternalista que enfatiza a responsabilidade individual do cliente tratado a maneira de um sujeito, em contraposição aos direitos e obrigações do cidadão. (Loic Wacquant, 2013; Joel Birman, 2012)

No entanto, a esposa, com seus delicados ouvidos, secretamente, sabe muito bem que o mundo dos homens possui regras de convivência pública cada vez mais severas e dúbias: “Será ele um cavalheiro justo, ou um homem levado pelas paixões, que atira pelas costas⁹⁴?” “Mas o que seria de mim se ele não existisse para me proteger de tudo isso?” É assim com os profissionais e gestores de saúde em relação à segurança pública. Eles possuem ciência do fluxo contínuo de homens internados pela ação direta e violenta da polícia (especialmente, a militar); não raramente homens criminalizados sem que tenham cometido qualquer ato ilícito. Porém, pode ser fonte de angústia, reconhecer o bandido que há no mocinho. Essas identidades antagônicas, são como Batman e Coringa, dois lados da mesma moeda. “Se não for isso, onde estarão nossos heróis em meio a tanta violência?” Deixe quieto então.

Em uma das múltiplas estratégias de segurança a qual chamarei de “fazer morrer travestido de deixar morrer”, o estado de exceção suspende o ordenamento jurídico, mas não desdenha desse ordenamento, ao contrário, compõe com ele a própria lógica da exceção. Originalmente, o soberano fazia isso ancorado em uma ordem jurídica que continha essa possibilidade. Nesse caso, a norma pressupunha a possibilidade de sua própria suspensão. Embora não explicitamente, essa fórmula permanece atual, já que *“o estado de exceção representa a inclusão e a captura de um espaço que não está fora nem dentro, numa relação de dentro/fora, de inclusão/exclusão, de anomia/nomos.”* (Giorgio Agamben, 2003, P. 56)

A reconfiguração da soberania nas democracias modernas propiciou a indistinção entre exceção e normalidade. Se o poder soberano tende a desaparecer, enquanto possibilidade do soberano de decidir sobre o estado de exceção, *“não é só a exceção como exceção que desaparece, mas também, a norma como norma, ou seja, exceção e norma tornam-se uma e a mesma coisa, na imanência de um único plano”*. Essa indistinção entre

94 A maioria das corporações policiais continua a utilizar do registro de “auto de resistência” ou “resistência seguida de morte” nos homicídios praticados por seus policiais, o que supõem “exclusão de ilicitude”. Segundo o artigo 23 do Código Penal, não existe crime se o agente o prática em estado de necessidade, em legítima defesa ou em estrito cumprimento de dever legal (Renato Sérgio de Lima, 2015)

exceção e norma⁹⁵, seria uma característica do poder político no mundo contemporâneo (Agamben, 2015).

Intervenção penal e disciplina também fazem parte da economia do castigo. As instituições modernas pedem que os corpos sejam individualizados segundo os seus escopos, e também para o adestramento, a observação e o controle. A disciplina que excede a organização do hospital, para o modo como a segurança pública se utiliza dessa territorialidade, permite executar as diferenciações da economia geral do poder. As práticas sobre os sujeitos implicados no processo de pesquisa, indicam a existência de sistemas de segurança e correção atuais (que emergiram depois do século XVII), e da disciplina que não dispensa os sistemas de segurança. Estes vêm até hoje e não anulam os outros dois. Os códigos e leis se inflam com novas regras. Sendo assim, os mecanismos de disciplina também se intensificam, há mais vigilância, classificação, busca pela patologia atrás do comportamento. Lei, disciplina e segurança se compõem em séries. (Inês Araújo, 2009)

O caráter de austeridade no dispositivo de segurança atravessa o campo das masculinidades dentro das comunidades que vivem a pauperização econômica e social. De maneira mais branda, o poder soberano, no presente campo etnográfico, será analisado, por um lado, enquanto humilhação pública social e/ou no cerceamento de acesso aos direitos do corpo ferido destinado ao encarceramento. Em seu extremo, mas não necessariamente sem a exposição do culpado, a execução, situação que seria alheia aos ouvidos da pesquisadora, se não fossem as narrativas sobre os sobreviventes que chegam aos serviços hospitalares.

95 "Para Foucault, a norma corresponde à construção de um paradigma que embasará a distinção entre o normal e o anormal. É preciso excluir para tratar, consertar, normalizar a anormalidade do indivíduo." (Marcos Alvarez, 2008, p. 15)

6. JUSTICEIROS E ACOMPANHANTES: NO TERRITÓRIO DOS HOMENS FERIDOS POR ATOS VIOLENTOS.

Ambulâncias, antes da implantação da emergência no chamado Postão da Vila Cruzeiro no município de Porto Alegre (atualmente Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul ⁹⁶/ PACS), tinham como uma das atribuições fazer o traslado e primeiros socorros a todos tipos de casos graves de saúde, de homens jovens baleados a gestantes em trabalho de parto. A chamada era diária e a técnica de enfermagem junto com o motorista seguiam seu rumo: “Era dessa vez uma gestante que havia “dado à luz” sozinha, sem ninguém em casa para ajudá-la.”

Ela lembra do nascimento dele: 17 de julho de 1986. Era mais uma casa de madeira, era mais uma casa numa área sem saneamento básico, chão batido num inverno úmido e rigoroso. A porta destrancada revelava o cheiro de urina e sujeira que invadia o corpo de quem entrasse. Na penumbra de uma sala escura, ela avista uma mulher, que surge em meio à sala, deixando lentamente uma linha fina de sangue no chão, o que sobrou do cordão umbilical ligado a ela. Caminhando cabisbaixa, sem direção, nem palavras. “E o bebê, onde está!?”. Não há resposta. Olhou pelos cômodos da casa, onde roupas, louças, restos de comida confundiam seus olhos velozes. Nada.

Para nos fundos da casa, segue os pés na terra enlameada do pátio até uma casinha de madeira. Dentro dela um banheiro de latrina. Dentro dela um fosso fundo. Fétido e escuro viviam ali há muitas estações.

- Meu deus, que horror! ela grita.

Bracinhos e perninhas, já arroxeados (“cianóticos”, ela me diz), em meio a fezes borbulhando, movimentam-se pedindo por socorro, buscando sair dali e respirar o ar que lhe sobra. O buraco é fundo, muito fundo. Era preciso derrubar a latrina de madeira para destruir o fosso. Era preciso agir tão rápido quanto um bebê prestes a renascer. “Meu deus, tira essa

96 Estabelecimento de saúde da Rede de Atenção às Urgências de complexidade intermediária entre a Atenção Básica à Saúde e a Rede Hospitalar, funcionando de modo ininterrupto nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos.

criança daqui!”, a técnica de enfermagem agora gritava para o policial militar que recém havia chegado às pressas. Imóvel, enauseado. Ninguém lhe ensinou a enfrentar essa violência:

- “Mas como? Não tem como”.

- “O senhor não vai fazer nada seu sargento!? Vou dar parte do senhor. Precisamos derrubar isso aqui! Vamos, me ajuda!

(.....) O tempo fica suspenso.

- “Vamos, me ajuda a derrubar essa merda!”

Foi preciso alguns chutes de um homem agora tão frágil e uma mulher desesperada dando ordens. Tiraram o bebê ainda com vida, enrolado num chambre puído; o primeiro pano avistado. O policial leva a mãe para o hospital e com ela a única vizinha que aceitou acompanhá-la. Perder um filho jovem com câncer a deixou mais sensível para a mulher gestante que todos desprezavam na comunidade por ser alcoolista, “drogada” e ter um filho adolescente considerado o bandido mais impertinente do bairro.

Enquanto isso o motorista da ambulância corre com a profissional de saúde. Ela e bebê estavam cobertos de excrementos. Enquanto decidiam qual hospital daria vantagem na luta pela vida, percebeu, olhando entre pele e fezes, que essa conexão que liga recém-nascido e mãe fora cortada com os dentes. Misericórdia!!!

Santa Casa da Misericórdia. Técnica de enfermagem e bebê iam adentrando hospital adentro. No fim do mundo, as pessoas se afastavam por onde eles passassem. É preciso correr contra eles. Abandonar elevadores, despovoar corredores. É insuportável, impossível...

E isso era tudo o que ela sabia sobre salvar uma vida. O menino amparado em seus braços, no meio do chão, o branco das paredes só silêncio. Tudo o que se pode enquanto se espera por outro alguém com suas luvas, máscara, avental e outros aparatos. Imagino quem o menino se tornou e o que pode estar sendo. Seria um dos meninos que já encontrei embaixo de pontes, dentro de prédios antigos, nos abrigos do estado, na escola, no hospital? Seria Laércio, seria Paulo? Poderia ser um deles... Poderia ser você?

Eu me lembro bem dessa história. Lembro-me dela ao ser narrada ao meu pai nos meus 6 anos de idade. Minha mãe até hoje comenta sobre suas histórias vividas entre o ano de 1976

e 1992 no Pronto Atendimento da Cruzeiro do Sul e da medalha de menção honrosa prometida que ela nunca recebera.

Na cidade, os serviços de pronto atendimento possuem conexão direta com os hospitais de trauma. A primeira entrevistada desse estudo, narra que antes da emergência do SUS, a ambulância, própria do “Postão da Cruzeiro” (que hoje é o PACS), seguido encaminhava seus pacientes ao HPS, pois não existia sala de sutura com médicos especialistas, nem raio x, nem UTI, nem trabalhadores vigilantes suficientes. “A ambulância era tudo na vida das pessoas”, assim como a brigada militar, que fazia corpo dentro das comunidades como solicitante ou solicitada. Ou quando haviam brigas que os vigilantes não conseguiam conter. Brigas de família, entre gangues de tráfico, brigas de honra. O “brigadiano” portava a arma e com ela a imponência para abafar as tensões que vinham da Vila Cruzeiro.

Estamos agora em 2018 e os vigilantes do HPS, mesmo portando armas que por lei não podem usar⁹⁷, precisam dos policiais militares assim como esses precisam almoçar algumas vezes no hospital; é quando os vigilantes prontamente levam os convidados ao buffet dos funcionários. E todos eles, no hospital, nos meios de comunicação, no ambiente acadêmico, assim como a senhora no supermercado proferem em voz alta para mim: a violência está aumentando. Os vigilantes do hospital e os porteiros narram histórias sobre os distintos serviços de saúde ao longo de sua carreira. Quanto mais próxima a emergência ou pronto atendimento⁹⁸ do território periférico, mais intimamente a violência é reconhecida como problemática social no processo de trabalho. Em dias de brigas de gangues é comum trancarem as portas do serviço no Pronto Atendimento da Cruzeiro (PACS). “Aconteceu esses dias, me conta o vigilante, de um colega meu lá ter a arma roubada.” Em nova tentativa, outro colega “*mais esperto*” conseguiu impedir dando um tiro na perna do assaltante. Até o porteiro

97 “*Nós nem podemos usar essas armas, nossa empresa terceirizada não nos permite, é arriscado usar ela em meio aos pacientes.*” (vigilante hospital de trauma)

98 “*Urgência e Emergência são situações clínicas que requerem atendimento médico imediato, por implicarem risco potencial ou iminente de vida, ou sofrimento intenso, conforme Resolução CFM 1451/95. O Pronto Atendimento se destina aos casos clínicos menos complexos, devendo ter resolutividade quanto aos mesmos e presteza e eficácia no encaminhamento dos casos mais graves.*” Disponível em: <http://www.cremec.com.br/pareceres/2001/par1401.htm>.

precisava tomar remédios para dormir quando trabalhava em outro pronto atendimento (no bairro Bom Jesus).

“Mas aqui é muito melhor, até porque não é perto da vila, não chega tudo aqui”, conclui o profissional da portaria do HPS. O vigilante adiciona: “Aqui também não há tanta chance de resgate ou execução como acontece no Hospital Cristo Redentor. Porque uma das saídas é pela Oswaldo Aranha, outra pela Venâncio Aires. São ruas muito movimentadas, é fácil de eles serem pegos em perseguições com a polícia. Já o Hospital Cristo Redentor é do lado da Bom Jesus, na boca da Vila, por isso é que acho que acontece mais violência lá, é fácil de fugir e se esconder.”

Poderíamos começar por aqui. Pela entrada. Só que não seria justo com a proposta da tese, rechaçar o fato de que há muito, muito tempo, a segurança pública vem estabelecendo o primeiro atendimento aos homens envolvidos em agressões interpessoais no território da rua. Em 1898 o HPS nasceu ao lado do primeiro posto policial ou o primeiro posto policial nasceu ao lado do HPS? Nem as/os pesquisadoras/es conseguem provar com certeza quem veio primeiro. O ovo ou a galinha? Olho para esse abismo com um fundo cintilante dizendo-me para fazer uso do recurso genealógico⁹⁹ e problematizar a história dessas relações. Não prometo me atirar agora (uma corda para voltar, por favor). Mas que temos ótimas pistas, temos.

“As origens do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS) iniciam em 1898 quando, na administração do Intendente José Montauray de Aguiar Leitão e com a concepção médica e direção do médico Luis Nogueira Flores, inaugura-se no dia 16 de maio daquele ano a Assistência Pública Municipal. Localizou-se inicialmente no Paço Municipal (Prefeitura Velha), avenida Montevideú s/nº, onde ocupava parte do andar térreo com entrada pela porta lateral esquerda, junto ao Primeiro Posto Policial. Para as necessidades da época, o serviço era completo, dispondo de todo o instrumental necessário para suturas, talas para fraturas, perdas de sangue, drenagens, bem como veículos de transporte com tração animal além de médicos e

99 Para Foucault (2007), a genealogia, constitui um saber histórico que privilegia os saberes locais e singulares normalmente considerados ilegítimos. Busca entender como os saberes e práticas que compõem o sujeito do presente foram construídos, o estranhamento do que foi naturalizado. A ferramenta de pesquisa da genealogia possibilita a ruptura dicotômica entre concepção e execução dos profissionais de saúde. O papel da genealogia conforme Joan Scott (1998), é registrar sua história: a história das morais, ou a história sobre os dispositivos de poder de como a segurança pública no território da emergência de saúde. É preciso que diferentes apreensões da vida apareçam e deem sentido no palco do processo histórico.

atendentes capacitados para o atendimento de urgência. Este serviço foi o primeiro do gênero no Brasil.” (Site HPS¹⁰⁰, 2018)

Por tratar-se de serviço de urgência e primeiros socorros, a assistência pública municipal era descentralizada, *“preservando a característica de proximidade aos postos policiais assim distribuídos: primeiro posto na Prefeitura, segundo posto na Azenha, terceiro posto na Cristovão Colombo e quarto posto na Pereira Franco.”* A assistência pública, a partir de 1925, passa a ser centralizada, no governo Otávio Rocha. Bem como hoje, eram serviços gratuitos, mas se restringiam ao primeiro atendimento sendo após transferidos os pacientes para outros hospitais. (Marion Nunes, 1994)

Os serviços prestados pela Assistência Municipal eram como até hoje no HPS, gratuitos, mas se restringiam ao primeiro atendimento, sendo após, transferidos para outros hospitais da cidade que apesar de seu amplo espaço físico, não tinham aparelhamento nem pessoal treinado para urgências e emergências. Este fato fazia com que pacientes, médicos e enfermeiros se desvinculassem rapidamente das pessoas por eles atendidas. Este fato levou o médico Bruno Atílio Marsiaj, então diretor da Assistência Pública Municipal (1939), a propor ao Prefeito José Loureiro da Silva, a criação de um hospital que juntasse o atendimento, o ensino e a produção científica. Desta iniciativa nasceu o Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre inaugurado em 19 de abril de 1944. (Marion Nunes, 1994)

Mas antes disso, e talvez como preâmbulo da necessidade de investir em um amplo hospital especializado em atender as situações extremas, a Assistência Pública em 1941 prestou socorro no que foi, de longe, a maior calamidade natural que castigou a capital gaúcha e seus arredores, então com menos de 3 milhões de habitantes. As obras do Hospital Pronto Socorro tiveram que parar.

“A enchente de 1941 foi violenta. Uma grande lancha nos carregava para fazer os atendimentos. Havia muitas pessoas com crises nervosas, os familiares se assustavam e logo nos chamavam. Era uma grande dificuldade o atendimento em função da água, mas se atendia.” (Rui Rosário¹⁰¹, pediatra do HPS)

100 Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=175

101 NUNES, Marion Kruse (ORG.) O pronto socorro e seus personagens. Porto Alegre: EU Editora, 1994.



Imagem: ambulância abandonada. (Rafael Guimarães, 2013)

“As chuvas iniciaram em abril e se estenderam por mais de três semanas, deixando 25 mil quilômetros quadrados do Estado submersos. Dezenas de cidades ficaram isoladas, faltaram alimentos, energia e água potável e praticamente todos os meios de transporte terrestre pararam. O auge da cheia, a "quinta-feira negra", aconteceu a 8 de maio, quando o nível do Guaíba passou dos 4,70 metros no cais do porto de Porto Alegre.” Disponível em: <http://conselheirox.blogspot.com/2006/07/enchente-de-1941-o-rio-grande-sob-as.html>



Imagem: Correio do Povo, 7 de outubro de 1941.

Figura importante nesse processo, foi de Plínio Brasil Milano, advogado e delegado de polícia brasileiro, atuante em Porto Alegre, capital gaúcha, que organizou a primeira ação de defesa civil durante a enchente de 1941 em Porto Alegre. “Com seus homens, salvou centenas de vidas e evitou saques nas casas alagadas, além de distribuir agasalhos e alimentos”, informa o site da Polícia Civil. O poder público municipal, em reconhecimento aos relevantes serviços prestados, deu seu nome a uma importante avenida do 4º distrito e designou-o Patrono da

Polícia Civil, através da Lei nº 7.829, de 29 de novembro de 1983. (Correio do Povo¹⁰², 02 de março de 2014) “Uma reunião no Palácio Piratini criou uma força tarefa comandada pelo intendente Loureiro da Silva, o comandante da Brigada Militar, Ângelo Mello, o chefe de Polícia Aurélio de Lyra PY.” (Rafael Guimarães, 2013, p. 37)



Imagem: soldado ajuda o resgate de populações atingidas na enchente. (Rafael Guimarães, 2013)

Antes a ambulância, agora SAMU¹⁰³. Antes e agora o soldado da Brigada Militar¹⁰⁴. A última notícia, publicada em 20 de novembro de 2018 na Zero Hora, mostra o Secretário de Segurança Pública do Rio Grande do Sul, Cezar Schirmer, anunciar que o Executivo pretende

102 Disponível em: <http://www.correiodopovo.com.br/Noticias/524568/Ladros-tentam-roubar-busto-de-dentro-do-Palacio-da-Policia>

103 Os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel, denominados Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), e acionados por telefonia de discagem rápida (número 192), foram normatizados no Brasil a partir de 2004 pelo decreto presidencial nº 5.055, de 27 de abril de 2004. Caracterizam-se por prestar socorro às pessoas em situações de agravos urgentes, nas cenas em que esses agravos ocorrem, garantindo atendimento precoce, adequado ao ambiente pré-hospitalar e ao acesso ao Sistema de Saúde. O SAMU possui uma central de regulação de urgência e emergência composta por médicos reguladores atende toda a demanda do sistema telefônico e define uma hipótese diagnóstica e a complexidade, assim como a prioridade do atendimento, podendo ser fornecida apenas uma orientação médica ou, se necessário, um recurso mais complexo, liberando-se as diferentes viaturas - suporte básico ou suporte avançado.

104 A Brigada Militar oficialmente considera sua data de criação em 18 de novembro de 1837, sendo que à época a instituição tinha o nome de Força Policial, extinguindo a Guarda Cívica. A partir de 1968, a Brigada Militar passou a executar, com exclusividade, as atribuições de policiamento ostensivo. O texto Constitucional de 1988 atribuiu à Corporação as atividades de Polícia Ostensiva, de preservação da ordem pública, de prevenção e combate a incêndio, de busca e salvamento e de defesa civil.

unificar os telefones de emergência no Rio Grande do Sul. O objetivo é manter apenas um número para Polícia Civil, Bombeiros e Brigada Militar, para facilitar o atendimento à população já no mês dezembro deste ano. “Mas não podemos definir ainda porque queremos estender a medida para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).” Schirmer ressaltou que depende da aceitação da gestão da saúde e de outros ajustes para a escolha do número. Por enquanto, o mais cogitado é o 190 da Brigada Militar¹⁰⁵, pelo fato de ser o mais conhecido e mais usado devido à demanda de emergências que envolvam a corporação. “Gostaríamos que o SAMU estivesse junto como é nos Estados Unidos¹⁰⁶, Canadá e em toda comunidade europeia”. (Rodrigo Ziebell, 2018)

Em outra reportagem do jornal (11/07/2018) o coordenador do Sistema de Segurança Integrado com os Municípios do Rio Grande do Sul (SIM/RS), tenente-coronel Alexandre Aragon, afirma que a central unificada permitirá uma melhor distribuição de equipes, agilizando o atendimento à ocorrência. “A população acaba ligando para vários números, o que resulta no deslocamento de diversas equipes para o mesmo lugar, sem necessidade. O contrário também acontece, quando é preciso que SAMU, Brigada Militar e Polícia Civil estejam no local da ocorrência, por exemplo, mas o cidadão não sabe para qual número ligar”, lembrou.

Minha imersão no SAMU começa em conversa com o gestor municipal dos serviços de urgências e emergências do município. Em abril de 2018, através do auxílio do Comitê Internacional da Cruz Vermelha e participação direta do SAMU, foi sendo investida a discussão sobre o protocolo de segurança; estratégias para diminuir o risco de vida dos profissionais de saúde chamado de *Acesso mais seguro*¹⁰⁷, já realizada no Rio de Janeiro¹⁰⁸ e que no município

105 O setor 190 tem como função o gerenciamento do efetivo empregado no policiamento ostensivo, centralização do recebimentos das chamadas, tanto da população como da própria brigada, e controle do despacho das viaturas.

106 Nos Estados Unidos houve unificação de todos telefones de emergência incluindo a saúde móvel após tragédia do 11 de setembro; a queda das Torres Gêmeas (World Trade Center).

107 Entrei em contato com a Cruz Vermelha Brasileira para entender mais sobre o Acesso mais Seguro. Esse seria um atalho que se houvesse mais tempo para percorrer buscaria entender melhor como essa e outras ferramentas podem qualificar o modo como operadores da segurança e da saúde lidam com situações conflituosas. Um dos gestores diz que não seria voltado aos profissionais de segurança pública pois “eles não tem função social.”

108 O Programa Acesso Mais Seguro (AMS) é uma metodologia que pode ajudar instituições como os serviços de Saúde, Educação e Assistência Social e os seus profissionais a reduzirem e mitigarem os riscos que podem correr em contextos

de Porto Alegre encontra-se implantado em mais de 50 % da atenção básica, no Pronto Atendimento da Bom Jesus e no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul – PACS. Ademais, o protocolo tem a intenção de diminuir esses acionamentos. “Com o passar do tempo e a mudança do perfil dos nossos atendimentos (principalmente dos pacientes psiquiátricos e vítimas de violência), temos acionado a BM com bastante frequência – inclusive desnecessariamente. Estes atendimentos são mais demorados, pois um serviço depende do outro e, infelizmente, isso nunca é rápido.” (gestor do SAMU)

Uma das minhas entradas poderia ser na participação desses espaços de discussão sobre o protocolo, no entanto, não houve retorno, por parte da gestão municipal à minha participação no processo. Ao final da construção desse capítulo (dezembro de 2018), descobri com o gestor do município que, principalmente devido às greves dos servidores do SAMU e pelo contingente de profissionais insuficiente, o processo de *Acesso mais seguro* não pôde ainda ser construído. Aproveitei a ocasião e questionei se haveria algum modo de participação da BM na construção do protocolo. Segundo o gestor municipal de serviços de urgências e emergências, a construção será restrita aos gestores e profissionais do SAMU.

Já nos fundos do HPS, dois profissionais de saúde do SAMU (técnica de enfermagem e motorista) passam durante um bom tempo de seu descanso me contando sobre as muitas chamadas no Walk Talk. Salvar vidas é uma aventura. Tive a oportunidade de provar sensação ao fazer o curso de primeiros socorros no dia em que fui conhecer uma das gestoras do SAMU/RS. Aprender a massagem cardíaca é voltar ao batimento de criança no mundo arritmico dos adultos. Não é à toa que a técnica e o motorista me mostravam com orgulho toda a aparelhagem do serviço móvel e mais tarde se abraçavam e riam de tantas histórias; quando tudo poderia ter dado errado, eles conseguiam, graças a velocidade e destreza, saber que um dia poderiam ver o paciente “andando vivo por aí” (técnica de enfermagem). “Lembra

delicados e inseguros. O Acesso Mais Seguro propõe uma série de ações e medidas para preparar e responder aos desafios e prioridades específicos do contexto, a partir da avaliação permanente de risco e do estabelecimento de medidas e procedimentos que reduzam esses riscos no seu dia a dia. Trabalha três aspectos principais: Amenizar riscos incidentes de segurança; proteger equipes dos serviços públicos essenciais, limitar consequências da violência armada. <https://www.icrc.org/pt/document/o-programa-acesso-mais-seguro>

André daquela vez? Tu dirigiu muito rápido. Vamos seguir ou vamos pro HPS? Pro HPS. Quando chegou aqui o paciente teve outra parada, mas conseguiram salvar ele.”

Foram esses profissionais que me incentivaram a buscar a gestão do SAMU. Passando um dia de imersão na sede municipal do SAMU, onde ocorre a regulação no município de Porto Alegre, pude perceber que o casamento entre saúde e segurança pública é frio e distante, mas permanente. Essa indispensabilidade, com suas tensões é algo que vale a pena ser pronunciado e refletido.

Ir de encontro ao processo de trabalho do SAMU é conhecer o hospital através da cidade. Na porta de entrada da sede municipal você já encontraria cartazes com o diagnóstico sobre as ações realizadas no mês:

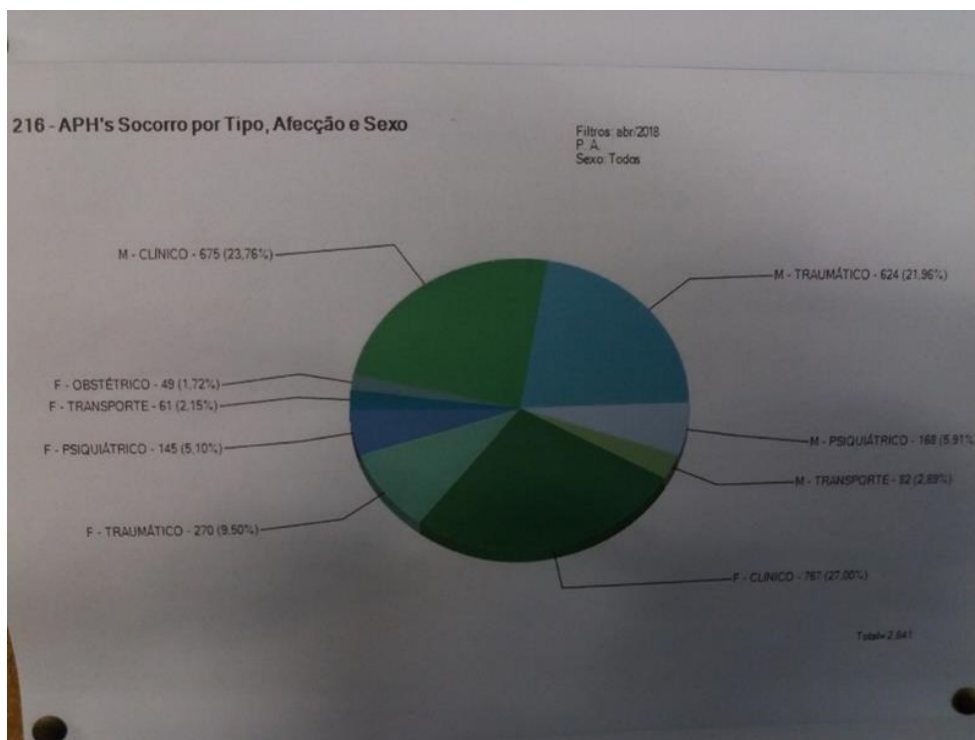


Imagem: Atendimento Pré-Hospitalar e seus motivos no mês de abril de 2018. (Arquivo institucional)

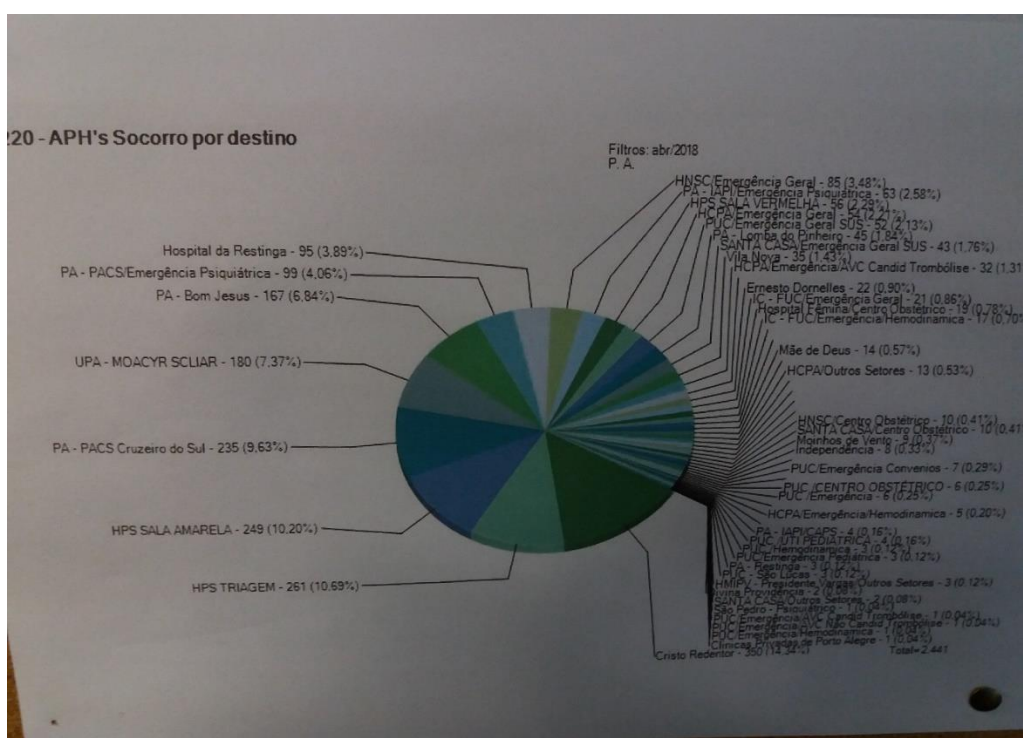


Imagem: Destinos dos Atendimentos Pré-Hospitalares na cidade no mês de abril de 2018 (Arquivo Institucional).

A cidade é recortada de diversos serviços na rede de atenção em saúde de média e alta complexidade. No que diz respeito aos serviços de emergência de saúde, os três destinos principais são: Hospital Pronto Socorro, Hospital Cristo Redentor e Pronto Atendimento PACS Cruzeiro do Sul, serviços esses que temos referenciado muito nas narrativas trazidas. Outro aspecto que chamou atenção é de que aparentemente, os homens parecem demandarem socorro mais por causas clínicas (26,76%) do que por causas externas (21,96%). Todavia, além da diferença irrisória, consideremos que a faixa etária deve ser assinalada. Homens jovens são majoritariamente vítimas desses agravos. No ano de 2017, foram 10.440 pessoas atendidas por trauma 7.417 eram homens e 3.423 eram identificadas como mulheres.

Após passar pela porta e avistar o diagnóstico do processo de trabalho do mês, você não veria quase nenhum trabalhador(a) no prédio de dois andares do SAMU. Era só silêncio num dia de temporal. Os profissionais estariam por diversos pontos da cidade, provavelmente com o corpo molhado da chuva, esperando pela oportunidade do turno do dia para a ida ao banheiro, tendo que carregar o peso das dores nas costas em seus muitos riscos. Um cigarro embaixo de marquises num dia chuvoso parece ajudar.

Esse cotidiano convive há muito tempo com as reclamações da população pela demora na espera pelo atendimento e muita falta de entendimento sobre o trabalho, “ligam até para pedir carona para chegar ao local de consulta”; de outro é pelos próprios hospitais: “Esses dias eu cheguei no HPS e a enfermeira começou a me xingar dizendo que não era para eu ter trazido paciente, que eu já não sabia que estava lotado!? Mas se foi a regulação que pediu para a gente trazer para cá, como vou saber?”

É chamada de *Restrito* o acesso ao HPS, que de 1995 até o ano de 2014 acolhia a Sede do SAMU. Antes do fechamento de 21 leitos, quando a sede do SAMU ficava dentro do próprio HPS, a passagem era livre. Não era necessário propriamente passar pelo aval da regulação pois havia vagas. Ficava no quinto andar, onde hoje fica a direção, informática, saúde mental, atendimento social e plantão policial. “O ruim dessa mudança é que tu não tem convivência diária com a equipe, o coordenador de cada central; o bom é que há uma regulação maior das ambulâncias e isso ajuda o serviço a ser bem distribuído. Antigamente ficavam ambulância paradas, como as que ficavam no Pronto Atendimento da Cruzeiro e da Bom Jesus.” (gestora do SAMU)

A regulação do SAMU decreta o destino final do paciente. Ela fica numa ampla sala branca na nova sede municipal, com mesas enfileiradas, quase formando um círculo e separadas apenas por vidros que sobem apenas um metro de cada mesa, como um biombo. Primeiro a ligação vai para os atendentes que recebem a primeira chamada de um lado. Médicos com seus microfones e computadores atendem as chamadas que serão repassadas e acompanham a disponibilidade de acolhimento dos hospitais. É necessário saber gerenciar com o pouco que se tem. Os telefones tocam rapidamente em seus ouvidos, mas o que escutamos são apenas seus encaminhamentos. Numa das partes dessas mesas ficavam os profissionais que atualizavam na hora o sistema com informações sobre as ambulâncias e os atendimentos realizados pelas equipes.

Uma das telefonistas atende a ligação e já faz sinal para um dos médicos reguladores. A gestora que acolhia minha imersão olha para mim e sinaliza: “vamos ali com ele para acompanhar.” Seguimos o círculo, que sai da telefonista até parar no médico regulador, que atendia as informações do solicitante. Do outro lado da linha, o policial militar pede por socorro em função do estado de saúde de outro veterano da BM. O médico faz curtas

perguntas relativas ao estado de saúde do homem, as circunstâncias do fato de emergência e da situação atual. Ele digita: *ideação suicida*. Como não havia ambulância disponível, e o caso foi avaliado como estabilizado, o médico orienta aos colegas de serviço da BM que fiquem com o policial militar que tentou suicídio em sua residência, até que chegue o SAMU. Ele escreve: *Necessário, sem meios*. Mas poderia ser o *Necessário com meios* ou *Não pertinente*¹⁰⁹ e ainda o *Sem dados para decidir* (quando a solicitação é muito inespecífica, ou quando o solicitante não está com o paciente e não sabe dar informações mais adequadas). “Ano passado foram 8.000 casos de *Necessário e sem meios*.” (gestor SAMU)

Na sala séria e silenciosa da regulação havia três televisores grandes pendurados na parede ao final do círculo. Uma estava desligada em função do temporal; nessa deveriam aparecer os hospitais que estavam restritos à entrada. Em outro televisor, as atualizações sobre a EPTC¹¹⁰, onde apareciam os acidentes de trânsito em tempo e local imediato. Na terceira tela, a novela reprisada da sessão da tarde. Até cerca de 2008, havia um canal de rápido direto e aberto com a Brigada Militar. “Mas isso foi um acordo com a gestão e o Coronel da Brigada da época.” No entanto, o único canal de comunicação em que um aciona o outro é via telefone. Como convidada, entre uma garfada e outra no almoço do SAMU, eu ouvia dessa gestora e da médica que não há protocolo entre eles, depende sempre da gestão para serem feitos alguns acordos. Depende de batalhão para batalhão e profissional para profissional. “Com a EPTC ainda temos este canal direto. A regulação conversa direto por rádio com os agentes de fiscalização (AFT) na rua e com a central deles, além de que todos os agentes de fiscalização passam por treinamento com o SAMU antes de ir para a rua, então esta parceria já é melhor do que com a BM”.

Há reclamações de ambos os lados: a brigada militar reclama da demora do SAMU que reclama da demora da Brigada militar, principalmente em casos de atenção em saúde mental. “Querem a brigada presente até em casos de saúde mental que não são necessários, como crianças em surto. Casos que não tem risco de agressão não teriam necessidade”, (gestora

109 *Necessário sem meios* é quando não há serviço disponível, *necessário com meios* indica que o serviço deve e pode ser ofertado, *não pertinente* é quando não é avaliada como uma situação urgente que necessite do pronto atendimento móvel.

110 A Empresa Pública de Transporte e Circulação é uma empresa que regula e fiscaliza as atividades relacionadas ao trânsito e transportes no município de Porto Alegre. Foi criada pela Lei Municipal 8.133, de 13 de janeiro de 1998, atendendo a uma tendência internacional de municipalização da mobilidade urbana.

SAMU). Cabe à regulação avaliar o que é tido como risco para que se escolha a presença da brigada. “Em casos de agressão, nós solicitamos que a população ligue para a Brigada Militar, mas o médico regulador também o faz.” Ela diz que cada médico da regulação tem atitudes muito diferentes em relação a tomada de decisão, “por isso os policiais às vezes ficam chateados quando os chamam para casos, considerados desnecessários enquanto em outros casos eles se sentem desprotegidos quando solicitam os profissionais de saúde e eles não vem”. (médica)

Se a saúde não liga, a população liga, como o foi, na primeira história desse capítulo. A brigada militar é chamada de um jeito ou outro. De praxe, a viatura policial vai ao local antes da equipe do SAMU em casos de agressão interpessoal, bem como em casos de saúde mental com risco de agressão. Mas não é um encaminhamento simples: a médica e a gestora citam a vez em que um paciente havia sido esfaqueado. Aparentemente o agressor havia ido embora, no entanto ele estava rondando o local. A brigada nessa ocasião não havia sido avisada, pois fora avaliado como não sendo uma situação de risco.

O medo dos profissionais é pronunciado, a filosofia é não arriscar mais vidas. E ninguém melhor do que a brigada militar para saber onde ficam as entradas. O que fazer naquele beco escuro sem saída? Basta dar a ré com fé. E se não permitirem o acesso? Espere que o corpo seja deixado de seus portais às suas esquinas para o SAMU. “A pessoa sofreu o trauma sem que pudéssemos ter mobilizado e feito adequadamente os primeiros procedimentos porque a ambulância não pôde entrar.” (técnica de enfermagem)

O SAMU tem um mapa com partes pontilhadas que vão se ampliando de tempos em tempos. O alfinete espeta o território perigoso e "quem avisa amigo é": a brigada militar possui um conhecimento sobre a cidade e uma estratégia que a saúde necessita em tempos de calamidade (e ela dura há tanto tempo!).

Haveria de ter trégua, o momento em que a cruz marca o vermelho sangue. “Nós somos campo neutro”. A técnica de enfermagem tentava convencer um rapaz muito jovem, armado, a adentrar à Vila Cruzeiro. Isso ocorreu durante o atendimento móvel nos anos 1980, quando a Vila Cruzeiro ainda tinha um portão de entrada por ser pequena demais e o modelo INSS ainda imperava, antes da emergência do SUS. “São pessoas jovens que nem tu e se amanhã for tu ou tua equipe que estiver sangrando, morrendo, como vou salvar? Tem que ter

a ética de não impedir a saúde de atender”. Eram recorrentes as tratativas da técnica de enfermagem com os chefes do tráfico para conseguir entrar com a ambulância do Pronto Atendimento da Cruzeiro. “Mas eu sempre conseguia convencer eles. No final as gangues nunca me proibiram de nada.

A desterritorialização contemporânea aparece, de um lado com os territórios-rede e de outro com os aglomerados de exclusão. Os aglomerados de exclusão, são espaços (ou subespaços) tidos como fora de controle e envoltos em processos de exclusão social e violenta insegurança (desterritorialização extrema ou arrasadora) (Rogério Haesbaert, 2005; 2004).

Nesses contextos, se está cada vez mais exposto ao fio da navalha ou à bala perdida. “Não é bala perdida Helen, é um projétil que encontrou um corpo”, corrige o policial civil entrevistado em seu plantão no hospital. O agente da Susepe, em uma das suas escoltas sabe os números: “Síria teve 21 mil mortos ao ano (em uma guerra), Brasil 61 mil mortos. Não é guerra civil mas é como se fosse. “A Conceição está em guerra e os Balas na Cara querem tomar o resto do território que conquistaram. Viver sob a lógica do tráfico para eles é não poder ir na rua tal porque se você, mesmo sendo trabalhador honesto, mora na tal rua, você é de tal facção.”

“Deus me livre! Esses dias um paciente me perguntou: onde a senhora mora? ... Ah, então a senhora é da facção anti-bala. Eu não sou de facção nenhuma meu filho, eu só moro lá.” (técnica de enfermagem do HPS)

Enquanto a dinâmica dos grupos criminais no interior do PCPA (Presídio Central) tem tido uma expressiva redução da violência, a situação nos bairros do município de Porto Alegre tem transitado entre maior ou menor “desorganização” desde os anos 1990. As “facções”, que mantinham territórios coexistentes e mais ou menos estáveis, situados em substratos espaciais fixos e tradicionais, com a emergência da “facção” Bala na Cara desestabilizou o “mundo do crime” nos últimos anos. A descentralização das operacionalizações no comércio de entorpecentes mudou as configurações de força; antigamente a criminalidade e o domínio eram exercidos muito mais pela simpatia e pelas benesses que os criminosos geravam do que pela força, incluindo-se, aí, a oferta de remédios, a promoção de festas infantis e de demais favores. Porém, a busca pelo controle e pela ampliação de territórios teria trazido consigo consequências específicas. Segundo Marcell Cipriani (2016), os “Bala na Cara”, segundo

depoimentos de seus entrevistados que trabalham no Presídio Central, é a única facção que foi formada fora do Presídio Central.

Como inimigo, em 2016, os Anti-Bala, buscaram um conjunto de territorialidades em comum acordo entre variados grupos criminais, de maior ou menor expressividade, para rechaçarem os Bala na Cara, que aparecem como fator intimidador tanto para “facções” maiores (por ameaçarem sua posição nos negócios de ilícitos do município), quanto para grupos menores e menos expressivos (MARCELI CIPRIANI, 2016), pelo uso da tática do “embolamento forçado” em que a violência, como expressão discursiva, é característica típica.

No entanto, percebe-se na opinião pública e até em alguns estudos, a produção de um terror associado a lógica imperialista dos Bala na Cara (especialmente através da produção discursiva dos operadores da saúde e segurança pública); eles são vistos como os causadores da violência e não como um efeito maior que situa-se em estratégias de poder globais e locais. A lógica da globalização (não apenas do comércio de entorpecentes) ultrapassa toda territorialidade em nome do mercado ou dos “negócios”. Todavia, Antônio Rafael Barbosa, (2012), diz que, ao mesmo tempo, a territorialidade é estratégia também das facções para moderar ou servir de freio à desterritorialização implementada pelo capital (se isto não for efetivado, todo o quadro hierárquico necessário ao seu funcionamento se dissolve).

Essa conjuntura nada tem de paralela ao Estado, antes é imbricada aos poderes estatais. Relevante de refletirmos agora é como essa violência produz novas demandas e desafios na atenção em saúde e como ela convoca o poder da segurança pública a se ocupar de uma cena local em que salvar vidas e o uso da força (em seus sentidos disciplinadores e/ou punitivos) não possuem combinação tática aparente.

Uma médica que trabalhou no Hospital Pronto Socorro (HPS) por quatro anos, já em meados de 2013, relata uma situação em que o SAMU, ao oferecer primeiros socorros a um senhor em um dos bairros pobres de Porto Alegre, declarou, depois de verificado a ausência de sinais vitais, o falecimento ao filho. Esse, chefe de uma facção do tráfico, então direciona o revólver aos paramédicos afirmando que iria matá-los. Como estratégia de sobrevivência, os profissionais de saúde levam o senhor sem vida ao hospital afirmando que poderiam tentar salvá-lo.

Levar pessoas sem sinais vitais para a emergência de saúde, fazendo todos os procedimentos padrões como se ainda estivessem vivas é uma das estratégias atuais adotadas para evitar que trabalhadores do SAMU sofram ameaças ou agressão por parte de familiares em territórios violentos. Resumindo, em distintos momentos gestores e profissionais confirmavam: “O SAMU vive muitas situações de risco. Profissionais levam tiro, a ambulância entra em alguns lugares escoltada pelo tráfico ou nem entram; a pessoa ferida é levada até ela”.

O território que se teme não é desvinculado das sentenças morais. O assaltante “preso” pela própria população por roubo quase é impedido de ser atendido pelo SAMU. Com os profissionais da brigada militar a relação é ainda mais complexa. Uma das técnicas de enfermagem lembra de uma situação em que o policial da brigada impedia que ela atendesse o caso de um jovem capturado por ele por assalto a mão armada: “Tu tens que me deixar atender, sou da saúde. Se quisesse tinha que ter matado ele a pau antes, agora ele tá comigo, é da minha responsabilidade.” O policial parecia com muita raiva do rapaz que foi capturado em confronto. No momento em que o policial pegou a maca, em uma das extremidades, e a técnica de enfermagem pegou em outra, ele a solta de rompante no chão, caindo em cima dos pés da profissional de saúde:

-Olha o que tu fez, me machucou!

- Tu tava segurando?, ele pergunta.

- Claro que tava, ia flutuar por acaso?

“O superior dele veio me pedir desculpas depois, justificou que era um policial jovem, que não entendia muito bem das coisas”, ela conclui. Não raras vezes, algum profissional da BM lança o clássico convite do território à entrada do hospital de trauma: “nem atende esse bandido, deixa morrer”. A resposta dos profissionais de saúde costuma ser similar a resposta da técnica de enfermagem do SAMU: “Se tu queria matar que não tivesse atirado na perna. Agora que ele tá aqui eu que cuido.” O pacto que não vinga. Quer fazer, faça escondido. Fazer morrer travestido de deixar morrer é algo que não cabe aos processos de medicalização nessas circunstâncias. É então que essa relação estremece discretamente. Que mistérios

devem esconder os casais silenciosos, onde os encontros se expressam mais em atos do que em diálogos. Ir ao restaurante juntos e só precisar (ou poder) falar: me passa o Ketchup?

O que eles não entendem é que o código de honra no universo das masculinidades que vivenciam os conflitos violentos (defender a instituição ou a facção acima de tudo) no universo da saúde vira código de ética. É vedado ao médico (Resolução CFM Nº1931/2009):

Art. 1º Causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência.

É vedado ao enfermeiro (RESOLUÇÃO COFEN Nº 564/2017):

Art. 76 Negar assistência de enfermagem em situações de urgência, emergência, epidemia, desastre e catástrofe, desde que não ofereça risco a integridade física do profissional.

Omissão de socorro segundo o código penal brasileiro:

ART. 135 – Deixar de prestar assistência quando possível fazê-lo sem risco pessoal, à criança abandonada e extraviada, ou à pessoa inválida ou ferida, ao desamparo ou em grave e iminente perigo; ou não pedir, nesses casos o socorro da autoridade pública.

Está bem longe de afirmarmos que nos processos de medicalização não transparece vez ou outra uma economia dos castigos direcionada a determinados sujeitos. Ora, tivemos provas na história brasileira, tanto pelo modo como a medicina foi convocada pelos dispositivos de segurança, para co-produzir um tipo de saber-poder que legitimasse a institucionalização dos degenerescentes. E na atualidade dessa tese, a percepção daquelas suaves doses de veneno que o jugo moral provoca nas práticas de atenção em saúde. No entanto, a ética do profissional de saúde, convenhamos, esbarra, mas não com feroz intensidade, como para os operadores da brigada militar, em operações ambíguas entre fazer viver e deixar morrer. Eles são os “acompanhantes” (recolher a dor) dos homens no acesso à saúde, ao passo que “justiceiros” (punir a dor) da cidade em estado de emergência. Poder soberano e gestão da vida se fundem numa tensão entre um princípio de justiça em desacordo com a ordem democrática.

E nem sempre os homens chegarão aos serviços de saúde de emergência acompanhados pelo SAMU. A escolta começa pelos policiais militares do território; os homens ao invés de serem levados primeiramente ao Departamento Médico Legal¹¹¹ para periciamento (falaremos em outro capítulo sobre esse fluxo), deveriam, pelas feridas que carregam ao fim da batalha, ser levados primeiramente aos serviços de saúde. Uma das gestoras de um dos hospitais de trauma ainda lembra do "Sombra". Ela não esquece do codinome desde 1997, ele não esquecia o nome dela: "Eu só quero ser atendido se for pela doutora Amanda". Sombra entrou umas três vezes por ferimento de arma de fogo, sempre escoltado pela brigada militar. "Nessa época em que eu era Residente aqui, houve também o caso de um homem que tinha sido baleado no abdome. Dias depois de darmos alta para ele, o ferimento nem havia fechado, porque naquela época não existia curativo à vácuo, ele já tinha sido preso pela brigada mais uma vez. Ele exigiu aos soldados: "Não posso ir pro presídio sem antes passar na Doutora Amanda e ver essa minha ferida aberta."

A proteção social passa pelo SAMU, mas também é demandada pelo 190, telefone da Brigada Militar. Quantas intersecções entre esses dois operadores teriam de ser descritas a partir do olhar de um(a) pesquisador(a), do que pende para demandas reconhecidas em seu sofrimento e do que sinaliza periculosidade em suas decisões? Márcia Del Corona e Ana Cristina Ostermann (2013) acompanharam a rotina dos profissionais do 190 em uma pesquisa que demonstra o alto grau de estresse a que estão submetidos aqueles que recebem seguido ligações com a frase que originou o título da pesquisa: "*Eu não aguento mais!*". Situações de emergência são remetidas à organização militar; os casos de polícia que serão atendidos pelo 190 devem ser em flagrante, ou seja, que o fato relatado pelo telefone esteja em andamento, esteja na iminência de acontecer, ou que tenha ocorrido dentro de um espaço de tempo que justifique a possibilidade de intervenção policial. No entanto, na vida como ela é, as demandas identificadas pela população, estão longe de serem facilmente bem delimitadas como casos de saúde ou de segurança pública.

111 Departamento Médico Legal, ou DML, por ser, este órgão, vinculado à Secretaria de Estado de Segurança Pública através da Superintendência de Polícia Técnica Científica. As atribuições são as mesmas. Nos IMLs ou DMLs são realizados vários exames de corpo de delito e perícias.

É muito comum famílias contatarem o 190 para a resolução de seus problemas, complicados, desesperadores. Como uma mãe pedindo por socorro: “*Tem que interná esse guri, tem que matá esse guri. Eu por mim matava, ele vai saí morto daqui se ele não saí daqui e interná. Eu não aguento mais! Venham logo para cá e façam alguma coisa!*” (Márcia Del Corona; Ana Cristina Ostermann, 2013, p.186)

Mas não é apenas via telefone que os homens buscam socorro. “Alguns homens ainda buscam ajuda da brigada lá no meu batalhão”, contou-me um jovem soldado da brigada militar. Mas o que eles levam é “pau de ferro”. Um rapaz no qual ele identificou como sendo gay pedia por socorro. Seu colega dizia, “vaza, vaza!”. Nas memórias do soldado, o jovem insistia: “Me ajuda! Não é mentira, eu não tô louco, tem um cara que ia me assaltar agora, ele tá me seguindo. Me escuta!” Então outro soldado sai do batalhão com a barra de ferro até colidir com força nas costas do rapaz. “É comum, Helen, eles também espancaram homens com problemas de saúde mental que pedem ajuda, como a paranóia. E seguido costumam espancar lá dentro, quando não há como lavar flagrante, mas se sabe que o cara é do roubo. Espanca na salinha especial para isso e manda embora.”

Didier Fassin (2013) em seu livro *Enforcing Order*; descreve em sua etnografia com policiais franceses, como se conjuga um processo político, legal e policial que não só legitima como apoia e estimula os agentes a encabeçar policiamentos repressivos, ineficazes e contraproduativos. O ressentimento sobre o papel atribuído a eles é a responsável pelo que se observa no cotidiano do trabalho policial. A frustração também é aliada à ingratidão da população e à ineficácia dos juízes. (Fassin, 2011, p. 297). A tese central é que tais unidades não servem para garantir a manutenção da ordem social, através de rotinas e interações subjetivas; uma economia moral e emocional que passa por humilhação, raiva e vingança.

Na sua função de burocrata do nível da rua (Michael Lipsky, 2010), imagens e retóricas associam o trabalho policial a uma guerra contra inimigos, o que produz neles uma exterioridade desta aversão, tão sociológica quanto moral. Outros fatores são associados, como salários¹¹² reduzidos, com disparidades não apenas entre policiais civis e militares, mas

112 Disponível em: <http://blogs.diariodepernambuco.com.br/segurancapublica/?p=5536>
<https://noticias.terra.com.br/brasil/piso-salarial-pms/>

entre a PM (do soldado ao coronel) e entre os estados do Brasil (o Rio Grande Sul ocupa o vigésimo lugar no piso salarial). Ademais, o risco de vida ao qual os policiais se submetem salienta o efeito perverso da cultura dos resultados (Fassin, 2013).

Nesse processo, como primeiramente reconhecer sofrimento e não periculosidade aos casos de saúde mental? Ora, o objetivo para a criação das polícias militares era garantir a segurança e essa função acabou por aproximar a polícia do louco, pois devido aos sentidos sociais de periculosidade, imprevisibilidade e incurabilidade, a intervenção social sobre o comportamento de determinados sujeitos tinha como base o isolamento e segregação na cadeia, no hospício ou no domicílio. A loucura, assim como outras situações que destoavam no cenário social, consistia em caso de polícia, marcada pelo poder e violência pois o comportamento do louco era considerado socialmente perigoso à manutenção da ordem pública. (Janaína Quinzen Willrich et.al, 2014)

Seja na rua, no hospital ou pela linha telefônica, persistirá, a linha limítrofe que separa os sujeitos numa noção de “salvar vidas” dicotomizada, entre mecanismos de medicalização e de criminalização das vidas matáveis para que se socorra quem realmente importa. Como em um vídeo que foi secretamente disponibilizado a mim:

“ - Meu deus, vai atirar no cara!”, ela exclama para a amiga dentro de seu carro.

O carro é parado pelo trânsito no asfalto da cidade de Porto Alegre. As duas mulheres no carro olham pelo vidro como espectadoras, de um homem completamente nu, branco, correndo e se mexendo rapidamente, rodando e pulando pelo asfalto. O carro toca uma música pop dançante. Mas o homem nu, ao estar desconectado do trânsito que não pode parar, precisa ser contido.

Enquanto o homem gira e faz movimentos repetidos e rápidos com mãos e braços, quatro soldados da brigada apontam seus fuzis para o homem em meio ao asfalto. Seus movimentos parecem inseguros, um armamento em riste enquanto o corpo deles cada vez mais se afasta a qualquer sinal de luta imaginária empreendida pelo homem nu.

Até que um barulho oco ecoa.

- Meu deus, meu deus. Eles atiraram na perna dele?

- Atirou. Ai meu deus, a gente tá aqui. O que a gente faz?

O homem sangra mas sua cadência continua. E vai em direção aos policiais que parecem fugir dele ao se aproximar. Sempre de armas apontadas em sua direção...

- Ai meu deus! O segundo tiro.

O homem para no meio do asfalto e olha para a sua perna e para eles, para perna e para eles... O policial tenta pelas costas dar um cacetada mas num movimento rápido ele se abaixa e segue lutando contra dragões, não há tempo para sentir as duas pernas sangrando.

- Ai meu deus olha aquela perna, socorro!

- Ele pegou uma pedra antes.

O homem solta a pedra e continua a girar e movimentar os braços rapidamente até que um deles chuta o tornozelo e o homem é derrubado.

-Aí gente vocês tão entre mil! Isso...Como são idiotas, não precisavam atirar! Posso ir será? pergunta a motorista à amiga.

- Espera aí que a perna dele tá ali.

- Grande coisa eu passo pelo outro lado. Não quero ficar aqui.

Em meio a cibercultura da violência, há vídeos que revelam (nem sempre em seu estatuto de denúncia) o que se tornaria invisível. Especialmente, revelam detalhes que só são percebidos pela imagem. A suspeita está para a polícia assim como o medo está para a população. Com o fuzil guiado por uma mão tão insegura, não há fardas que escondam o jogo confuso que a segurança pública produz. Eles se afastam do homem nu, eles se aproximam. Os homens estão em público, lhes é conferido que deem algum encaminhamento para os carros que buzina, desse homem que parou o tempo. Mas se na cidade de Porto Alegre as mulheres sem roupa “peladas” que apareciam nos jornais, correndo no asfalto, brancas, bonitas e loucas precisariam de um casaco e um psiquiatra, um homem nu precisa do que? Lhes deem apenas armas e será assim a estratégia resolutiva mais rápida e talvez a única em vista para quem foi criado em canções de guerra verde musgo. Nada disso se pôde ver, sentir e pensar, sobre essa vida que precisa de contenção humanizada que vai para além das ações isoladas dos operadores da saúde.

Mas nem tudo são armas, algumas estão mais para flores nessas relações. O estudo de Janaína Quinzen Willrich, et. al. (2014, p.98), analisa a articulação entre os serviços de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) da região de Alegrete/RS e a Polícia Militar no cuidado à crise em casos de saúde mental. A atuação da Polícia ocorre de forma conjunta com os profissionais do serviço. “Essa articulação entre os distintos atores produz novos sentidos na atenção à crise, de respeito e reconhecimento ao indivíduo em crise como sujeito de direitos”.

“Consideramos que se há necessidade de acionar a Polícia Militar para a contenção de uma crise que se faça isso. Conseguimos um contexto de relação sujeito-sujeito e não como forma de intimidação e a partir disso construímos novos sentidos sociais, nos quais a atuação da Polícia não representa a violência.” Janaína Quinzen Willrich, et. al., 2014, p.101)

A presença da BM significa comumente violência¹¹³ dentro dos territórios periféricos e por isso um dos gestores de saúde sublinha a necessidade de evitar a presença deles em todas situações na qual o SAMU é solicitada. Assim, como os processos de gestão do cuidado às situações de traumas não incluem a segurança pública, ou seja, operacionalizar práticas e espaços em comum através da discussão e atuação combinada, a segurança pública também relega a participação da saúde na construção de medidas de atuação:

“Eu sempre sou a mulher traída, sou a última a saber”. Uma das gestoras da instituição, brincou sobre seu desconhecimento sobre o Decreto nº 54.426, de 20 de dezembro de 2018, que cria os Centros Integrados de Operações e Emergências - CIOPE, e centraliza no telefone 190 as chamadas de emergência no Estado:

Art. 1º - Ficam criados os Centros Integrados de Operações e Emergências - CIOPE, centrais únicas de atendimento, de despacho e de coordenação de ocorrências urgentes ou emergenciais, órgãos de gestão operacional, com atuação regional, conforme Anexo Único deste Decreto.

“Mas Helen, o SAMU não está inserido nesse decreto”, afirma a gestora:

Art. 2º - São membros permanentes do CIOPE:

113 No 10º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, divulgado em 2016, 59% da população brasileira tem medo de sofrer alguma violência por parte dessa polícia. No interior da segurança pública, a polícia militar é a que mais mata e a que mais morre.

- I - Secretaria da Segurança Pública;
- II - Brigada Militar;
- III - Polícia Civil;
- IV - Corpo de Bombeiros Militar;
- V - Instituto-Geral de Perícias; e
- VI - Superintendência dos Serviços Penitenciários.

“Ele não está mesmo nesse Decreto, senão eu saberia,”, diz o coordenador dos serviços de Urgência e emergência da SMS:

Art. 4º -Fica criado Grupo de Trabalho com representantes dos seguintes órgãos:

- I - Secretaria da Segurança Pública;
- II - Casa Militar;
- III - Secretaria da Saúde;
- IV - Secretaria da Fazenda;
- V - Secretaria da Modernização Administrativa e dos Recursos Humanos;
- VI - Secretaria dos Transportes; e
- VII - Secretaria do Ambiente e Desenvolvimento Sustentável.

“O SAMU está incluído sim ao final da CIOP”, afirmou o agente da Susepe que me apresentou a novidade:

§ 1º - O Grupo de Trabalho, no prazo de noventa dias, deverá apresentar o cronograma de integração ao CIOPE e a troncalização¹¹⁴ dos números de emergência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de Emergência Ambiental e da Defesa Civil, junto ao Telefone 190.

114 Num sistema troncalizado, entre as centrais existe uma quantidade de linhas tronco(trunk lines), que permitem que os usuários de centrais diferentes se comuniquem.

As ramificações entre saúde e segurança pública são muitas. Ocorrendo a unificação do *call center*, na qual o Samu está incluído (compulsoriamente?), haveria retroalimentação de mecanismos de caráter punitivos-terapêuticos que atravessam políticas públicas e práticas diversas? (LOIC WACQUANT, 2008). A escolha pelo 190, número originalmente da BM, seria um analisador desses modos de captura pelo dispositivo de segurança?

De todo modo, o policiamento sempre ocupou a ambiguidade entre dois universos em separado. Um é à aplicação da lei e à manutenção da paz pelos meios sortidos que iremos ainda muito pensar sobre. Em seu sentido mais antigo, compreende uma gama muito mais ampla de intervenções humanas na regulação da sociedade, da saúde pública ao bem-estar infantil, a manutenção da ordem no controle da moral: esse projeto utópico de normalização da vida inicialmente imaginado no século XVIII abrange o que Michel Foucault chamou de biopolítica. (DIDIER FASSIN, 2018)

Não temos como prever exatamente os efeitos nas estratégias de poder envolvidas, mas dentro da rota de fuga dessas possibilidades, estaria a presença da saúde como mobilizando outras medidas táticas que escapem às ações violentas da BM? Novos fluxos de pensamento e intercambiamentos no processo de trabalho poderiam incentivar a potência da segurança pública, novas ferramentas associadas a tecnologias leves, como modo de prevenção a situações de conflitos iminentes, aumentando, consideravelmente, o limiar de respostas não armadas às tensões da cidade. Pensar práticas de “a arma tá aqui, na minha cabeça, meu trabalho é deixar as pessoas mais tranquilas, evitar gerar mais conflito”, algo como dito pelo vigia do Hospital Cristo Redentor, seria esperança utópica, ou são linhas de fuga possíveis, voltadas para além dos corpos que importam, os sujeitos brancos, ricos/classe média?

7. O RESSENTIMENTO BATE À PORTA: RELAÇÕES DE PODER ENTRE MASCULINIDADES NO HOSPITAL DE TRAUMA.



Imagem:

“Homem com buquê de homens amargurados”. (SUSANO CORREIA, 2018, p. 95)

A munição é forte no hospital. As masculinidades fardadas, refletem em sua aparência o tipo de ação. Um colete a prova de balas acima, botas de couro abaixo. A calça é social ou de tecido sarja grosso? Há boné, boina ou capacete? Cacetete na cintura? Quantos calibres?

Com exceção dos vigias no interior do Hospital Cristo Redentor, (porque no seu exterior há vigilantes terceirizados, armados com fuzis), todos os outros portam armas de fogo. Até mesmo a Guarda Municipal de Porto Alegre pode carregá-las fora do expediente do trabalho. Decisão do Supremo Tribunal Federal no ano de 2018. Raramente esses profissionais circulam no hospital, no entanto, no ano de 2018, contiveram a massa de usuários de saúde, que indignados pela espera, invadiram a sala de Raio X do HPS. E não se esqueçam dos agentes socioeducativos no acompanhamento aos jovens infratores: “Agora, estão para liberar o porte de arma fora do horário de trabalho. Eu sou contra, tenho muitos colegas de trabalho que não

tem a mínima condição de portar uma arma, qualquer coisa vai sair atirando”, conta o profissional com mais de 20 anos de atuação.

Não importa quem se aproxime, sempre se deve colocar uma perna na frente da outra pois essa é a posição para atirar. E sempre as duas mãos na arma (o vigilante do HPS me mostrou que a postura era essa, uma exceção comparada a de seus outros colegas em minha presença) “E se roubam tua arma para a pessoa se dar um tiro, se matar? Até provar que não foi tu.”

“Tem uns colegas de profissão (vigilantes terceirizados do hospital) que acham que podem tudo. Sempre com uma postura “marrenta” (ele então teatraliza a mesma seriedade que carrega). “-O que que é!!” assim, com uma postura agressiva com o paciente. Tem que saber se comunicar com as pessoas, a gente não é polícia, eu não concordo com esse tipo de abordagem.”

Instrumentos que manifestam tecnologias do corpo, instrumentos ortopédicos para o adestramento. O corpo dos homens é a própria tática que nasce de uma masculinidade rígida, forte, se materializam antes no uniforme que produz jeitos de se portar. Apesar do policial do Batalhão de Operações Especiais me dizer que nada muda em termos salariais, quanto maior a hierarquia na polícia militar, mais presente o aparato de segurança (os detalhes do uniforme/farda, o tamanho da arma e a passada se torna mais firme).

Mas contrário às hierarquias performadas no universo militar, o policial civil costuma apenas trajar em seu plantão policial e em algumas andanças pelo hospital, uma camiseta geralmente escura e a arma escondida na cintura. É então quando dentro do circuito da segurança pública a ostensividade de um dá lugar à paisana de outro. Cada um com seus poderes, retroalimentando-se. É depoimento, inquérito, voz de prisão. Do boletim de ocorrência ao encaminhamento do processo para o trânsito no judiciário. Enquanto o agente da Susepe sofre com a invasão de seu espaço vital na proximidade corporal (e temporal) entre encarcerado/escolta, o policial civil é silêncio e solidão. Fica dentro do plantão policial no quinto andar, composto de uma pequena sala de espera, uma sala de atendimento e um quarto com cama para descansar (24 horas de plantão/72 horas de folga).

“É comum não darem *Oi*. Eu ainda busco sair da minha sala e circular pelo hospital, dar abertura para o pessoal da saúde saber da minha existência e do trabalho que faço, mas muitas vezes só lembram de mim quando o boletim de ocorrência é feito para os interesses próprios.” O policial civil já teve problemas anos atrás com profissionais de saúde contrários à sua função de se aproximar do leito e “tomar o depoimento” de alguns pacientes que chegaram por ferimento de arma branca ou por arma de fogo.

Pelo menos ele tem uma sala somente para ele. E o agente socioeducativo? Que permanece em seus plantões de escolta ao canto de uma pequena sala de espera de luz fria, entre corredores, próximo a enfermaria do terceiro andar com sua cadeira de praia, mais confortável do que os bancos de plástico com divisórias entre eles. O policial civil também não necessita de artefatos de batalha quando o dispositivo de segurança tem um olho mágico que tudo vê pela porta trancada a chaves e pelos meios de comunicação (telefone e sistema de informação). “Sempre avisam quando chegam uns baleados por confronto no hospital, mas às vezes a central da polícia civil nem sabe, sou eu que descubro quando o cara chega aqui.”
(policial civil)

Reduto dos homens do crime, no hospital de trauma a polícia civil age tão discretamente que nem os profissionais de saúde conseguem acompanhar a mudança de usuários de saúde que da noite para o dia passam da enfermaria para o quarto de custódia (os casos de nomes falsos e/ou mandado de prisão¹¹⁵). Há quem diga que o fator surpresa é a maior arma do crime e também pode ser uma das mais poderosas estratégias do dispositivo de segurança.

Segundo o levantamento do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, agosto de 2018), do total de ordens de prisão não cumpridas, a maioria, 136.952, se refere a pessoas procuradas. Isso significa que, depois de emitida a ordem de prisão, o investigado nunca foi capturado. Os outros 7.015 mandados são de foragidos: ou seja, pessoas que já estiveram presas um dia, mas fugiram. Ou, ainda, que estavam no regime semiaberto e saíram durante o dia com autorização judicial, mas nunca retornaram para a prisão. Segundo o Ministério da Justiça, há

115 Parte do processo de trabalho da polícia civil já fora descrita no capítulo “Dos Ignorados e dos Acusados: o nome próprio no acesso à saúde e segurança pública.”

726.712 presos no Brasil. Ou seja, se fossem cumpridos todos os mandados de prisão não haveria espaço no sistema prisional para todos, sistema esse já superlotado. A defensora pública do estado do RS entrevistada e o agente da Susepe inferem que o Rio Grande do Sul possui mais de 10 mil homens foragidos ou procurados.

Vimos em capítulo anterior¹¹⁶ que a história do HPS com a polícia civil é muito antiga. No entanto ela não é contada, nem nos registros do hospital, nem na biblioteca da polícia civil. Onde está essa história? Como disse uma professora, se não encontrou algo, já sabe: ou não procurou, ou não procurou direito. No entanto, o policial civil do HPS, concorda que não é tarefa simples. Muito solícito, ele abre páginas e páginas para mim no site da Polícia Civil. Nada consta. “Até o telefone da minha sala está desatualizado”.

O que encontramos¹¹⁷ pela via midiática é que de 2002 ao ano de 2003 os plantões policiais do HPS e o HCR ficaram fechados pela administração estadual da época, sob o argumento de que o número de ocorrências registradas nesses órgãos seria insignificante. No entanto, com a reabertura em 2003 pela gestão seguinte o serviço teria outras incumbências para além das demandas de Boletins de Ocorrência. Passaria a ser um serviço de 24 horas, com ações voltadas desde a perda de documentos até casos de homicídio, bem como agilizando o trabalho do Serviço Social do HPS no caso dos pacientes sem identificação, além de facilitar o trabalho das famílias que precisam registrar ocorrências de trânsito e homicídios.

“O secretário José Otávio Germano destacou que a presença de policiais civis no interior dos hospitais agiliza o fluxo de informações e permite que a investigação da ocorrência policial inicie de forma imediata. “Os policiais de plantão terão a oportunidade de conversar com suspeitos, vítimas e com seus condutores, na chegada ao hospital, pouco após o fato ter acontecido”, afirmou.” (Governo do Estado do Rio Grande do Sul, *Hospital Cristo Redentor volta a ter posto da Polícia Civil*, 13/06/2003)

116 “Justiçeiros e acompanhantes: no território de homens feridos por atos violentos.”

117 Sobre o fechamento dos dois postos da polícia civil (HCR e HPS) Disponível em <https://estado.rs.gov.br/policiais-que-faziam-plantao-em-hospitais-reforcam-delegacias> (Governo do Estado do Rio Grande do Sul (28/06/2002)

Sobre a abertura e novas atribuições da polícia civil (HPS e HCR): Disponível em <https://ssp.rs.gov.br/hospital-cristo-redentor-volta-a-ter-posto-da-policia-civil> (Secretaria da Segurança Pública do RS, 3/06/2003)

Essas incumbências, segundo a policial civil plantonista poderá chegar ao fim no ano de 2019. Desta vez não por falta do que fazer, há momentos de ócio e há aqueles com muitas demandas. O motivo agora é atribuído a falta de contingente, pois como todo trabalho de segurança pública esse deve ser feito em duplas. Aqui está a história não em sua origem; pois não devemos nos deixar iludir com acontecimentos segmentados e institucionalizados de escritos produzidos por e para o universo social de homens privilegiados: os de elite, os brancos, os heterossexuais. A história é objeto de uma construção cujo lugar não é o tempo homogêneo e vazio, mas um tempo saturado de ‘agoras’ (Walter Benjamin, 1994, p. 229-230). E o hospital vai guardando temporalidades socioespaciais na memória ativa dos trabalhadores: Nas narrativas de bastidores, a polícia civil já ocupa o hospital há uns 30 anos e que saiu após a reforma do HPS do primeiro andar do prédio administrativo e depois do primeiro andar dentro da própria emergência para o quinto andar pois era comum que a empresas funerárias ¹¹⁸ tivessem informações privilegiadas de alguns funcionários que avisavam sobre entradas e saídas e de quem era um potencial morto para seus negócios.

“Durante muitos anos no HPS, tinha um posto policial no primeiro andar. Muita coisa vinha para cá pois não tinham outros serviços de saúde (como o Hospital Cristo Redentor). Quando dava briga na emergência, a gente só mandava pra salinha da polícia civil e davam-lhe pau. O bandido saía lá de dentro, mansinho, respeitando a gente. A polícia civil não era como é agora”, conta o técnico gesseiro.

Para ele o bandido também não. “Me lembro de vários bandidos que entravam aqui nessa época. Bandidos importantes, assaltantes de banco. O Nego Pinto¹¹⁹, era um dos maiores criminosos do Estado. Eles eram respeitosos, chegavam aqui davam boa noite, bom dia, boa tarde. Passavam de cabeça baixa. Esses aqui agora já chegam se impondo. Quando eles apanhavam da polícia (civil) não era assim.”

118 Alberto Kniestedt (2010), conta que aceitar propina para facilitar a entrada de empresas funerárias era realizado por parte de diferentes profissões, incluindo profissionais de saúde.

119 Mas também tem o Nego-Chico, personagem em 1983 de confronto e fuga do sistema penitenciário; tem o Sarará da Vó, personagem presente na rebelião de 1994, conforme o livro de Renato Dornelles (2017). Masculinidades dotadas pelo codinome em seu processo de racialização.

A postura política de que no “Brasil foram dados apenas direitos e deixou nossa sociedade assim, cheia de criminosos”, é pauta comum nas conversas. A economia moral é ligada à uma visão política da cultura institucional e indissociavelmente uma produção de masculinidade no interior dela. Mas condenação e castigo penal só deveriam ser possíveis com acusação. No entanto, a acusação passa pela via da criminalização, o que confere (fora da norma técnica, dentro do jogo do real) ao inquérito, já ser o trânsito em julgado.

Em pré-campo de pesquisa em 2016, no qual definiu muito bem a necessidade de pensar a articulação entre saúde e segurança pública, observei um policial civil abordando um adolescente negro que havia sido baleado na perna, acompanhado em uma cadeira de rodas por sua mãe. O alto tom de voz, e o modo como o policial o encarava, fizeram com que todos na sala de espera voltassem sua atenção a eles. O adolescente explicou que foi bala perdida; na cabeça dos profissionais sempre uma desculpa para esconder a vida no crime.

Já o policial¹²⁰ solícito, acredita na importância de um lugar de escuta sobre a violência de homens que chegam “cheios de dor e ressentimento”, sabe que essa lógica destoa diante do comportamento da maioria de seus colegas: “Tem colegas que não têm jeito com as pessoas, não têm capacidade de fazer um bom trabalho. Encontram a mãe em cima do corpo do filho sangrando, chorando e dizem: “e aí o que fez esse infeliz? O que aprontou agora? Poxa, é a mãe dele, tu estás recolhendo os fatos para depois a polícia investigar.”

Havíamos nos questionado como é produzida a subjetividade tomada como criminosa e os mecanismos de poder sobre a vida no contexto da saúde. A subjetividade é fomentada por uma economia moral que não menos importante, também se agencia em produções de masculinidades no interior de instituições na área da segurança pública. 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

120 Sua narrativa foi exposta no capítulo “As dores dos homens”.

masculinidades racializadas¹²¹ é efeito reativo a uma condição de subalternização racial das sociedades pós escravistas. (Waldemir Rosa, 2006).

Na nossa descrição sobre as masculinidades no hospital de trauma, não podemos nos esquecer dos guardiões dos quartos de custódia. O sistema prisional começa ali. Raramente os agentes da Susepe são encontrados com a camiseta de identificação e a arma aparente (quando o tem é presa por um elástico na coxa). “-Esqueci do meu crachá hoje”, um deles lembra enquanto conversava com os dois jovens privados de liberdade sobre o jogo de futebol que passava na televisão. Sua postura é mais informal e relaxada. Comum com novos concursados da Susepe, revela um mais antigo. A força do castigo não parece ser tão bem quista.

Mas não se iludam, acima dos homens existem os deuses. Deus no céu e quem na terra? Pergunta irônica lançada em uma apresentação sobre minhas análises preliminares da tese aos profissionais de saúde do HPS. “Deus no céu e médico na terra”, eles respondiam. De fato, veremos que está mais para Deus no céu e Juiz na terra. Como Deus, uma figura etérea, imaterial, que recobre essas relações de poder e que revela seu imperativo aos reles mortais da segurança pública. Eu sempre encontrava um dos jovens agentes da Susepe sentado numa das poltronas ao canto do novo quarto de custódia inaugurado em 2017 no HPS. A poltrona do jovem profissional recostada para trás, seu travesseiro de pescoço e o que seria janela atrás dele. Selada com madeiras, impedia qualquer resquício de luz solar e ar. “A gente já pediu várias vezes para eles (administração do HPS) abrirem essa janela, a gente fica aqui respirando esse ar condicionado podre”.

121 Quando inferimos “masculinidades racializadas” explicitamos de 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.



Imagem: Notem que a janela com cortinas permanecia aberta no quarto de custódia d o HPS. Outra observação: era horário de visita. Como sabemos? A mulher que aparece de costas.



Imagens: A poltrona preta é onde encontrava-se o agente da narrativa supracitada. (Arquivo Apresentação Conselho Municipal de Porto Alegre sobre HPS em 17 de agosto de 2017)

Para suspender a liberdade de um é preciso do corpo de outro. Princípio do Ressentimento Social 1.

Toda culpa exigirá que estratégias de vigilância, de castigo penal sejam lançadas. Mas não basta estar apenas aos olhos de Deus para que o pecado seja penitenciado, é preciso um operador desse poder que se sacrifique em suas possibilidades de sua existência. Para cada pecador um padre. Para cada preso no leito de custódia, um agente da Susepe. Os padres devem se desconectar com o mundano da vida, como agentes que ficam sentados em uma

cadeira sem janelas. É aquele que precisa criar modos de investir na ideia de que seu trabalho é importante. Padres e agente da Susepe precisam aceitar uma coisa em comum: apenas os Deuses possuem o saber-poder: “Apenas o juiz da Vara de execuções Criminais e os coordenadores sabem quando o preso terá alta e para onde vai.” (gestor da Susepe).

O tempo que resta para viver é aquilo que a sociedade vai apropriar-se para punir o indivíduo. O relógio de ponto e o calendário da prisão se misturam ao que fica para fora do quarto e o que fica para dentro. O gestor dos hospitais dos leitos de custódia da Susepe acredita que uma das soluções seria um quarto em separado para os profissionais: “Os presos desses leitos de internação querem puxar conversa: E aí conseguiu pagar tua conta? E tua mãe, tá melhor de saúde? É um ambiente hostil, sabem tudo da tua vida, mistura preso e profissional num espaço muito pequeno.”

Estar institucionalizados e/ou exposto ao risco é caminho para ressentimento enquanto uma reação para o sofrimento, experimentado como um desafio à eficácia de uma agência. No entanto, o percurso etnográfico, revela que o sofrimento que vivem essas distintas masculinidades atravessadas de um lado ou de outro pela violência, são provocados por dispositivos de segurança que só se sustentam antes na sensação de impotência que provocam. Quando o ressentimento é combinado com tal sentimento de impotência, ele se transforma em "veneno". O veneno finca raízes e torna-se um traço dominante, caracterizando assim o caráter particular de um tipo - "o homem do ressentimento"¹²². (Bernard Reginster, 2016, p.60)

Ao explicar a teoria psicológica da moral do ressentimento com base em noções de bem e mal que surgem em diferentes circunstâncias para a moral nobre e para a moral escrava, Friedrich Nietzsche (1998) em seu livro *Genealogia da Moral*, deixa claro o desvalor da moral do ressentimento, que é reativa, uma vez que considera a oposição entre bem e mal partindo da noção inicial do que é o mal. Assim, o ressentido é o impotente que, não podendo agir naturalmente, reage, vingando-se. Essa impotência para a ação é a raiz psicológica e

122 Levando em conta que a partir do século XIX os valores morais transformam-se na grande ferramenta de poder internalizada no homem com o intuito de criar e vigiar vidas possíveis, o olhar de uma certa psicologia do ressentimento coloca a moral como uma produção humana e cria a possibilidade de uma análise do homem a partir daquilo que para ele se caracteriza como 'bem' ou 'mau'. (Juliano Trevisan, 2005). Sublinhamos aqui que Nietzsche se referia a homem como o todo universal e não como marcador social de gênero.

metafísica da vingança, uma vez que o ressentido enxerga no seu oposto o responsável pelo seu sofrimento. Ao longo do texto iremos aprofundar a dimensão do ressentimento como produção subjetiva entre meninos-homens tanto aos inseridos no crime quanto aos inseridos no interior da segurança pública. Dois lados da mesma moeda.

Ou de pulsos a tornozelos. Os homens da Susepe não sabiam com exatidão delimitar o tempo em que algemas foram trocadas por correntes, aprisionando o tornozelo dos homens privados de liberdade ao pé da maca. Antes os profissionais teriam que gritar: “Onde está a chave dessas algemas!?”. Alberto Kniestedt, (2010, p.146) em sua pesquisa no HPS, havia sublinhado o alvoroço na Sala Vermelha quando era preciso que alguém do almoxarifado viesse com instrumentos cortantes para desprender corpos da morte como anéis, correntes ligadas aos motociclistas e outros metais.

Atualmente, exceto pelo profissional da brigada militar (que faz uso apenas de algemas aos homens em internação em leitos de custódia até que passe à Susepe), os agentes da Susepe se utilizam de correntes de grosso calibre, estratégia adotada para que o profissional de saúde possa fazer os procedimentos necessários que envolvam (re)virar o corpo de bruços, de um lado ou de outro. Algemas para a chegada, o trânsito, a saída. Correntes para a permanência. O mesmo, fazem os agentes socioeducativos na escolta para adolescentes em cumprimento de medida sócio educativa. Todos esses meninos-homens são os Custodiados do hospital; nomenclatura que parece resolver a dissonância produzida entre os termos “preso” e “paciente”; bem como para adolescente e criminoso.

Aparatos de ação contínua (algemas, correntes, armas, câmeras, sistema informatizado), possuem um efeito progressivo em direção à força de poder que se exerce antes sobre a mente de homens. Uma ortopedia não apenas para disciplinamento do corpo potencialmente perigoso, mas ao próprio corpo que exerce essa representação. Quando eu soube que o policial civil, junto aos vigilantes do hospital se reuniam para jogar Paintball ¹²³

123 Paintball é um esporte de combate, individual ou em equipes, usando marcador de ar comprimido, Nitrogênio ou CO₂ que atiram bolas com tinta colorida. O objetivo é atingir o oponente, marcando suas roupas com tinta, sem causar dano ou lesão corporal.

nas horas vagas, me veio à mente o quanto os artefatos poderiam inspirar as ações táticas do jogo.

Mas não precisaria ir tão longe. Eu estava ali, com a armadura mais potente contra a tuberculose ativa. Máscaras, luvas e avental. Precisava tanto? Me deram, eu pus. A voz mal saía da boca protegida da assistente social que realizava a primeira entrevista social ao homem negro no quarto de isolamento da sala amarela da emergência do HPS. “Eu perdi uma perna na prisão de tanto fumar tabaco”, ele diz à profissional. O ar rarefeito da solitária me incomodava, mas talvez tudo o que ele precisasse fosse descansar. Os olhos sonolentos cerravam a maior parte do tempo, mas se arregalaram ao ouvir a pergunta: “Por qual motivo você veio parar aqui?”. Essa é uma pergunta muito pertinente aos homens envolvidos em conflitos violentos, já que é necessário investigar se há risco de sofrer nova agressão após a alta hospitalar. “Um desgraçado achou que eu tinha roubado da esposa dele e mandou me matar. Mas ele vai ver só.” Ele vai ver. Vingança.

Semblante similar, foi encontrado na sala de espera do HPS em um jovem, depois de ser assaltado às sete horas da manhã indo trabalhar. Ele mal havia se machucado, mas precisou avisar o empregador que deveria esperar aquele que o agrediu passar pela consulta médica para depois ele seguir com o depoimento do flagrante no palácio da polícia¹²⁴. Ele sentia como desrespeito o assaltante escoltado por três policiais militares estar tão próximo a ele, com a presença daquele corpo esfolado com sangue no rosto que ria ironicamente. Aquele comportamento causou ainda mais indignação no assaltado, que se afastou para longe da cena: “O cara em pleno centro veio me assaltar com uma faca¹²⁵, eu dei um jeito de fugir, até que ele gritou de longe: “Foge cagão, viado!”. “Fui tomado de um ódio, voltei em direção a ele, atirei minha mochila no chão e fui pra cima, nem pensei na faca que ele tinha. Ali chegou

124 A 2ª DPPA (Delegacia de Polícia de Pronto Atendimento) localizada no andar térreo do Palácio da Polícia, é referência para o plantão policial do HPS, além de atender ocorrências e flagrantes de crimes contra a mulher e foragidos do sistema prisional. <https://www.pc.rs.gov.br/policia-civil-de-pronto-atendimento>

125 Em outra ocasião o policial do Batalhão de Operações Especiais, na sala de espera da emergência, revela as inúmeras facas que encontra na inspeção dos homens no centro da cidade: “Eles usam muita faca pra assaltar mas não podem por lei serem presos por isso, eles geralmente alegam que é para cortar a comida mas a gente sabe que é para assaltar.”

a brigada militar. Precisou eu e eles pra segurar esse vagabundo e trazer pra cá algemado”. Só para constar: o assaltado era branco e o assaltante negro. E se fossem dois negros?

Armadura nenhuma utilizada por profissionais de saúde e da segurança pública conterà o ressentimento que profana o território hospitalar. Esse é o gosto amargo de quem sofre na alma o momento da agressão e se expandirá sorratamente dentro do hospital. Não pode ser reduzido como indignação, nem cólera, nem tristeza. Como não há caminhos para a digestão possível, é ressentimento, porque fica ruminando. Vai aparecer na raiva dirigida aos profissionais de saúde, mas geralmente fica o silêncio. Essa é a palavra dos homens (DANIEL WELZER-LANG, 2004). Pouco se sabe o que se passa na cabeça de quem esteve há poucas horas nesse entre vida e morte.

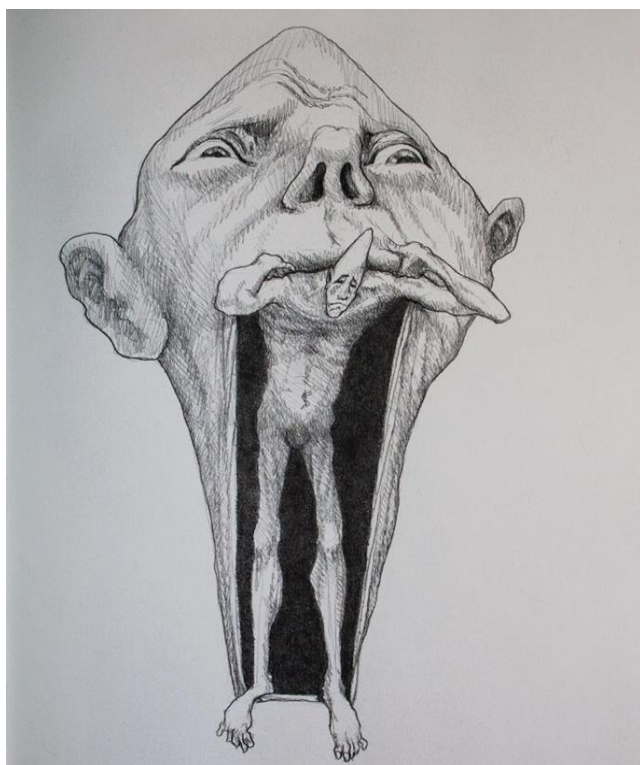


Imagem: “Homem segurando o peso de um silêncio” (Susano Correia, 2018, p. 76)

A violência ocupa um lugar chamada silêncio. Princípio do Ressentimento Social 2.

Olhemos com atenção para o mundo dos meninos e não levará muito tempo para percebermos que ser homem é vencer três não: não ser mulher, não ser gay e não ser criança (Marcos Nascimento, 2011). Além das masculinidades variarem conforme contexto social e histórico, elas também são construídas simultaneamente em dois campos inter-relacionados

de relações de poder – 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, raça, etnicidade, geração). Assim, dois dos elementos constitutivos na construção social de masculinidades são o sexismo e a homofobia (Michael Kimmel, 1998).

O estudo das masculinidades em si, diz respeito a um conjunto de experiências complexas, fluidas, muitas vezes contraditórias, moldadas através da interação dentro de determinados grupos sociais. Os membros do grupo compartilham uma compreensão do mundo em que vivem e empregam os discursos disponíveis em seu contexto social. Entretanto certas formas de masculinidade predominam sobre outras; algumas são negativamente sancionadas. (Sarah Shelmerdine, 2017).

Daniel Welzer Lang (2001; 2004; 2009), ao estudar homens negros e imigrantes na França há mais de 15 anos, explica a hierarquia masculina criada pelo sistema de gênero; ele inscreve “*a casa dos homens*” (inspirado em Maurice Godelier), enquanto lugares de homosociabilidade onde são ensinados os valores associados ao “homem de verdade”. Para tornar-se homem¹²⁶, o corpo social masculino passa por processos mais ou menos violentos (pode ser em espaços como a escola, o abrigo, a prisão, o bar, o trabalho, o quartel). Para entender com maior propriedade as relações de poder a partir do conceito de masculinidades, damos ênfase às interseccionalidades que posicionam hierarquicamente os sujeitos não por mera soma, mas pelos posicionamentos sociais singulares.

Policiais da brigada antes foram meninos-homens, a maioria de descendência italiana e alemã, entre 18 a 25 anos. Vinham do interior, em grandes ônibus pela madrugada, para um final de semana regado a teste psicométricos e entrevista psicológica. Eu era uma das contratadas, para avaliar psicologicamente mais de 30 jovens em um final de semana no ano de 2014. Cada rapaz que entrava na sala eu havia de fingir. Primeiro: que eles não estavam assustados com a presença feminina de quem facilmente enxergaria seus redemoinhos e lhes daria então um “inapto” como policiais militares (vide homens). Primeiro ritual de

126 Parafraseando novamente Simone de Beauvoir (1980)

militarização. Segundo: eu ter que fingir não saber que as respostas dadas eram fabricadas em cursos clandestinos feitos às escusas por outros profissionais de psicologia. Era sempre a mesma resposta diante da pergunta: O que você faria se alguém viesse agredir você? “Ah, eu acalmaria a pessoa, tentaria me afastar.”

Eu diria que eles treinaram muito bem se não fosse o corpo congelado de quem carrega o desejo de pais, de tios, de avôs militares. É como uma insígnia de honra transgeracional. Pesada como bronze antigo. De todo modo, psicólogo(a) nenhum(a) consegue evitar a produção de masculinidades pela medida da violência em ritos militares, que irão descortinar-se nas escolas de formação policial militar, o enaltecimento da identidade guerreira ao invés da interiorização de princípios voltados à democracia (Carlos Albuquerque; Eduardo Machado, 2001).

Um que passou no teste foi um jovem policial militar, que me olhava na entrada do quarto de custódia do HPS como se eu estivesse em altura inferior, mesmo eu estando em pé e ele sentado. A saída de agentes da Susepe da sala, (problemas básicos sobre a entrada de um homem privado de liberdade), deixaria ele responsável pela escolta dos três homens por alguns minutos. “Mais um soldado monossilábico”, pensei.

“Tu precisa de alguma coisa?”, ele pergunta com os dois vincos entre as sobrancelhas. Eu explico sobre a pesquisa. Ele levanta da poltrona cinza em direção a porta. “O que tu quer ouvir?” Havia um temor no julgamento moral que eu poderia fazer dele. Como meninos no exame psicológico, lancei-me rapidamente ao clichê: “Quero ouvir o que é do mundo de cada um que conversa comigo.”

Ele vai saindo aos poucos do quarto de custódia em minha direção, ele dá passos para frente, eu vou para trás. Os três usuários de saúde privados de liberdade já não são mais visíveis aos meus olhos. Já é corredor quando ecoa o tilintar do bronze sobre o chão gelado do hospital.

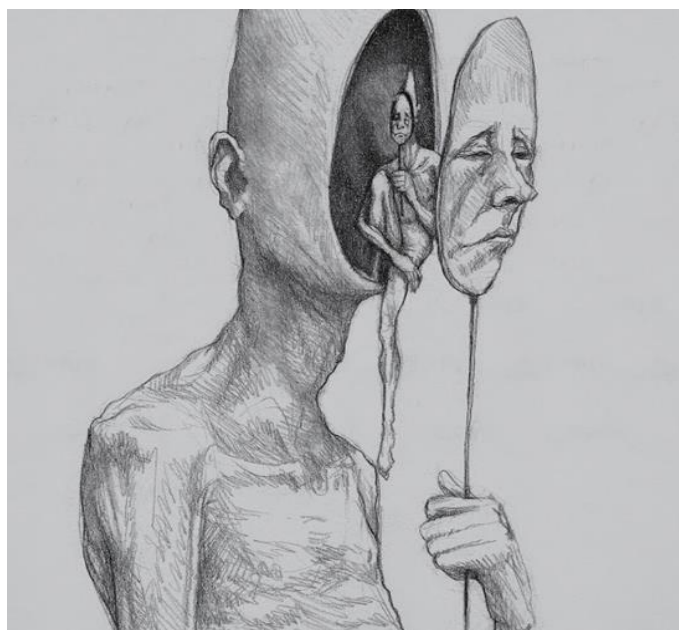


Imagem: “O homem também é fachada, para si, dentro de si, sem fim.” (Susano Correia, 2018)

A máscara cai. Ele coloca as duas mãos para o céu e abre um grande sorriso. Respira fundo, ela o sufoca. Três anos, 24 horas por dia. Não, nem na hora de dormir. Não há sossego para quem tem que adormecer no batalhão enquanto escuta as risadas dos colegas e as histórias de conquistas (sobre sexo e batalhas) durante a madrugada. Prefere dormir no corredor, mesmo com o vento frio entrando pela janela do prédio antigo. Que força, ou que suplício alguém não poder se deixar mostrar. Ele reza pelos finais de semana com a família e com a namorada. “Já viu os judeus apoiando Hitler? Até minhas colegas mulheres apoiam. Se as mulheres sofrem na sociedade, imagina dentro de um quartel. Mas elas acabam pactuando, de que tem que matar bandido, que tem que espancar.”

Haverá castigo, se souberem que um policial militar se revela contra o presidente e suas ideologias militares conservadoras. Usa o silêncio como arma de defesa. Os homens da segurança pública estão presos às amarras institucionais e são facilmente punidos perante as discrepâncias. Isso inclui os agentes da Susepe: “Não podemos liberar visita para custodiados fora dos horários ou sem a autorização do juiz. Se descobrem somos punidos.” Ser punido é mais do que ser advertido, é ser transferido a outro posto de trabalho. E pior: ser tachado pelos colegas como traidor da instituição.

Mas chegou, já era hora, de transmutar as memórias em denúncia, poder inscrever no campo simbólico, no campo das representações coletivas, as marcas do vivido. “Ainda bem que tu veio conversar comigo. Não acredito que finalmente vou poder conversar sobre tudo o que vivo na brigada. O que tu quer saber? Te conto tudo.” O jovem soldado da BM vomitava fatos para aliviar a dor: Há corrupção entre a instituição e as facções de Porto Alegre; há espancamento por policiais militares de homens sem coragem de denunciar na corregedoria da brigada militar, “porque o nome deles já é sujo, tem passagem pela prisão, então eles não são mais nada.” Há homens de cor vermelho sangue que adentram a sala de médicos peritos do DML que sem tocá-los confirmam ao policial militar que os escoltam: ele está ótimo”. E há mais, ele diz. E de fato há.

“O meu trabalho aqui é deter o sujeito e manter ele aqui, não violentar. Eu não sei da vida deles, o que eles passaram. Eu não sou ninguém para julgar. Todos os tipos de coisas difíceis que devem viver”. Não será a última vez que você lerá sobre esse soldado, que comigo abrirá a caixa de pandora que é o quarto de custódia. Ele relembra quando os jovens acorrentados, sozinhos na presença dele, revelaram o modo como foram capturados e apreendidos pela brigada militar e de como vieram parar no leito de custódia do HPS: “Ninguém da Brigada ou Susepe nos trata assim. Nem olham na nossa cara”. Homens infames ouvidos por um praça da BM, o praça ouvido por uma pesquisadora. **Não se faz justiça sem ouvidos, se faz vingança.** Princípio do Ressentimento Social 3.

“O ressentimento motiva o desejo por vingança - na verdade, Nietzsche o descreve como o “espírito de vingança”. Vingança é possivelmente (e talvez mais bem) compreendida como uma asserção de poder. Suponha que você tenha sido prejudicado de alguma forma, por exemplo, tenha sido privado de alguma coisa que valorize. A exigência de vingança não visa necessariamente à recuperação do bem perdido: essa exigência pode ser considerada adequada mesmo quando o bem perdido não é recuperável. Além do mais, como Nietzsche insiste, vingança também difere do desejo de retribuição, que surge devido à violação do direito de usufruir daquele bem. Isso indica que a vingança não é motivada pela avaliação do bem perdido, nem pela crença de que a pessoa tem o direito a ele. Antes, é motivada pelo desejo de enfrentar o que você concebe como um desafio para a eficácia da sua agência, ou de reparar seu sentimento de poder danificado.” (Bernard Reginster, 2016, p.59)

O que podemos dizer dessas masculinidades que não são reconhecidas socialmente? Os jovens negros, e pobres, serão coagidos a provar sua virilidade. Quando determinadas masculinidades vivenciam restrições sociais, a violência costuma ser uma tática de poder que

garante ao homem seu lugar de “macho”. (Marcos Nascimento et al, 2011). Expostos a violência territorial armada, meninos e jovens apreendem performances masculinas que se posicionam sob a lógica do matar ou morrer, onde casa e rua se interpelam na produção de infâncias militarizadas. (Tatiana Moura, 2007).

A virilidade como ferramenta de ascensão hierárquica entre os homens, defesa de certos privilégios ou daquilo que pouco lhe resta em alguma aresta de reconhecimento, dependerá das marcas sociais que carrega. Olhemos para alguns meninos-homens no hospital e eles nos mostrarão os efeitos da socialização masculina. A linha que separa a ilusória díade é cortada com os dentes. Que liga o espaço doméstico com o territorial. E tem ocorrido de maneira tão violenta, abrupta e precoce, principalmente levando em consideração as relações com o trabalho no interior do tráfico de drogas que a dualidade permanece como cicatriz ao longo da vida. Enquanto são meninos, acessam os serviços de saúde (vacinação, pesagem e outras demandas reconhecidas sob o olhar atento das cuidadoras). Em direção à puberdade, enquanto as meninas mais do que nunca são captadas às consultas da saúde da mulher, os garotos viram uma miragem nos serviços de saúde (até que parem no hospital sob a foice em seus pescoços).

Juliano sabe bem disso. Me encontrou observando atentamente a supervisão dada em tempo real na enfermaria do HPS de um técnico de enfermagem para os estagiários, sobre a troca adequada da bolsa de colostomia. O adolescente, negro, com cerca de 15 anos, na companhia de um homem mais velho, branco, também observava tudo de seu leito, que ficava em frente ao quarto de custódia. Mas o que realmente despertou sua curiosidade era minha presença. Ele fez sinal para mim de “aproxime-se”. Ele precisava de alguém atento para narrar sua insatisfação com os médicos sobre o tiro que levou perto da coluna: “ela era assim (faz dos dedos sua espinha dorsal), agora ela está assim; os médicos não quiseram me explicar nada, eu que descobri sozinho”. Quem escuta o garoto cheio de iniciativa mal pode imaginar que a alegria de voltar para a casa da mãe depois de anos no abrigo do Estado foi suspensa, num dos finais de semana de familiarização, pelo assassinato do irmão diante de seus olhos. Agora lhe restava além da sobrevivência a companhia do educador social do abrigo.

Como não ser adulto a fórceps depois da tragédia? A institucionalização é um dos processos entre casa-território que transpassa a vida desses jovens. Ainda fica a questão:

Como podemos acolhê-los quando o corpo paralisa e a memória¹²⁷ da violência perturba a mente? Não é incomum que dentro do hospital de trauma esse processo seja (ou não) assimilado. Do tornar-se homem; o hospital como lugar onde o interstício menino-homem (que nunca finda) ocorre. A psicóloga residente do hospital sabe bem disso, que hoje seria necessário que Juliano ganhasse no jogo de cartas, em dias cinzas de saudade; é preciso dar-lhes um pouco de sorte enquanto metabolizam em cima de uma maca a perda da esperança de meninos.

Quando a lupa paira sobre masculinidades envolvidas por dispositivos de segurança, percebemos que a mancha de sangue só parece se extinguir com sangue¹²⁸. A máxima de uma lógica soberana, se alimenta do ressentimento, cavoca o que é sagrado, o vínculo fraterno; a vingança recai sobre o membro de determinada família, clã ou grupo, que deve matar o membro de uma unidade correspondente, se um de seus companheiros tiver sido morto. (ANA LUIZA GARDIMAN ARRUDA, 2016).

Para o menino-homem negro e favelado não existe justiça, quando ele escapa da vingança rastejante, resta provar a inocência, do início ao fim dos tempos. Princípio do Ressentimento Social 3.

Vimos que entre privações e privilégios, todos os homens são expostos a processos violentos (mais ou menos traumáticos) em relações de gênero hierarquizadas. No entanto, distintas masculinidades em relação tão próxima, parecem só conseguir se diferenciar a partir do outro externalizado enquanto mal, antes que possam olhar para si mesmos no que possuem de melhor e de pior.

127 O relato pode fomentar a memória-repetição como a memória-reconstrução. O que diferencia entre um e outro é o modo como a escuta irá operacionalizar o reconhecimento dos acontecimentos à violência em sua dimensão traumática para que outros enlaces com a lembrança possa advir da superação do trauma. A história e a memória dos ressentimentos sociais estão via de regra ligados às hostilidades praticadas historicamente contra determinados padrões de raça, cultura, política, etc. (Gabriel Gauer et. al, 2018)

128 *O autor insere, ainda, um componente místico, dizendo que “a mancha de sangue só se extingue com sangue, e as almas dos mortos que vagam de um lado a outro, rancorosas, se inclinam à benevolência quando se sacrifica um inimigo” (La Pena: Formas Primitivas y Conexiones Historico-Culturales, p. 136. Trad. da autora). (Hentig, Hans Von, 1967, Apud Ana Luiza Gardiman Arruda, 2016, P.241)*

Há tanto em comum entre eles, de quem é do bem e quem é do mal, que é preciso inventar longas distâncias subjetivas. Para tanto, é necessário criar uma velocidade relativa de afastamento, centros de massa devem se encontrar sobre a mesma linha reta antes e depois da colisão. Em toda colisão há troca de energia e suas duas faces: a deformação e a restituição. Quando dois corpos que colidem entram em contato, inicia-se a fase da deformação, que se encerra quando os dois corpos ficam em repouso entre si. Imediatamente depois, inicia-se a fase da restituição que irá terminar com a separação dos corpos. Vale a pena assinalar que nem sempre temos a restituição, ou seja, os corpos deformam e não voltam a sua forma original. **Princípio da Colisão Unidirecional da Física**¹²⁹.

“Arrombado é um termo antigo, que saiu da prisão e que agora até os homens da segurança pública usam.” (agente da SUSEPE).

“Arrombado, esses xingamentos, tive que escutar o tempo todo na minha formação militar. Eu tive que ser forte para não me fazerem lavagem cerebral”. (policial da Brigada Militar)

Arrombado é um termo de escracho pela via da sexualidade do outro. É o homem fraco, subserviente. Há um momento, em que não sabe-se mais de onde veio a palavra e como circulou, quem é o privado de liberdade, quem tem vida para além do crime.

- Vocês não cansam de ficar em volta desse tema o tempo todo?, pergunto aos agentes da Susepe, ao imergir nos 50 leitos de custódia sob gerência da Susepe no Hospital Vila Nova. Havia em torno de quatro profissionais próximos à saída, tantas grades quanto possíveis, escolhendo uma infinidade de títulos de filmes para assistir em casa. Palavras-chave: guerra, crime, inimigo, arma, luta, terror.

- Nem um romance, um drama? Diários de uma paixão?, pergunto brincando.

Eles riem:

-Aí a gente chora. Não dá pra “arregar”, tem que seguir o pique do trabalho.

129 Disponível em: <https://educacao.uol.com.br/disciplinas/fisica/colisoes-1-choque-entre-dois-corpos-obedecem-leis-fisicas.htm?cmpid=copiaecola>

De fato, o poder policial deve ser invocado nessa etnografia em termos da realidade de sua força nas vidas das pessoas e para elas mesmas nessa construção subjetiva. Clara Han (2017), buscou afastar-se em sua pesquisa etnográfica de um modelo relacionado a "dois poderes soberanos em que a polícia e as gangues colidem em uma luta por vida e território. Tais modelos reproduzem o próprio idioma do estado e podem abranger o caminho em que o policiamento não é apenas uma imposição do alto", mas é uma condição da vida. Ao explorar estas categorias e temporalidades, podemos aprender como as pessoas negociam um meio que surge do policiamento. (Clara Han, 2017, p. 196, tradução minha)

O policial militar mais antigo nem lembra mais quando foi menino, mas se preocupa com o suicídio dos mais jovens. Homem que é, tem sua opinião muito bem formada, sobre gays da polícia militar que, "nada contra" mas ao se revelarem "mancham" a imagem do exército, sobre quando seu pai batia em sua mãe na infância e também sobre o estupro que por lei agora seria "qualquer ato de abuso" (que ele acha necessário ver na ficha criminal do acusado o detalhe da acusação, verificar "se realmente foi estupro"). Os homens e o masculino constroem a si mesmos e constroem também as mulheres e o feminino, em um espaço monossexual, onde o feminino, encarnado nos mais jovens, submete-se ao masculino por meio da violência. Posteriormente, essa concepção é passada tal qual às relações entre homens e mulheres, sem que estas tenham conhecimento de determinados pactos realizados pelos homens. O feminino é rechaçado e inferiorizado.

Para um dos vigilantes do HPS algumas mulheres não "valem nada, o rapaz chegou no HPS todo quebrado porque namorou com uma menina linda mas que tinha outro namorado e não contou para ele." Já a mulher, branca, doutoranda é fonte de respeito pelos profissionais da segurança pública. O vigilante tem a responsabilidade máxima de cuidar da segurança dos que trabalham no hospital. Essa incumbência parece produzir um certo orgulho pela profissão, principalmente relacionado ao cuidado às mulheres profissionais de saúde: "A gente tem que cuidar das meninas, de qualquer possibilidade de agressão".

No entanto, as "meninas" (e "meninos") da saúde, que dispensam a presença do vigilante em situações de maior tensão, soa como desvalorização da importância de sua profissão, eles não querem ser um corpo estagnado, eles querem reagir ativamente. "Se não querem que eu fique do lado protegendo o profissional eu saio e nem volto." O sentimento

de invisibilidade também é cotidiano para os vigilantes do HPS, que todos os dias na beira das portas, se sentem tão estáticos como o detector de metais presente na entrada do serviço de emergência do hospital. “Trabalham contigo, passam por ti e não dão oi”.

Em uma tarde na emergência de saúde, o mesmo policial militar que emitiu suas visões sobre sexualidade e o suicídio de seus calouros, com sua colega da Patrulha Maria da Penha¹³⁰ acompanhavam uma mulher e o companheiro que a agrediu. Novamente vítima e autor da agressão co-existem e se enxergam no mesmo espaço de espera. É comum também que habitem a mesma viatura nesse processo ida ao hospital e após delegacia (nesse caso delegacia da mulher). É um processo de banalização do trauma, essa mistura entre corpo vítima e corpo autor da violência, em que a tensão vivida na cena, se mantém em *looping*¹³¹, por um longo período. A sala de espera parte das territorialidades possíveis de acolhimento, revela a naturalização da violência. Que vai para além de metros quadrados e cadeiras. Espaço físico é mediação de um tempo suspenso, do modo como os corpos podem se posicionar e conviver.

Enquanto a usuária de saúde agredida entra em atendimento, o policial militar fica em frente à entrada da unidade amarela da emergência do HPS. Já que sua colega estava na escolta ao autor da agressão, aproveitou a ocasião para ouvir mais sobre o trabalho na BM. Em algum momento ele lança em voz bem baixa para o acusado não ouvir: *“a vítima antes era prostituta até conhecer ele”*. *“E porque você lembrou disso?”* Ele dá um passo para trás no que dizia: *“Nada, dizem que ex prostituta é ótima dona de casa, é o que dizem.”* Depois dessa conversa refleti sobre o motivo da retirada das algemas do autor da agressão: *“Porque ele é*

130 “A partir de 2012, a Brigada Militar implementou a Patrulha Maria da Penha no estado, composta por uma guarnição de, no mínimo, dois policiais militares com o curso específico de capacitação, sendo um deles, preferencialmente, do sexo feminino. Esta é a única atividade policial que tem como finalidade precípua o enfrentamento da violência doméstica contra mulher 'in loco'. A atuação da Patrulha Maria da Penha assegura, além da presença policial militar, a própria presença do Estado no palco das agressões. As mulheres vítimas da violência doméstica e familiar passam a se sentir efetivamente protegidas para muito além de uma mera ordem judicial expressa nas chamadas Medidas Protetivas de Urgência.” (Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/patrolha-maria-da-penha-avanca-no-enfrentamento-a-violencia-contra-mulher>)

131 A policial civil de um dos plantões foi “tomar o depoimento” de uma senhora, vítima de agressão durante assalto. A vítima emudeceu. Levou tempo para perceber que o assaltante estava há duas macas dela e escutava a tudo.

réu primário e está calmo". Estaria explicado? Ou o que é dito nas entrelinhas tem tanta força quanto o discurso pronto?

Entre distintas hierarquias de masculinidades, tipos de violências podem ou não ser reconhecidas como tal. A inteligibilidade delas passa por múltiplos aspectos como bem vimos no exemplo acima: a dimensão da experiência atravessada pelas relações de gênero. Nenhum homem é mais homem do que é pela necessidade de reiterar práticas discursivas produzida por determinados moldes. A instituição da BM reforça o que é ser homem de verdade no panorama do policial criado desde a infância sob o manto da violência sexista. No Projeto Patrulha Maria da Penha, há apenas uma capacitação anual, ministrada pela própria instituição, sem participação alguma de especialistas na área e/ou de políticas públicas que possuam projetos e ações no campo da violência doméstica, como é bem conhecido no campo da saúde.

No entanto, a Brigada Militar, está ali, no acompanhamento aos casos de violência contra mulher, na escolta às vítimas e autores de violência interpessoal, violência contra idosos e acidentes de queda em via pública, acidentes de trânsito ("A EPTC qualquer arranhão nos chama"), aos homens pegos em flagrante, pessoas em situação de rua agredidas e/ou acidentadas. A BM está para quase tudo na porta de entrada do hospital de trauma.

E o que seria de um corpo se não houvesse quem lhe fizesse a passagem? Essa incumbência produz efeitos: que corpos podem fazer passagem para o hospital? Como se dá essa travessia? Fica a pergunta para mais além; que aparecerá na última parada de sobrevivência de masculinidades criminalizadas, onde as correntes são escondidas pelos lençóis da saúde, lá reside o ressentimento de Estado. Antes lhes aviso novamente para que não esqueçam: a BM ocupa um lugar intenso e paradoxal que começa no pré atendimento hospitalar e continua dentro da emergência hospitalar. "Só tenho a agradecer, eles (policiais militares) foram ótimos, poderiam ter me matado, eu cheguei no tiroteio só para defender um amigo da facção rival", diz o jovem algemado, à médica da emergência do hospital. O soldado confirmou com a cabeça.

Na rua, as dinâmicas são (supostamente) secretas. Já para quem entrou porta adentro, perseverará, nas curvas da sala de espera, as milimétricas rugas da brigada militar com os operadores da saúde. Geralmente cabe-lhes parcimônia; agora é necessário pensar a gestão

da vida acima de tudo. Na emergência não há voz de prisão e uniforme que decida como e quanto tempo durará o fluxo do processo de cuidado em saúde.

Essa parcimônia costuma ter boca fechada e a mirada rasa. As algemas estão nos devidos punhos, os conflitos temporariamente sanados, agora é hora de sentar e esperar. “Não demora muito não. Geralmente o processo leva entre quatro a seis horas”. Isso incluindo hospital, palácio da polícia (para boletim de ocorrência e corpo de delito). “Dá uma tarde”. Essa era a curta resposta do soldado da BM no Hospital Cristo Redentor que havia trazido uma adolescente assaltada por dois garotos pegos em flagrante. Ele achava graça no canto da sala de sutura; de um lado o choro e agitação da menina com a camiseta do time suja de sangue coagulado e o vivo que saía de seu lábio rasgado por um soco. De outro a ameaça da tia: “Se tu não parar de se mexer e chorar vou pedir pro soldado te segurar a força. Tu não quer isso né? Tu tem que ficar feliz, ele conseguiu o teu *Iphone* de volta.”

Depois da sutura, executada com muita suavidade pelos dois residentes buco-facial-maxilares, vou atrás do policial da brigada para me apresentar e tentar uma aproximação. Ele diz: “Os vagabundos foram com meu colega pro palácio da polícia, ficarão no xadrez e eu vim para cá”. Nesse momento a porta por trás de nós se abre: eram os dois residentes buco-maxilo-facial da sala de sutura me chamando para a área reservada aos profissionais de saúde. Ali deixo o policial de rompante, como se fosse puxada para outra dimensão. Eles me convencem de que atendem muitos mais casos de agressão do que a cirurgia plástica (essas são duas especialidades principais na sala de sutura). A residente da “buco”, que já havia me encontrado antes nas salas de descanso do HPS, que como eu circulava pelos dois hospitais de trauma (HCR e HPS) diz: “Aqui no Cristo Redentor é melhor para trabalharmos, pois não preciso internar o paciente porque faltou material, já podemos levar direto para cirurgia.”

O soldado da brigada logo após bate na porta de vidro onde estávamos. A residente buco-maxilo-facial abre uma fresta. “Sabem se vai demorar muito para chamar ela para o Raio X?”

A residente responde: - Não, vamos esperar aqui mesmo pois ela é a próxima, aí já atendemos.

Eu pergunto aos profissionais residentes como é a espera de quem chega por situações de violência como essa. “Não temos como diferenciar, eles esperam no mesmo tempo conforme a classificação de risco, pois casos de violência chegam o tempo todo por aqui.”

Então se espera. Mas há dez anos atrás, no HPS, um policial militar deu voz de prisão depois de ter sofrido um confronto na rua. Porque seu atendimento deveria ser imediato. É uma ordem. “Chegou a algemar o médico, veio parar aqui em cima e deu voz de prisão pro diretor do hospital. Mas o superior dele depois disse que ele não estava muito bem da cabeça.” (gestora HPS)

A gestora da emergência do hospital citou outra briga antiga: convencer a brigada militar que não é da alçada dos médicos da emergência fornecer laudos médicos. Cabe a perícia médico-legal ser realizada pelo Departamento Médico Legal do Instituto Geral de Perícias. Talvez as tentativas dos policiais militares buscavam cortar caminho nesses fluxos, que as incumbências da medicina poderiam ser resolvidas pelo mesmo médico (clínico e deveras perito); uma tentativa de diminuir esse circuito temporal/espacial: rua-hospital-palácio da polícia/DML. Mas isto já está resolvido há muito tempo¹³².

O que não está resolvido é o mistério da tal Classificação de Risco. Os policiais militares devem deixar o mundo explodindo lá fora, mas aos poucos como todo “vivente” a inquietação chega aos dedos polegares sobre a tecla do celular, depois vai para os pés, discretamente de um lado e para outro. Até que o ócio reine:

“O que a gente tem que fazer!?, diz um dos soldados para o vigilante. Vou ter que dar voz de prisão!?” Mais uma mulher havia sido agredida a pancadas pelo marido na cabeça, dessa vez a mulher também é mãe, que reveza numa das mãos dois meninos com cerca de dois e três anos de idade. A mão que sobrou foi para carregar o bebê. Faltam braços para a brigada militar também. O contingente não é suficiente para cumprir o que o projeto Patrulha

132 Mas eles não sabem dizer exatamente quando. E não buscamos aqui congelar acontecimentos como modo de criar uma verdadeira história. Todavia, é interessante para refletir que os profissionais de saúde e gestores temem a própria memória. Quando se está há muito tempo no mesmo lugar as fronteiras do tempo cronológico se fundem com o corpo institucionalizado.

Maria da Penha promete: da dupla que acompanha as usuárias de saúde, pelo menos uma ser uma profissional mulher.

“O vagabundo que bateu nela escapou”, um dos sargentos me conta. No HPS, fui, voltei, entre andares, e ainda estavam lá. Mais de quatro horas de espera. Após reclamação do policial militar conseguiram sanduíches do refeitório para a mãe e as crianças. Sentei ao lado dos dois sargentos da BM na sala de espera, enquanto a mãe, como polvo, havia de carregar os três pequenos rebentos ao banheiro. Se uma policial da brigada estivesse lá, seguraria o bebê? Ajudaria a levar as crianças no banheiro? Os homens nada fizeram. O cuidado está para as mulheres, assim como a bravura (ou brabeza?) está para os homens.

“Como é que uma mulher que sofreu violência doméstica e está cuidando dos filhos pode esperar tanto por atendimento!? Esses casos eram para ter prioridade, mas nunca tem.” O outro policial quieto, faz um gesto quase invisível de “sim, um absurdo”.

Em algum momento sou interpelada a ficar ao lado dos vigilantes em frente à sala de Classificação de Risco. Alguma situação que talvez quisessem me mostrar, não lembro. Depois de cinco horas de espera, os dois policiais, afoitos, abrem caminho para sair pela porta da frente. Param em frente aonde estávamos: “Se a vítima quer ir embora é uma escolha dela! Nós vamos embora!”, disse o sargento para os vigilantes. Ele ameaça dar voz de prisão em suas fantasias de poder a todas(os) da saúde que lhe fizeram esperar. A mãe e as crianças vinham atrás: “Eu tô cansada, estou com crianças aqui, quero ir embora, eles estão cansados”.

O chefe dos vigilantes, receptáculo das angústias, então chamou o técnico de enfermagem das antigas que maneja casos difíceis, leva macas e encaminha pacientes. Outros tentáculos. Ele prontamente resolveria o (des)caso. Mas eram duas crianças chorando, um bebê e dois homens fardados à indignação. O corpo dela não importava mais, tomografia era secundária. O enfermeiro retorna com um encaminhamento, depois de ter ouvido da colega da enfermagem da sala amarela que: “se soubéssemos que ela estava há tanto tempo esperando, passaríamos na frente”. Mas se foram. Alguém haveria de ter avisado na recepção, que avisou a classificação de risco que passaria pelo atendimento médico e pelo exame de tomografia. Se perdeu. Telefone sem fio, mais uma vez. Muitos circulam na sala de espera, mas poucos enxergam o que nela ocorre.

Protocolos de classificação de risco, para além de sua dimensão "técnica", precisariam ser avaliados na sua dimensão "política", contextualizado no processo mais amplo do que tem sido denominado de "racionalização das práticas médico-hospitalares", em particular as estratégias que visam disciplinar, regulamentar e controlar a vida no hospital, introduzindo elementos de racionalização, previsibilidade e controle, com previsíveis impactos na própria institucionalidade da organização hospitalar. A micropolítica, entendida como o conjunto das relações que se estabelecem entre os atores organizacionais, compõem um campo de práticas, saberes e relações de poder, onde se produz o cuidado. Estudar essa perspectiva pode trazer novos elementos para transformações tecnopolíticas pelas quais passam os hospitais nos últimos anos. (Ana Augusta Pires Coutinho et. al, 2012)

O protocolo, é um dos dispositivos ficcionais que usamos para dar sentido e organizar minimamente algo que é de um campo complexo. Delimitar pela ação do objeto técnico (material e imaterial, de ação e matéria) permite a produção de uma ontologia meta estável em um campo variável: uma tendência à similaridade de si, identidade. (Luis Artur Costa,2014). A singularidade das demandas de quem busca um reduto para o corpo traumatizado ensinaria a nós, sobre abordagens efetivas que saem da lógica doença-centrada para usuário-centrada. No entanto, o protocolo, assim como qualquer instrumento universalizado prioriza alguns e esquece outros.

Poderia perguntar o sargento da Brigada "E essa mãe com as crianças, agredida na cabeça, não é um caso grave?". Teríamos que explicar a ele que essas escalas preveem o atendimento às emergências de saúde tomado por uma variante de sintomas físico. São cinco cores: Laranja e vermelha pode ser realizada em dez segundos ("paciente que pode chocar, que perde muito sangue"), amarela e verde "não tem tempo de espera, é o que dá" (gestor HPS). Azul é encaminhada para rede de serviços adequada à necessidade do usuário de saúde.

Não o convencemos? Poderíamos tentar justificar pelo quadro de funcionários insuficiente diante de tantas demandas de saúde. Eram para ser dois enfermeiros em duas salas no HPS, junto a dois técnicos de enfermagem, mas geralmente são apenas um de cada, uma das salas fica desocupada. A BM, sabe o que é isso, o mesmo motivo que justificaria, para eles, parte primordial da ineficácia da segurança pública. Convencidos, paramos por aqui, não questionarmos como a BM pode exercer um acolhimento humanizado para além do policiamento ostensivo, casos que a vida real lhes impunha e que isso pressupõem dissolver lógicas morais relacionadas à relação de gênero e raça. Vamos também omitir, que na

classificação de risco, apesar do discurso de boas práticas e da Política de Humanização serem parte da gestão do Ministério da Saúde, a violência, em sua dimensão da experiência, costuma ser citada por estudiosos da área sendo reduzida, seu começo e o seu fim, no território onde a ação foi vivida. Rua.

“Aqui no Cristo Redentor existe um campo no boletim (eletrônico) de atendimento que é para escrever informações adicionais, o enfermeiro da Classificação de Risco pode colocar ali quando se trata de algo importante, mas o médico raramente vai até o fim da página para ler.” (Residente buco-maxilo-facial). Já no HPS a informação é verbal. A recepção pode (ou não) ir até o profissional da classificação de risco. “Eles não se conversam sempre, pois depende do profissional e da relação entre eles”. (gestora HPS)

Entre recepção e classificação de risco quem consegue melhor comunicação com a enfermeira de plantão são os que ficam no meio disso: os vigilantes do HPS. Enfermeira e vigilante “se falam pelo olhar”, diz um deles. Coincidentemente enquanto o profissional da segurança contava a história do roubo da arma de um colega em um serviço de Pronto Atendimento, um usuário de saúde se aproxima da sala da classificação de risco.

O jovem já havia passado pela triagem (talvez até pelo atendimento médico) e queria falar novamente com a enfermeira. Tantos outros usuários de saúde iam e vinham entre a sala de classificação de risco e as salas de espera. Mas ao ver o jovem negro vestindo boné, roupas largas e calçando um chinelo parado em frente a porta, esperando apenas pelo olhar da enfermeira que o enxergasse, as mãos do vigilante puseram-se prontamente na arma que fica guardada no meio do peito em seu colete. Seu semblante transmutou-se em vigília atenta. Teria a enfermeira lançado ao vigilante a interrogação pelo olhar como sinal de perigo?

O usuário de saúde que estava de costas, de frente para a enfermeira, leva um susto ao ver o profissional da segurança atrás, tão próximo de si. Sua resposta foi investir mais força ainda na mirada, olhando-o de cima a baixo, ao ver que foi tido como um perigo. Quem não fica atento aos detalhes talvez não consiga perceber uma comunicação corporal tão tensa, que começa a eclodir e se esvai em um piscar de olhos.

É preciso impor respeito. “Respeito pelo medo”. “O carro estacionou aqui dentro e eu disse: - O senhor não pode estacionar aqui. – “O que que é, vai me impedir?”. – “Não vou lhe

impedir, é que aqui é para estacionar as ambulâncias e viaturas. Terei que chamar a brigada se o senhor não sair.” Ele arrancou o carro rapidinho. Eles têm respeito pela brigada.” (vigilante). Profissionais de saúde usam essa tática: “quando um paciente incomoda muito pedimos para eles (Brigada Milita) ficarem em frente ao quarto. Só isso já impõe mais respeito.”

O respeito, no capítulo Histórias sobre a “tigrada”: a economia moral no hospital de trauma” foi percebido como valor que produz uma aproximação ideal (segura) entre profissionais e homens criminalizados sem qualquer tipo de envolvimento. Todavia, respeito também é um modo de operacionalizar a violência. Sempre na linha limítrofe, quanto mais intensamente a violência impera como dimensão da experiência, menor o limiar que separa uma leitura da outra. Se leu respeito, um olhar basta. Desrespeito: não respondo por mim.

Baseado em entrevistas com 49 participantes (homens negros) que sofreram agravos por conflitos violentos e foram internados em hospitais nos Estados Unidos, o estudo de John Rich, Courtney Grey (2005, p. 101, tradução minha), revelou que dezesseis participantes (33%) atribuíram sua lesão a uma discussão, e 12 (25%) relataram que tinham sido agredidos por alguém que exigia vingança por um ato de desrespeito passado. Três aspectos principais foram identificados relacionados à segurança após a lesão violenta: “ser um otário” (perda de respeito), “as últimas pessoas que chamo” (falta de fé na polícia) e “sentir-se sacudido” (sintomas relacionados ao trauma). Eles observaram que 86% dos indivíduos que sofreram novamente agravos em saúde por violência interpessoal, sentiram que o “desrespeito” desempenhou um papel em sua lesão. A retaliação também pode advir de tentativas de recuperar a auto-estima danificada e um senso de masculinidade ferido.

Para os agentes da Susepe no Cristo Redentor os custodiados que não respeitarem a eles ou aos profissionais de saúde o castigo é por mais correntes. “Põe nas duas pernas, depois vai pondo em cada braço. Até o cara ficar uma múmia”. Assim, como o respeito está para o ressentimento, a paz está para a guerra. Contudo, a distinção entre público e privado, guerra e paz, mocinho e bandido, produzem táticas de poder que essencializam essas relações e como efeito produzem mais conflitos violentos. *Looping*. As novas características da violência fazem, de fato, com que as diferenças entre as zonas de combate e as zonas de paz não sejam tão aparentes como em épocas anteriores (Tatiana Moura, 2007, 2010).

Militar e humanizada são duas dimensões paradoxais na subjetivação dos agentes policiais, sendo a segunda regida pelos princípios da primeira. A interiorização de princípios como dever, dignidade e respeito ao próximo, se consolidam em relações de poder que se traduzem em uma “humanização disciplinada” (Fábio França, 2018). No entanto, agir estritamente em cumprimento do dever é ensinar aos sujeitos a como eliminar sua culpa diante da violência que possivelmente surge nas ruas, desde que ele compreenda que torturar, espancar e violentar faz parte de buscar um bem maior que é a manutenção da ordem pública e da eliminação dos delinquentes (Arendt, 1999, Apud Fábio França, 2018). As consequências desses fatos é que, agir estritamente em cumprimento do dever é ensinar aos sujeitos a como se livrar de sua consciência a favor da obediência estrita, o que pode eliminar sua culpa diante da violência. Instalado no lugar do queixoso, o ressentido não se arrepende: acusa (Maria Rita Kehl, 2011).

Para os vigilantes do hospital algumas vezes é necessária uma “contenção mais agressiva”, como na vez em que o jovem que chegou baleado, tornou-se agressivo diante de crianças, mulheres e famílias e foi necessário “pegá-lo com mais força” (vigilante do hospital). Os usuários de saúde que ali estavam agradeceram ao profissional pela sua intervenção. No entanto, cena similar, em outro momento, relatada por profissional de saúde foi de um jovem “tendo um ataque de pânico”, ansioso pela espera e pela dor. Um tapa na cara dado pelo vigilante foi sua estratégia de contenção¹³³. A própria enfermeira que havia solicitado a ação do vigilante parece, pelos relatos, ter tido problemas com a instituição, mas não era essa a resposta que ela esperava ao solicitar a intervenção dos profissionais.

Desse modo, a coerção ocupa um lugar entre a moralidade e a penalidade. Trabalhadores no contexto da emergência reiteram lógicas¹³⁴ operadas num contexto

133 Didier Fassin (2013. p. 70), em sua pesquisa sobre a ronda e revista de policiais franceses aos jovens residentes em bairros hegemonicamente ocupados por imigrantes e refugiados, constatou: “Os policiais às vezes afirmam que dar um bom tapa a um adolescente que cometeu uma ofensa menor, como poderia ter feito sem medo em outros momentos, tem um valor pedagógico. Poderia acrescentar que essas punições benignas tendem a ser substituídas por práticas muito mais mortificantes e lesões mais duradouras, que não envolvem o uso de força física. A impotência diante do uso excessivo da força em si envolve uma dimensão moral de humilhação, na imposição injustificada de algemas, por exemplo.”

134 A interpretação das discriminações não se faz no nível individual, mas coletivo. É um fenômeno social que não pode ser reduzido à incriminação de uma pessoa e deve ser apreendido no nível estrutural, em particular as discriminações institucionais que colocam em causa um dispositivo amplo (no caso de nossas arguições o dispositivo da segurança

neoliberal em que a desigualdade social é proeminente. Podemos pensar que a sociedade (os usuários da sala de espera), o empregador (empresa terceirizada), talvez alguns colegas, esperam que a proteção contra o que é reconhecido como comportamento violento/perigoso e não como comportamento de quem sofre, seja combatido com agressividade, como foi no caso do vigilante. Quando o corpo aproxima-se em demasia, a contenção é uma das possibilidades mediadoras¹³⁵.

Exemplos não faltaram para observar os processos de reiteração da violência no interior dos serviços de saúde. Que passa pelas “vias aéreas” do hospital; no modo como se dá o processo de cuidado integral em saúde aos que vivem contextos violentos. Em uma ponta há a invisibilidade do sujeito como aquele passível de sofrimento, em outro extremo, a agressão como única resposta de mediação. Pontas que se unem e formam um nó de constelações afetivas que podemos representar como ressentimento, entre distintas produções de masculinidades inseridas sob conflitos característicos dos indivíduos e dos grupos sociais no contexto das democracias modernas.

O enfraquecimento das democracias conduz ao ressentimento social porque os que se sentem prejudicados não se percebem como co-autores do pacto social, não se vem como capazes de modificá-los e sim como objetos passivos da proteção do estado moderno. Ninguém precisou pedir perdão pelos erros do passado pela dor empunhada pela escravidão, pela ditadura, todos os dias, pela supressão da vida social de alguns. (Maria Rita Kehl, 2011)

Essa dinâmica produz efeitos em embates entre facções e segurança pública que adentram os hospitais. Como pensar humanidade em meio a barbárie? Como que rua, hospital e território penal (os quartos de custódia) agenciam-se entre si constituindo uma inseparabilidade entre os mesmos?

Não é possível compreender as infinitas manifestações da violência a não ser superando a fragmentação intelectual-emocional a que estas induzem por seu próprio acontecer. Assim, a maior das violências consiste em velar os vínculos

especialmente), tal como a instituição policial, e não simplesmente o indivíduo, nesse caso o policial. (Jaime, Pedro, & Lima, Ari., 2011)

135 Ver capítulo “*As dores dos homens: masculinidades na linha limítrofe entre doente e/ou bandido*”.

profundos que qualquer ato violento tem com qualquer outro ato violento.
(Ricardo Tim De Souza, 2001, p. 9)

Estes são os homens em devir (vir a ser) sua própria vítima. Ser uma máquina de guerra, ser uma vítima da guerra.

8. O MEDO FAZ A RONDA: TENTATIVAS DE RESGATES E EXECUÇÕES NOS HOSPITAIS.

Alguns rapazes, vívidos sobreviventes de lesões e perfurações profundas, só têm a agradecer. Quando Renata terminou a residência de medicina no HPS em meados de 1997, acabava vez ou outra voltando para pegar os mimos que eles haviam deixado para ela na portaria do hospital.

Resistem outros gestos de agradecimento. No ano de 2018, um rapaz chega pelo vidro da recepção solicitando um registro de sua internação por ferimento de arma branca como comprovação do afastamento do trabalho. “Ah! Outra coisa: gostaria de saber quando a Dra. Fernanda estará aqui. Eu gostei muito do atendimento dela, ela foi muito atenciosa comigo, gostaria de dar um presente.”

Que bonito, eu pensei. Nem tudo é morte, dor, desgraça, ressentimento. Às vezes é só precaução: “Tu pode deixar na ouvidoria”, responde a recepcionista com *PhD* em porta de entrada da emergência. “Eu gostaria de entregar pessoalmente.” Muito bonito, mas... “Não temos a escala de plantão deles.” O rapaz sai cabisbaixo. A recepcionista ainda lembra de como outro paciente usou dessa justificativa para agredir uma médica após a alta hospitalar. “Ele nem tinha o presente com ele, como saber?” Melhor não arriscar.

Ninguém está livre, de ameaças e agressões dentro do hospital. O serviço de emergência é catalisador de conflitos. É uma mistura de ingredientes: é lugar de iminência da morte, trauma pela violência recém sofrida, de demora, de disputa pelos recursos escassos. Alquimia perigosa, como diria Suely Deslandes (1999).

O profissional da tomografia do HPS levou socos no rosto, ao advertir um usuário de saúde alcoolizado que não parava de se mexer no momento do exame. A gestora garante que, nesses casos, o processo de cuidado em saúde continua, dessa vez com a escolta dos profissionais da segurança. No entanto, esses, nos bastidores do hospital, realizam vez ou outra a retirada de alguns para fora das cercanias da saúde. Porque tem médico que dá um

*Hadol*¹³⁶ e acalma a pessoa, mas e quando o médico se nega a atender? Sai à força pela porta dos fundos.

Diversas táticas para controlar o que fica e o que sai são utilizadas, já nas entradas que seriam de acesso universal para todos, conforme preconiza o SUS, não há barragem que as contenham em sua imprevisibilidade. Se toda vida é vulnerável, tanto é a ilusão de neutralidade de um território institucional que existe para acolher aqueles que foram atingidos pela violência. No primeiro dia de pesquisa a enfermeira residente que me apresentou o hospital pergunta: “Tu viu que é fácil de entrar aqui? Entra quem quer, não tem quase nenhum controle. Até que eles respeitam.”

Os profissionais de saúde preponderantemente conectavam meu tema de pesquisa à violência que é sentir-se exposto, tanto pelos comportamentos de alguns usuários de saúde, como por conflitos armados no interior do hospital. Numa guerra, as ações em saúde buscam zonas de humanidade, de proteção aos civis em meio à barbárie. Enquanto o Direito Internacional Humanitário¹³⁷ considera crime um soldado Sírio entrar armado dentro do hospital, serviços de saúde brasileiros vivem uma enxurrada de situações extremas, em práticas de exceção¹³⁸ que se confundem com um estado de “guerra civil legal”. (José Luiz, 2013, p. 45)

136 O haloperidol é um fármaco utilizado pelo corpo de saúde como neuroléptico, pertencente ao grupo das butirofenonas. Pode ser utilizado também para evitar enjoos e vômitos, para o controle de agitação, agressividade, estados maníacos, psicose e para tratar a distúrbio de Gilles La Tourette. (Fabiana Margonato, et. al, 2004)

137 O Direito Internacional Humanitário é um conjunto de normas que, procura limitar os efeitos de conflitos armados. Protege as pessoas que não participam ou que deixaram de participar nas hostilidades, e restringe os meios e métodos de combate. As partes em conflito devem, a todo tempo, distinguir entre combatentes e não combatentes e entre objetivos militares e não militares. Nem a população civil em geral, nem os civis em particular podem ser objeto de ataques e está proibido atacar objetivos militares se podem causar danos desproporcionais às pessoas ou aos bens civis. Disponível em: <https://www.icrc.org/pt/doc/resources/documents/misc/5tndf7.htm>.

138 Com origem na Revolução Francesa – quando pela primeira vez se criminalizou o inimigo em nome da “humanidade” – o estado de exceção foi aplicado como política de governo na Alemanha, um pouco antes da eclosão da Segunda Guerra Mundial. De medida provisória e excepcional transformou-se em “uma técnica de governo que ameaça transformar radicalmente – e, de fato, já transformou de modo muito perceptível – a estrutura e o sentido da distinção tradicional entre os diversos tipos de constituição” (Agamben, 2003, p.13).

É causa pétrea, nenhuma *Proposta de Emenda Constitucional (PEC)* poderia abolir os direitos e deveres individuais e coletivos reunidos no artigo 5º da Constituição Federal (1988) fundamentados pelo seguinte princípio:

“**Art. 5º** Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes:

XLVII - não haverá penas:

a) de morte, salvo em caso de guerra declarada, nos termos do art. 84, XIX;

De morte, de guerra. Butler, antes, já propora refletir sobre que vidas são passíveis de luto, sendo que *“a ação do sujeito com base em seu estatuto de ofendido produz uma base para legitimar e deslegitimar suas próprias ações violentas.”* (Judith Butler, 2015, p. 251). A autora, intitula seu livro *“Quadros de Guerra” (Frames of War: When is life grievable?)* a fim de repensar o complexo e frágil caráter dos vínculos sociais, sobretudo, considerar quais condições podem tornar a violência menos possível, pois certos enquadramentos éticos estruturam modos de reconhecimento entre vidas matáveis/vidas que importam.

Não estamos em guerra nos moldes clássicos, mas executamos suas racionalidades. “As situações não chegam ao nível de um conflito armado à luz do Direito Internacional Humanitário (DIH), apesar das consequências humanitárias com grande impacto para as comunidades.” (Comitê Internacional Da Cruz Vermelha¹³⁹, 07 de julho, 2016)

O termo humanidade em contextos de guerra sublinha a distinção “civis/não civis”, deve-se separar e proteger aqueles que dela não participam. O tráfico de drogas atravessa direta ou indiretamente a vida de jovens e suas famílias que muitas vezes são obrigados a compactuarem e produzirem ações benéficas à facção territorial. Uma mistura. Não é nem guerra econômica, nem uma guerra política. Mas perpassa a todas elas, numa máquina de criminalização serializada aos homens negros, jovens e pobres.

139 Disponível em: <https://www.icrc.org/pt/document/violencia-armada-em-cidades-brasileiras-e-o-acesso-mais-seguro>.

Tatiana Moura (2010, p.09), defende a ideia de que no Brasil a hiperconcentração territorial da violência armada em contextos de paz aparente e formal pode ser chamada de *novíssimas guerras*. Da *“mesma forma que as guerras irregulares e informais da segunda metade do século XX foram o prelúdio para novas guerras, estamos vivendo um tipo de manifestação da violência que por não corresponder a nenhuma concepção de guerra, é marginalizada e não é tida como relevante.”*

De acordo com o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul (SIMERS), 11 pacientes foram executados no Estado do Rio Grande do Sul em serviços de saúde, desde o ano de 2014 até o ano de 2018. Nesse último ano, além de dois assassinatos, outros 13 casos de violência foram registrados em unidades de saúde, quatro envolvendo homens foragidos do sistema prisional. O SIMERS integra um grupo de trabalho com a Brigada Militar e a Secretaria Estadual da Segurança Pública que busca soluções para combater a insegurança nas unidades de saúde. Entre as ações apontadas, está a necessidade de instalação de câmeras de vigilância nesses locais, para inibir a violência. (Correio do Povo¹⁴⁰, 09 de novembro de 2018)

No hospital, quando menos se espera, na calmaria, armas de fogo inimiga podem cruzar-se. Os agentes da Susepe sentem o cheiro do instante: tentativas de resgate ou execução ao “preso de alta periculosidade”. A fama do sujeito não é pelo número de homicídios que cometeu, nem pelo grau de sordidez que exala, antes é pela sua popularidade no código de honra de homens entre matar e morrer. Ressalta-se que não necessariamente esse homem chegará em custódia no serviço de emergência, ele pode chegar por meios próprios e ser internado em leitos gerais depois de algum conflito armado.

Estando ou não sob escolta, o que esses homens possuem em comum são o amor e o ódio que despertam. São do crime bem organizado (do assaltante de banco às chefias no tráfico de drogas). Os vistos como “chinelão” são esquecidos, mas podem tornar-se imortais no ressentimento do vingado diante da maior traição de todas: ficar com a namorada de quem domina a área. Essa é uma punição que não se espera esfriar. Segundo o agente da Susepe, em março de 2016 o rapaz foi morto por isso a tiros no Hospital Cristo Redentor. Em todo

140 Correio do Povo. 09 de novembro de 2018. Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/pol%C3%ADcia/desde-2014-11-pacientes-foram-executados-dentro-de-hospitais-ga%C3%BAchos-1.281065>

caso, antes que o inimigo retome o fôlego e se refugie, o hospital entra na rota de execução daqueles que exigem que se faça justiça. Ou pode ser o caso de seu outro extremo: a exaltação, (ou temor) pelo sujeito, fomentará aquela missão de protegê-lo das malhas do território prisional. Agora é a hora, nessa passagem pelo hospital.

8.1 Tentativas de execução e as táticas de defesa.

Desculpa perfeita para entrar no serviço de emergência pode ser um tornozelo machucado ao cair da moto. É só chegar mancando e entrar no fluxo: recepção, classificação de risco e antes que passe pelo atendimento médico, o sujeito encontraria o alvo na sala amarela. Usuários de saúde e profissionais que estavam na tarde de 19 de abril de 2016 no HPS tinham certeza de que foram disparados seis tiros. Foi tão rápido, que logo médicos e enfermeiros se puseram a reverter a tentativa de execução do jovem alvejado na sala vermelha; os vigilantes mal conseguiram seguir com os olhos o que estava ocorrendo e usuários de saúde e trabalhadores de serviços gerais gritavam e choravam. O rapaz alvejado recém havia sido salvo e já estava sendo novamente. Campo de guerra.

Nessa época, a mídia já era expressamente proibida de adentrar no HPS porque a notícia correria solta e todos ficariam sabendo quem é o criminoso e onde ele está. Há cartazes de “Proibido Tirar Fotos”, “Proibido Filmar” nos hospitais de trauma, contudo não há tempo e nem espaço disciplinado que supere o poder dos meios de comunicação com a produção de denúncia da violência de um lado, e por outro, a espetacularização em velocidade de banda larga.

Tecnologias midiáticas exercem controle e monitoramento de diversos aspectos da vida social contemporânea. “Ocorrência de vulto” é o nome dado pelos profissionais da segurança pública, principalmente pelos agentes da Susepe, aos crimes com grande repercussão na mídia. Nesse momento é preciso redobrar a atenção. A população cobra posturas, enquanto o risco de resgate ou eliminação do “preso” nos únicos hospitais de trauma (HPS e Cristo Redentor) aumenta significativamente. “Ninguém pode saber na imprensa que eles vêm para cá.”

Por lei, num espaço público, é permitido filmar. O policial civil tenta explicar isso aos colegas da segurança, para que parem de dar *Crocs* nos pacientes que querem filmar o cotidiano do hospital como estratégia de denúncia pela demora do atendimento médico. Os *Crocs* podem ser executados em frente a outros pacientes ou em uma salinha ao lado do Morgue (necrotério), quase saindo do hospital. Esse feitiço, de punir sem que se seja sancionado, por vezes vira contra o feiticeiro. Não é raro que profissionais da segurança tenham que fazer boletim de ocorrência por serem agredidos. Uma mão quebrada, uma torção nos dedos, uma tentativa de roubar o revólver¹⁴¹.

Voltando à descrição da tentativa de execução supracitada no serviço de emergência no HPS¹⁴², a intensa repercussão midiática mostrava o hospital expelindo pessoas chocadas com o ocorrido. Tudo filmado na medida do possível, até mesmo a fuga do rapaz matador de aluguel, fugindo na carona da moto com o comparsa que o esperava numa esquina. Nesse caso, as câmeras de segurança de lojas próximas registraram¹⁴³ o ocorrido, já que o HPS não possui esses aparatos. O presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul¹⁴⁴ declarou no mesmo dia da tentativa de execução que era necessário pelo menos uma viatura da Guarda Municipal em frente ao HPS e um detector de metais:

O Sindicato defende a adoção de policiamento ostensivo nos locais onde a violência é deflagrada, porém, não de guardas terceirizados¹⁴⁵, e sim, de integrantes de

141 Roubo de arma de operadores de segurança: Em dezembro de 2017 na Bahia, um policial civil que estava realizando a escolta de um paciente custodiado fez disparos que atingiram janelas, bandeja de medicação e paredes de uma enfermaria. Houve antes luta corporal com o paciente que tentou roubar sua arma após voltar do banheiro sem as algemas. A Direção do Hospital tomou o comportamento do policial como inconsequente e grave, por se tratar de um ambiente hospitalar. Gil Santos (09 de dezembro de 2017) Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/policial-dispara-5-tiros-dentro-de-enfermaria-do-hospital-do-suburbio/>

142 G1, 19 de abril de 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/bom-dia-rio-grande/videos/v/pacientes-do-hps-vivem-momento-de-panico-com-tiroteio-no-hospital-em-porto-alegre/4968858/>

143 Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=nLq3s9tJrI0>

144 G1, 19 de abril de 2016. Disponível em: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/jornal-do-almoco/videos/v/pacientes-do-hps-vivem-momento-de-panico-com-tiroteio-no-hospital-em-porto-alegre/4969415/>

145 Os seguranças, assim como agentes da Susepe, e os policiais da brigada militar devem ficar em dupla. Três dias depois do atentado, o Sindicato de vigilantes do RS realizou um manifesto contra a redução de quatro vigilantes para três por turno em todo o hospital. Essa já era uma reivindicação, conforme o Sindovigilantes, de dois anos anteriores. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/7116261/>

Guarda Municipal ou da Brigada Militar. O SIMERS integra um grupo de trabalho com a Brigada Militar e a Secretaria Estadual da Segurança Pública que busca soluções para combater a insegurança nas unidades de saúde. Entre as ações apontadas, está a necessidade de instalação de câmeras de vigilância nesses locais, para inibir a violência. (Portal do Médico, 06 de Maio de 2016. Disponível em: <https://portaldomedico.com/noticia/leia/612f54c9-15c0-46a6-8d00-b5c7c85e5cbc/o-medo-de-ser-medico-no-rio-grande-do-sul>)

A guarda municipal, na sua função de proteção de patrimônio público, estará cada vez mais para a ostensividade, assim como aeroportos, casa de shows, casas de banco, câmbio e cercanias militarizadas estarão para tecnologias de vigilância. “Ele chegou num domingo, tá aí, nunca funcionou” (vigilante do HPS):



Imagem: Pórtico de detecção de metal, sua versão menor e uma lixeira. Banheiros ao lado esquerdo, classificação de risco ao lado direito (não visualizável) e ao fundo da imagem a entrada para salas de espera.

Entre o banheiro masculino e o banheiro feminino se posiciona a tática de proteção de risco à violência, quase na mesma época à decisão do porte de armas para os vigilantes. Profissionais de saúde, gestores, SIMERS. Todos clamaram por essas mudanças. Em 2017 o detector de metais já fazia parte do cenário, no entanto de maneira passiva. “Ele está estragado, nunca vi ligado”, diziam os seguranças. “Mas como assim!? Eu que mandei instalar esse detector, como ele não está funcionando?!” Sentada numa das salas da direção, a atual gestora fica perplexa com minha notícia.

O mesmo se repete com a profissional da antiga gestão do hospital (2014-2016): “Mas como assim não está funcionando!? Eu que mandei colocar!” Em sua versão, ela solicitou o pórtico no ano de 2016, depois de um dos médicos da emergência do HPS ser ameaçado com uma arma de fogo na cabeça, por um pai ao ouvir do médico que seria desnecessária a realização de radiografia em seu filho. Alguns profissionais de saúde ao relatarem o mesmo caso diziam que o pai também era policial militar.

Para a profissional da polícia civil, para o médico, para a assistente social, o aparelho está estragado. De todo modo, o maquinário em si não faria distinção entre os sujeitos e suas armas. Qualquer um pode puxar o gatilho; o vingador pode ser um matador de aluguel a sangue frio e também um pai desesperado. É a nossa leitura e as ações que partem dela que encaminham o rumo das práticas de policiamento. O que há de comum acordo nesses entrelaçamentos de histórias é de que sua presença já causaria um certo tipo de alívio.

Como boneca russa que vai guardando partes menores de si mesmo, o pórtico menor é para as bolsas e sacolas utilizadas no momento de entrada das visitas (lembrando que os pertences das visitas são revistados, pois não é permitida a entrada de alimentos no HPS, enquanto que no HCR não há qualquer tipo de revista). E em sua última faceta, havia o aparelho arredondado manuseado à mão, chamado de *Pá*. Mas ninguém sabia onde ele estava. “Essa Pá é a minha mão”, brincava um dos vigilantes.

Profissionais da polícia civil e da vigilância correspondem-se frequentemente em suas ações; um utiliza-se de vasos comunicantes próprio à central da polícia civil para detecção de sujeitos criminosos, outro, produz abordagens diretas entre fronteira de entrada e saída. Quando os vigilantes percebem que o sujeito pode estar armado, “chamam num cantinho” e perguntam discretamente se suas suspeitas conferem. O corpo é máquina com seus próprios detectores morais. Um modo de homens armados (não identificados com o poder policial) desistirem da entrada ao serem abordados.

De um lado com suas câmeras imaginárias de vigilância e de outro com enfermarias cercadas por vidros que ficam ao centro, o *panóptico*¹⁴⁶, encarnação da instituição disciplinar,

146 O modelo Panóptico é um zoológico. Na atualidade é mais do que um modelo ou projeto de arquitetura. Na sua origem, o Panóptico figura idealizada por Jeremy Bentham nas instituições totais, “tem na periferia uma construção em anel; no centro, uma torre; esta é vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do

é reinvestido na sociedade de controle pela possibilidade de escancarar os atos de violência em tempo real. Há o rastreamento incessante das atividades dos cidadãos por dispositivos cada vez mais sofisticados, ao passo que os próprios indivíduos utilizam para ter acesso a essa vigilância, controlando intensivamente às condutas dos demais. Somos chamados então, repetidamente, a assumirmos nosso papel de cidadãos responsáveis pelo controle e pela prevenção de crimes (Jane Jacobs, 2011).

Mas é parte da sociedade de controle, investir na mente dos cidadãos a ideia de que se está sendo observado o tempo todo mesmo que não o seja, essa é a maior função das tecnologias, impedir que determinadas ações violentas sejam executadas, dependendo do autor e do contexto público onde são produzidas. A antecipação da barreira punitiva, com fins mais simbólicos do que reais; mais neutralizantes do que produtivos. (Foucault, 2011:191).

Levou cerca de um mês, diante da minha curiosidade não sanada, para que um dos profissionais da segurança com maior experiência no serviço revelar para mim partes secretas ao próprio hospital: o detector de metais estava apenas fora da tomada. “Tivemos que desligar, ele apita por qualquer coisa o tempo inteiro. As portas dos banheiros são de metal, se alguém abre a porta para entrar já faz barulho.”

O vigilante mais antigo resolve comprovar e liga o pórtico. Abre as portas dos banheiros. Apita. Pega o revólver antigo e em direção a mim passa-o pela máquina, as luzinhas verdes piscam, conforme o grau de metal que percebe. Apita. Nesse ensaio, vai-se revelando, como motivo acima de todos, que ela não funciona porque não há acordo entre a empresa terceirizada e a prefeitura da cidade, que permita juridicamente, utilizá-la num espaço de saúde sem oferecer algum tipo de risco à segurança de outros. Eles concordam de que não há um protocolo de como agir e que assegure situações como:

a) Como usar as *pás* ou revistar mulheres se apenas há apenas profissionais da vigilância identificados como homens? (as mulheres dessa função foram demitidas no HPS)

anel; a construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo às janelas da torre; outra, que dá para o exterior, permite que a luz atravesse a cela de lado a lado” (Foucault, 1999, p. 166).

- b) Como proceder se for verificado que o sujeito possui uma arma? Como irá reter a arma? Não seria essa ação de vigília e exame, um propulsor para despertar conflitos armados na emergência, pondo em risco a segurança de todos(as)?
- c) Aliás, eles possuem aparato legal para revistar uma pessoa?

Em 25 de abril de 2016, Carlos Pires, Procurador Municipal de Porto Alegre, escreve um parecer à consulta sobre a possibilidade da equipe de vigilância do HPS promover revista pessoal de usuários de saúde:

“Considerando a urgência da consulta(...)O tema envolve a resposta à seguinte questão: A empresa de segurança contratada pela Secretaria da Saúde pode revistar pacientes que acessam os serviços de saúde do Município? (...) a utilização de aparatos de detecção de metais parece ser uma medida efetiva e menos restritiva dos direitos em consideração, ao que se poderia somar a identificação dos usuários por meio de catracas ou outros dispositivos e a utilização ou ampliação de sistemas de videomonitoramento. Com essas considerações passo a abordar a possibilidade de que a implementação dessas medidas seja conduzida por agentes de segurança privada. Os agentes de empresas de segurança privada, como já se disse, podem promover a prisão em flagrante (art. 302 do Código de Processo Penal de 1941¹⁴⁷), podendo, em consequência disso promover a apreensão do corpo de delito, bem como podem atuar em legítima defesa própria ou de terceiros. (...) Que uma vez que se tenham adotado medidas tecnológicas para realizar a revista indireta, a administração desses equipamentos pode ser atribuída à agentes de segurança privada, mas sempre que haja resistência a apresentar eventuais objetos detectados deve ser solicitada a presença da Guarda Municipal ou da Polícia Militar. É como penso. À consideração superior. (Disponível em: http://lproweb.proccempa.com.br/pmpa/prefpoa/pgm/usu_doc/parecer_1199-2016.pdf)

Diante da fragilidade no modo como mecanismos de vigilância operam e de seus imprevisíveis efeitos, melhor mantê-lo “estragado”. Afinal, o detector de metais é símbolo de proteção, essa é sua função ativa. Serve mais como objeto transicional¹⁴⁸, da situação extrema

147 O mesmo prevê o art. 5.º, LXI, da Constituição Federal de 1988: “Ninguém será preso senão em flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente, salvo nos casos de transgressão militar ou crime propriamente militar, definidos em lei.” É necessário ressaltar que uma análise do que constitui a legalidade da prisão em flagrante seria imprescindível para essa tese, pelas questões que veremos nesse e no próximo capítulo. Esse foi um dos limites da tese para serem investido a seus propósitos em estudos futuros.

148 Um objeto de conforto, de transição, um manto de segurança. O conceito originalmente foi proposto por Winnicott (2001), psicanalista e pediatra inglês. Na relação mãe-criança, mundo externo-mundo interno, *objeto transicional* ocupa um papel de “*ilusão*” e fica situado em uma zona intermediária, onde a criança se utilizará dele para vivenciar experiências externas, mas sente como se o objeto fosse parte de si. Faz parte, ao mesmo tempo, da “*fantasia*” da criança e também da realidade.

à evitação de novos episódios. De todo modo, a multiplicação de perspectivas subjetivas com o confronto de diferentes matizes da mesma história (como o detector de metais sob o olhar das duas gestoras) pode oferecer uma alternativa à visão unívoca usualmente apresentada nas narrativas. Geralmente, todos esses "contos dos campos" envolvem estratégias retóricas que têm implicações importantes para a forma como o mundo do policiamento é representado. (Didier Fassin, 2017).

No Hospital Cristo Redentor, no ano de 2016, já havia 22 câmeras de segurança ligadas. Apesar dos pedidos, prevalecia o entendimento, pelo diretor do hospital, de que o detector de metais e a revista íntima seriam legalmente inviáveis na rotina do HCR. No Grupo Hospitalar Conceição, (do qual faz parte o Hospital Cristo Redentor), diversas ações de educação permanente foram realizadas com os profissionais da área da emergência no ano de 2016. Estudiosos da área da segurança pública e até mesmo a Cruz Vermelha foram convidados como palestrantes para pensar a prevenção da violência dentro das emergências de saúde:

“Em um período de três anos, duas pessoas foram executadas a tiros dentro do hospital Cristo Redentor, localizado na zona norte da capital, e houve ainda uma terceira tentativa que acabou não consumada. O GHC está planejando a contratação de seguranças externos para o lado de fora do hospital, especialmente nas áreas de entrada e saída dos funcionários.” (Entrevista ¹⁴⁹concedida pela Diretora do GHC Sandra Fagundes no ano de 2016)

A primeira mirada ao entrar no Hospital Cristo Redentor (HCR) são os vigilantes terceirizados armados com fuzis e trajando colete a prova de balas. Causa uma sensação de insegurança a quem chega ao hospital. Depois disso é preciso escolher: como pesquisadora, ou eu entrava pela porta da emergência ou se quisesse ter acesso às enfermarias de internação, deveria passar pelas catracas para a entrada das visitas. Não havia como circular de um lado ao outro a não ser quando estava acompanhada dos residentes buco-maxilo-facial ou pelo cirurgião plástico, profissionais que portavam crachás com chips que abriam portas para mim. Longos corredores davam a sensação do HCR ser duplamente maior do que o HPS, e quanto mais chegava-se ao seu miolo mais o pé direito crescia e a pintura desfalecia. Eu precisava mentalizar como chegar à enfermaria nomeada como *Tigre*:

149 Reportagem na íntegra em: <http://www.sul21.com.br/jornal/clima-de-medo-e-violencia-invadiu-pratica-da-saude-em-porto-alegre-diz-diretora-do-ghc/>

“Tivemos até ontem um caso pesado para você. Era um rapaz que veio baleado e tinha os Bala na Cara na frente do hospital rondando, tentando achar um jeito de entrar e pegar ele.” A técnica de enfermagem conta que a polícia civil levou mais de 24 horas para verificar que o usuário de saúde era foragido do sistema prisional e que a brigada militar precisaria ficar a postos na frente do hospital. “Ainda bem que ele foi embora. Foi tarde”. Dentro dos quartos do hospital, além de não ser raro o uso de drogas trazidas por familiares, ocorre por vezes, a presença de acompanhantes armados quando se trata de alguma chefia de tráfico internada.

O medo é mais real do que a ficção para os profissionais do HCR. Em 22 de abril de 2016, quatro policiais militares, após sofrerem disparos de um carro “suspeito”, foram em direção à emergência o hospital, pois dois deles foram baleados (um de raspão na cabeça e outro no braço). Polícia e facção feridas pelo confronto armado buscaram atendimento de emergência, encontrando-se, coincidentemente, em frente ao serviço de saúde do HCR. A enfermeira há 16 anos considerava “tranquilo” atender baleado, mas ter visto a cena ao vivo foi traumatizante.

O carro da brigada e dos jovens freiam. Começa o tiroteio. O dono da barraquinha do cachorro quente e da fruteira da esquina do HCR saem correndo, o homem recém-saído da emergência, com a perna toda engessada, foge pulando como pode, outros se agacham no chão. Já que quase todo armamento pesado dos quatro traficantes estava no porta-malas, os quatro soldados da brigada conseguiram disparar até que os outros quatro rapazes estivessem mortos.

O agente da Susepe se ressentia pelo policial militar que matou um dos criminosos: “Ele foi acusado de execução porque o cara saiu do carro, se ajoelhou e pôs as mãos para cima: *“Seu, perdi, perdi!!”*¹⁵⁰. O policial agora está sendo avaliado na corregedoria da brigada”. O agente da Susepe defende o profissional, pois como ele poderia saber que o jovem não estava com uma arma na cintura? Por isso é que, conforme os policiais iam atirando nos quatro

150 O vídeo mostra imagens da câmera de segurança do hospital no momento em que o jovem saiu do carro: <https://www.youtube.com/watch?v=CBO63gs3jYU>

rapazes em frente ao HCR, revistavam seus corpos sem vida, levantando a camiseta e baixando a bermuda. Cláudio era um dos que ficaria estendido no chão, apenas de cueca, com o resto das roupas nas extremidades. Ele estaria completando 19 anos naquele dia.

Especialistas¹⁵¹ em segurança pública, em entrevista, analisaram os diversos vídeos que registraram o ocorrido e avaliam que os quatro policiais tanto colocaram a vida deles em risco como a das pessoas das cercanias. Já o comandante da BM¹⁵² acredita que a ação neutralizou (matou) os criminosos, evitando que civis fossem feridos.

Podemos produzir provas fotografadas/filmadas com caráter de denúncia. No entanto, as maiorias dos vídeos que circulam na internet são como um teatro de (na) rua; uma paisagem que pode afetar o outro sem nenhuma permanência até que os registros pelas lentes midiáticas, quando tomadas como analisador de pesquisas sobre conflitos violentos qualificam e expandem as reflexões suscitadas para além da espacialidade onde foram produzidas. Os espaços midiáticos vão para além da gestão da punição pelos meios penais. A morte saiu da era dos suplícios, como o escravo enforcado no que hoje é chamado de Usina do Gasômetro, local de turismo em Porto Alegre, e passa a ocupar intensamente os meios digitais:

“O bandido enquanto tá com munição sai atirando para matar. Eles só param quando acaba a munição, eles iam matar todo mundo se pudessem. Os policiais fizeram bem.” (agente da Susepe). Apesar das câmeras de vigilância constatarem a execução de um dos jovens, no dia 26 de outubro de 2018, cerca de dois anos depois do ocorrido, os quatro policiais militares foram promovidos a subir um degrau na escala hierárquica militar, por ato de bravura¹⁵³, durante ato convocado pelo governador José Sartori.

151 R7, (01 de maio de 2016). Disponível em: <http://recordtv.r7.com/domingo-espetacular/videos/video-mostra-que-policia-militar-executou-suspeito-rendido-em-porto-alegre-rs-14092018>. Vídeo mostra que policial militar executou suspeito rendido em Porto Alegre (RS)

152 <http://recordtv.r7.com/domingo-espetacular/videos/video-mostra-que-policia-militar-executou-suspeito-rendido-em-porto-alegre-rs-14092018>

153 Jornal Do Almoço (26 de outubro e 2018). Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/7116261/>

A guerra é fazer política por outros meios. Ou necropolítica. Achille Mbembe (2013), 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, mas 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 biopolítica¹⁵⁴ que foi retomada pela análise deste autor sobre o *homo sacer*¹⁵⁵ e a *vida nua*.

No presente e multifacetado campo etnográfico, é de extrema importância entender em que consiste a vida nua; a primeira aproximação feita por Giorgio Agamben foi por meio da distinção realizada pelos gregos entre *zoé* e *bíos*. Ressalta o pensador que tais termos eram utilizados para designar porções diversas do que é simplesmente compreendido como “vida”. Enquanto *zoé* reportava-se ao simples fato de viver (fato este idêntico a todos os seres vivos, sejam homens ou qualquer outro animal), *bíos* é o nome atribuído a uma maneira específica de se viver, característica de um simples indivíduo ou de uma coletividade – em outras palavras, a *bíos* simboliza “*uma vida qualificada, um modo particular de vida*” (Agamben, 2003, p. 9). 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).

154 De acordo com Giorgio Agamben (2003), 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”.

155 Numa figura enigmática do direito romano arcaico, Agamben (2003, p. 91) buscou o conceito de *homo sacer*- pessoa que foi posta para fora da jurisdição humana - sem, entretanto, ultrapassar para a esfera divina.

É na suspensão dos direitos essenciais de determinados indivíduos que o Estado (justamente o estado normalizador, disciplinar, biopolítico) opera aquele *velho direito soberano de fazer morrer* - em defesa e pela segurança das vidas sob sua tutela (Carlos Sanches Junior, 2009). Assim, 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.

Vida nua, vida que se pode *deixar morrer*; colocada fora da jurisdição humana, seu exemplo extremo é a vida no campo de concentração. Estando fora da jurisdição, a 'vida nua' é a vida que pode ser exterminada sem que se cometa qualquer crime ou sacrifício. A origem desta expressão remonta a Walter Benjamin, para quem a vida nua seria a portadora do nexo entre violência e direito. Assim, a sacralidade da vida hoje significa a "sujeição da vida a um poder de morte". (Susel Rosa, 2007; Giorgio Agamben, 2003)

A sacralidade da vida não é, como se pode pensar, um direito humano inalienável e fundamental, na modernidade ela é destituída da ideia do sacrifício. O *homo sacer* não faz parte da vida a ser preservada, mas sim da vida descartável, compondo a estrutura de exceção contemporânea. (Da Rosa Susel Oliveira, 2007, p.5).

A vida passa então, a coincidir exatamente com o espaço político, onde exclusão e inclusão, *bios* e *zoé*, direito e fato passam a habitar uma zona de indeterminação. (Márcia Arán; Carlos Júnior, 2007). Assim, a estrutura de exceção se transformou no paradigma biopolítico dos governos atuais.

Agentes de segurança pública, em escolta no quarto de custódia, costumavam relatar-me o caráter mortífero das relações produzidas entre as facções criminosas no estado. "Esses dias deu um tiroteio na Maria do Conceição. Foram oito pessoas mortas em plena luz do dia metendo bala de fuzil e a galera filmando e rindo." (agente da Susepe)

Os espaços midiáticos de cultuação, de um lado, pelas táticas operacionalizadas pelos policiais militares em frente ao HCR, por outro, pelas execuções de gangues rivais, fazem parte

de uma gestão da punição que atravessa e excede os meios penais. O caráter de austeridade no dispositivo de segurança atravessa o campo das masculinidades dentro das comunidades que vivem a pauperização econômica e social. O poder soberano, no presente campo etnográfico, revela um teatro de operações, pode transmutar o que seria porta de acesso do cuidado integral à saúde em frente de detecção de criminosos. O poder soberano, como veremos no último capítulo *“Caixa de Pandora: os males do mundo e a esperança nos leitos de custódia”*, também exerce a humilhação pública social, o castigo àqueles que querem deflagrar as condições de atenção em saúde pela voz e pela imagem. Em seu extremo, mas não necessariamente sem a exposição do culpado, até mesmo a sua execução. A sociedade de segurança “engloba, utiliza, explora e aperfeiçoa, sem os suprimir, os dispositivos disciplinares e de soberania” (Foucault, 1986, p.247).

A partir dessas inteligibilidades criadas em torno da violência no interior dos hospitais, anseia-se pelo caráter ostensivo como solução na qual os vigilantes (os não fortemente armados) não parecem mais capazes de satisfazer. É necessário fuzis, armas. A violência seria então combinada com mais violência.

Em jogos digitais, a escolha por ampla artilharia bélica é infinita. Matar com precisão. Ali a norma de ser um verdadeiro macho é armadura impenetrável, não há saldo negativo a não ser que se mate uma vítima ou outra, aí perde-se uns pontos. O herói dos filmes de ação saca instrumentos de morte enquanto salva inocentes. Sabe definir muito bem a mira em meio à tensão. Não comete erros. Não há acidentes. É justo e implacável na mesma medida. Nesses territórios, as armas são ferramentas que sustentam subjetividades.

Ilusões de masculinidades saem de telas e habitam performances com instrumentos de ataque e defesa que não possibilitam nenhum limiar de segurança plena. Os exemplos supracitados são uma pequena parte do restante, demonstra-nos que presteza e segurança não são conectivos ao uso de armas.

A estética de guerra dos conflitos armados conflui em um jogo sutil, e perigoso. Mecanismos de proteção militarizada, parte dos dispositivos de segurança, no modo como são utilizados, (endeusados na resolução de conflitos), são tentativas de conter, de criar barreiras que acabam por expor ainda mais os profissionais e usuários de saúde à violência.

Esse pode ser o caso do detector de metais caso “funcionasse” de acordo com os vigilantes do hospital.

Mesmo que essas práticas de vigilância (com suas doses de castigo), sejam consideradas táticas anti-morte, pessoas direta ou indiretamente envolvidas na rede do tráfico de drogas são, antes, usuários de saúde e/ou familiares. Adoecem, se acidentam, são lesados. E quando aqui-inimigos pairam no mesmo serviço de emergência de saúde, a brigada militar, como acompanhante, sinaliza que é importante mantê-los sob distância e evitar o confronto. Esse é bala na cara, esse é anti-bala. O hospital difere do sistema penal, (apesar de parecer fagocitado por esse); não faz divisões institucionalizadas entre facções nos quartos do Hospital Cristo Redentor, muito menos no HPS, com seus leitos dispostos lado a lado sem qualquer tipo de separação.

“Caberá ao “Estado de segurança”, fundamentalmente, promover apenas medidas paliativas de contenção, técnicas/procedimentos de evitação ou de repressão, atacando não as fontes, mas tentando simplesmente dirimir os Estados periféricos como os nossos, de milícias paramilitares, de seguranças privadas, quando não ele próprio, enquanto Estado, decreta medidas excepcionais que, em nome de uma pretensa segurança (o “combate às drogas”, por exemplo), que acabam por ser aceitas (ou mesmo desejadas) pela maioria da população e por se tornarem, se não legítimas, pelo menos “legais”. (Rogério Haesbaert da Costa, 2014, P. 33)

8.2 Escolta: de quem é o criminoso?

O cenário não é nem o Hospital Pronto Socorro, nem o Hospital Cristo Redentor. Mas poderia ser qualquer um deles. É novembro de 2018, no Hospital Centenário de São Leopoldo (região metropolitana da cidade de Porto Alegre). Quatro homens invadiram o Pronto Socorro, com pistolas e fuzis rendendo funcionário e vigias. O alvo era Alex. Antes, a advogada já havia sinalizado à administração do hospital a ameaça que vinha sofrendo seu cliente. Apesar dos avisos, o único encaminhamento foi trocar Alex de leito. Em seu lugar ficou um jovem de 19 anos, se recuperando de um acidente de motocicleta.



Imagem: Capa diário gaúcho 10 de novembro de 2018

8.2.1 Brigada Militar

O rapaz envolvido no mundo do crime (Alex) não estava custodiado, mas avisou o hospital de que tentariam matá-lo. O hospital avisou a Brigada Militar que realizou apenas algumas rondas entre o dia e a madrugada¹⁵⁶. A reivindicação do hospital era de que a Brigada Militar, depois desse acontecimento, permanecesse com uma de suas viaturas em frente ao hospital. No entanto, como seria possível, se apenas duas viaturas são responsáveis por 100 mil habitantes na cidade de São Leopoldo? Seria uma viatura a menos. E quem não é preso não é escoltado, rebate o Capitão do Batalhão da BM de referência.

156 “Primeiro, aumentar o número de policiais não reduz necessariamente as taxas de criminalidade nem aumenta a proporção de crimes resolvidos. Segundo, o patrulhamento motorizado aleatório não reduz o crime nem melhora as chances de pegar suspeitos.” (DIDDIER FASSIN, 2013, P. 30, tradução minha)



Imagem: Correio o Povo, 9 de novembro de 2018. Disponível em: <https://guaiba.com.br/2018/11/09/paciente-e-morto-a-tiros-dentro-do-hospital-centenario-em-sao-leopoldo/>

8.2.2 A Susepe

A culpa então seria da Susepe. O alvo (Alex) estava em prisão domiciliar esperando a tornozeleira, pois não tinha vaga no semi-aberto: “Tivesse sido baleado na prisão ou num confronto com policiais, iria ao hospital com escolta¹⁵⁷ em proteção policial”, esclarecem as autoridades do Judiciário.” (Correio do Povo, 10 de novembro de 2018)

8.2.3 A Polícia Civil

Pensando bem, se o rapaz era foragido da lei (de se eximir do cumprimento de semiliberdade), a incumbência seria da polícia civil, mesmo que ele tivesse entrado por meios próprios, pois a PC é a responsável pela investigação e captura dos homens que entram por ferimentos de arma branca (FAF) e arma de fogo (FAB). Porém, a Delegacia de Homicídios de São Leopoldo reclama da dificuldade de relacionamento com os hospitais, que não possuem o amplo acesso a informações e ao depoimento do usuário de saúde para a qualidade da investigação.

¹⁵⁷ A escolta pela Susepe fica a cargo do Departamento de Segurança e Execução Penal aos serviços de saúde.

8.2.4 O hospital

Bom, então só pode ser culpa da direção do hospital que não autorizou que informações necessárias fossem obtidas com rapidez pela polícia civil. O hospital justificou sua tentativa em despistar a morte, reforçando a segurança do serviço e remanejando o ameaçado para outro leito. Para um dos familiares, atônito diante dos disparos no quarto onde estava o jovem Marcelo, morto por engano, as enfermeiras remanejaram os usuários de saúde de um leito para outro, a fim de evitar atender o criminoso Alex. Nessas horas, a culpa pode ser de todos, mas não é da responsabilidade de ninguém.

Dias após o ocorrido, “o Secretário da Segurança Pública do Rio Grande do Sul, Cezar Schirmer¹⁵⁸, disse que era preciso investigar a decisão do 25º Batalhão de Polícia Militar de não manter uma viatura fixa no Hospital Centenário, em São Leopoldo”. (Correio do Povo, 09 de novembro de 2018)

Essas tensões são igualmente percebidas no contexto do Hospital Cristo Redentor e Hospital Pronto Socorro. O vigia do Hospital Cristo Redentor não entende como pode existir uma viatura da BM em frente ao Shopping Center enquanto que há duas quadras dali há um hospital sem escolta. O acompanhamento não é apenas requerido para o corpo criminoso; a escolta é ansiada antes para o corpo da própria instituição, começa nos seus entornos.

Os agentes da Susepe têm a plena certeza de que “sem nós a segurança pública não existe” (gestor da Susepe). Mas e sem a brigada militar? Policiamento ostensivo, Patrulha Maria da Penha, Patrulha Escolar, os homens detidos algemados em suas viaturas quando o sistema penitenciário explode de gente, quisera ser onipresente. É fato não explícito, que Susepe e Brigada Militar possuem alguns desentendimentos e eles residem, em partes, na disputa decisória de quem deverá realizar as escoltas. No sistema penitenciário, BM e Susepe, convivem juntas desde 25 de julho de 1995, quando a Brigada Militar foi chamada pela governança do Estado do RS para terminar com o caos que caracterizava o sistema

158 Disponível em: <https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/pol%C3%ADcia/schirmer-diz-que-tem-que-apurar-bem-decis%C3%A3o-da-bm-de-n%C3%A3o-fazer-cust%C3%B3dia-de-paciente-1.2811066>

penitenciário. Era para durar 180 dias, a administração das prisões sob a guarda de mais de quinhentos policiais militares distribuídos em quatro penitenciárias gaúchas. Dura até hoje.

Existe um jogo de forças em que a cada contexto a corda pende para um lado. É o caso das escoltas nos hospitais. Em agosto de 2014, o 1º Batalhão de Polícia Militar¹⁵⁹(1º BPM) permaneceu durante toda a tarde em uma ambulância do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em frente ao HPS, sob custódia de policiais militares. Os policiais reclamaram que não foram informados pela Susepe para qual presídio o homem iria. Desde o começo do ano, só o efetivo do batalhão fez 17 custódias de presos em hospitais. Situação que, de acordo com a corporação, tirou 50 homens das ruas por um período de 101 dias. Na cidade do Rio de Janeiro¹⁶⁰, em julho de 2017, a situação era similar: mais de 50 policiais militares por dia eram remanejados para fazerem custódia de pacientes internados nos hospitais da cidade.

Cada Estado possui seu modo de organização. Como a escolta em serviços de saúde aos homens privados de liberdade, por exemplo. No Rio de Janeiro quem faz a escolta é a Polícia Militar, mas quem transfere para casas prisionais é a Polícia Civil.

E no Hospital Pronto Socorro (HPS) e do Hospital Cristo Redentor (HCR), de quem é a responsabilidade pela custódia? Depende.

Quando se constitui em Flagrante de delito existiria um circuito comum: Flagrante => Polícia militar conduz a pessoa até delegacia de polícia para fazer a ocorrência => autos (processo) de flagrante é encaminhado ao fórum (máximo 24h) => se a prisão em flagrante não é convertida pelo juiz em temporária ou preventiva, a pessoa é colocada em liberdade => caso seja autorizada a temporária ou preventiva, a pessoa presa é encaminhada ao Presídio Central (SUSEPE). No entanto, quando o itinerário inclui o serviço de emergência, a BM será responsável na escolta no quarto de internação, até que a custódia passe à responsabilidade da Susepe.

159 Disponível em: <http://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2014/08/custodia-de-presos-tira-policciamento-das-ruas-de-porto-alegre-diz-bm.html>

160 Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/hospitais-do-rio-tem-50-policiais-militares-fazendo-custodia-de-presos-21627646>

O que precisamos já pontuar de antemão é de que o sujeito se internado não possuirá, a princípio, o direito de responder em liberdade. De maneira chula: foi pego pela BM ficará algemado até que passe às correntes da Susepe. Liberdade provisória vira direito duplamente dificultado para os engolfados nos fluxos penais quando a primeira parada é pela hospitalização. Mas esse é um (grande) detalhe para o próximo capítulo.

Se o sujeito não é pego em flagrante, mas é procurado da Justiça, o que acontece? Geralmente, esse sujeito, é reconhecido pelo plantão da polícia civil dos hospitais (tanto por indicação pela Central da Polícia Civil como pela recepção do hospital). Nesses dois casos, “o preso é da responsabilidade de quem prendeu até que o processo seja encaminhado para a Susepe.” (relato de policial civil).

“O flagrante depende da fé pública”¹⁶¹, diz um dos profissionais da Polícia Civil. “A BM apenas preenche uma folha e vai para a Delegacia onde ocorreu o fato.” No caso do plantão policial do HPS, a 2ª Delegacia de Polícia de Pronto Atendimento (DPPA) conta com informações do posto policial do Hospital de Pronto Socorro (HPS) e vice versa.

“O atendimento de um flagrante, em uma DPPA, leva em média de duas a três horas para ser concluído. Ele começa com a apresentação do(s) detido(s), geralmente pela polícia militar, e a narrativa do fato ao chefe da equipe de plantão. A seguir, preenchidas várias formalidades, o defensor público é solicitado e se o(s) apresentado(s) tiverem algum tipo de lesão será conduzido ao Hospital de Pronto Socorro. Também será colocado à disposição do indiciado um telefone caso ele queira se comunicar com alguém. Na sequência, o juiz e o promotor de plantão são informados, o condutor é liberado e o preso conduzido, pelo Batalhão de Operações Especiais (BOE), ao sistema prisional.” (Polícia Civil do Estado do Rio Grande do Sul¹⁶², 11/02/2011)

161 “É possível lavar o flagrante de delito quando ninguém mais tiver presenciado a infração penal, além do condutor? Sim, ainda que o preso permaneça em silêncio e só exista a versão dada por quem efetuou a prisão. Contudo, nesta hipótese, ao menos duas pessoas que presenciaram a apresentação do preso assinarão como testemunhas do ato, e não do crime (a doutrina as denomina testemunhas de apresentação, indiretas ou instrumentais).” Disponível em: <https://leonardocastro2.jusbrasil.com.br/artigos/313428773/prisao-em-flagrante-prisao-preventiva-e-prisao-temporaria-distincoes>

162 Disponível em: <https://www.pc.rs.gov.br/policia-civil-de-pronto-atendimento>

Enquanto o policial militar escolta o rapaz, a polícia civil junta quase 30 peças, (segundo o profissional da PC): Capa, ocorrência, oitivas (escuta de testemunhas e do acusado), nota de culpa, antecedentes criminais, boletim de atendimento do corpo de delito, as vezes o IGP (Instituto Geral de perícias do Rio Grande do Sul) entra para identificar o sujeito e a civil fazer o inquérito. “O IGP pode entrar a qualquer momento pois é a polícia investigativa” (policial civil). Esse é o nascedouro de um inquérito penal que caminhará por circuitos tão ou mais incompreensíveis que o poder-saber da medicina.

Não dura mais do que 24 horas para que a Susepe fique de guardiã de homens sob a custódia da Brigada Militar ou pela Polícia Civil. Esse é o chamado “Kit Preso”; documentos para que a prisão preventiva seja expedida para a Susepe. É quando as algemas da brigada militar (ou excepcionalmente as da polícia civil) são substituídas pelas correntes da Susepe. “Inicia com a *captura* da pessoa encontrada em situação de flagrância, caberá assim à polícia civil realizar o inquérito, seguida da *lavratura do auto* pela autoridade competente que se encerra com o recolhimento do conduzido ao cárcere (*custódia*).” (Francisco S. Neto, 2016).

No entanto, apesar das descrições do policial civil acerca do Kit Preso, o coordenador do centro de custódias hospitalares, (na ocasião de visita realizada na unidade de internação de custódia no Hospital Vila Nova), mostra apenas três documentos lavrados (decretados) e simplificados que a polícia civil encaminha à Susepe. São eles:

- a) Nota de culpa: documento de ciência do motivo pelo qual a pessoa está sendo presa.
- b) Boletim de ocorrência civil: O policial militar ou civil que fez a apreensão busca o plantão policial para a devida ocorrência e inquérito. “Brigada Militar na rua é prevenção, a civil entra só depois de consumado” (policial civil)
- c) Ofício à Susepe: Esses dois documentos reunidos dão condições a lavratura do auto: documento de solicitação de encaminhamento à custódia assinado por juiz do tribunal da justiça que avalia a prisão provisória, repassando ao órgão da Susepe que custodiará o sujeito.

O Núcleo de Segurança e Disciplina da Susepe no ano de 2015 contava com 175 agentes, responsáveis pela remoção e escolta diária de, em média, 140 presos somente na região de Porto Alegre, para audiências judiciais ou mesmo para as transferências de uma casa

para outra. Ao todo, são 46 mil transferências e audiências ao ano, sempre com um efetivo totalmente desproporcional ao de presos. Esse Núcleo de Segurança também faz plantão na sede do DSE (Departamento de Segurança e Escolta e Custódia em Hospitais). Segundo o presidente do Sindicato dos Servidores Penitenciários do Rio Grande do Sul (Amapergs), Flávio Berneira Junior, em junho de 2015 os servidores do Núcleo de Segurança e Disciplina da Susepe chegaram a fazer 240 horas por mês, quando o correto deveria ser 160 horas. Também teriam feito escoltas de 53 presos semanais com 12 agentes, quando a recomendação seria de dois agentes por preso. (Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul/Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, 2015).

Uma das soluções, segundo um agente da Susepe, seria organizar uma escala entre profissionais da Susepe e da BM. Isso reduziria drasticamente o deslocamento do efetivo das cidades do interior tanto da BM como da Susepe, bem como evitar deixar um policial militar para cada preso. Ou seja, ele acredita ser desnecessário afastar tantos profissionais se eles poderiam “cuidar” dos presos entre si.

Diante das transformações socioespaciais contemporâneas em termos de estratégias ou mecanismos de descontrole territorial, Rogério Haesbaert da Costa, (2014) trata sobre os processos de contenção territoriais diretamente conjugados ao debilitamento e/ou exacerbação dos mecanismos de fechamento ou reclusão disciplinar. Contenção¹⁶³ é uma expressão de uso relativamente recente, polissêmica, que se estende das esferas mais estritas do campo jurídico (como uma das características do chamado “Estado penal”) e do planejamento territorial (como “contenção da expansão urbana”, por exemplo), para a esfera mais ampla da sociedade como um todo (como “contenção social”). Contenção territorial para o autor é um termo que expõe o sentido ambivalente, a ambiguidade envolvida nas formas contemporâneas de territorialização.

Nesse íterim, através dos quartos de custódia, distintas assunções de poder são tensionadas entre os hospitais de trauma do HCR e HPS. A construção de um quarto próprio à Susepe em uma das enfermarias foi explanado em capítulos anteriores. É uma reorganização

163 Antes havia explorado a perspectiva da contenção física nas práticas de saúde ao que é ora reconhecido como dor, ora como expressão de periculosidade, sempre entendendo a contenção enquanto expressão de poder em seu sentido mais amplo.

muito atual (2017) e compactuada entre Prefeitura de Porto Alegre e a Política de Segurança Pública do RS. Segundo um dos coordenadores da Divisão de Saúde da Susepe eles estavam há 30 anos tentando um quarto para os homens privados de liberdade. Atualmente, o quarto poderia ser muito bem definido como cercania da Susepe, no entanto, as relações de poder de quem manda no território, o que é da gerência da saúde e o que é da segurança pública é um eterno jogo de empates.

Como vimos, a administração do HPS não oferece poder decisório à Susepe de destrancar as janelas ou limpar o ar condicionado mofado. Por outro lado, a enfermeira liga para a policial civil do plantão do hospital, perguntando onde estão as chaves da sala de custódia pois os agentes da Susepe, ao não terem nenhum homem privado de liberdade ocupando o quarto, o trancaram e saíram sem dar um *até mais*. Aliás, não existe bom dia, boa tarde nem boa noite. É entrar e sair. Quaisquer interações que ocorreram entre agentes da Susepe no interior dos quartos de custódia e os(as) profissionais de saúde nos arredores, dependerá da disponibilidade de interação dos sujeitos envolvidos. A policial civil, que foi acessada pela enfermeira por telefone, nada entendia sobre a atitude dos agentes, ela nunca desceu alguns andares para conhecer o quarto de custódia “ali é a Susepe que manda”. De todo modo, para a enfermeira que solicitou a informação, era um absurdo três leitos estarem disponíveis com tantos pacientes aguardando leitos de internação em saúde.

Quando a custódia no HPS ainda era realizada pela polícia civil, Susepe e/ou Brigada Militar na parte de fora da enfermaria, pude em observação de pré-campo de pesquisa no ano de 2016 (passei mais de 24 horas no hospital como acompanhante de familiar com apendicite) observar profissionais da segurança pública realizando a escolta aos homens sentados em um conjunto de cadeiras na frente a uma das enfermarias de internação. O gestor da administração hospitalar dessa época justificou que a presença deles dentro do recinto intimidava não apenas usuários de saúde não privados de liberdade, igualmente os profissionais de saúde. Com suas armas, suas algemas, suas caras fechadas, deveriam então ficar fora da jurisdição do território da enfermaria. Que fiquem no corredor. Ali é a saúde quem manda.

O quarto de custódia, sob seu ponto de vista, oferece maior tranquilidade e segurança aos outros pacientes e profissionais de saúde: “Quando eles ficavam no corredor eles eram

desatentos, deixavam às vezes o fuzil encostado na cadeira para irem ao banheiro. Eu acabei com essa mamata deles terem um quarto de descanso no hospital, eles estão recebendo para ficarem o tempo todo com os custodiados.”

Para os agentes da Susepe está muito bem definido que o quarto no HPS aberto em 2017 é de gerência deles, mesmo que não haja ninguém ocupando um dos três leitos. Já no Hospital Cristo Redentor (HCR), (que já acolheu até nove usuários de saúde) não há cópias de chaves disponíveis, pois os quartos são cedidos pelo hospital. Nem mesmo a poltrona do quarto é deles. Vira e mexe algum agente da Susepe coloca um cadeado entre o pé da poltrona e a maca, para que os profissionais de saúde não a levem embora, para ceder ao acompanhante de familiar de algum(a) outro quarto.

É uma disputa acirrada definir qual dos dois quartos é o mais claustrofóbico. O do HCR, é especialmente pequeno¹⁶⁴, apesar de ser conjugado com outro espaço menor que qualquer vivente duvidaria de sua capacidade para acolher mais duas macas. Essa pactuação é muito antiga, ela emerge, no ano de 2001, com o Grupo Hospitalar Conceição que também agrega o Hospital Conceição em suas seis vagas de leitos de custódia para tratamento de causas clínicas.

Mas como em toda relação há limites, se teme até onde segurança pública é capaz de ir. É bem comum, o Estado Penal se espriar sobre as políticas de bem-estar social; a segurança pública toma conta e às vezes causa mais a sensação de medo do que de tranquilidade em sua presença. “No contexto neoliberal, o medo é a base e o motivo para a constituição do sujeito responsável, confiável e racional. A constante deste tempo se torna então a condução e o controle por meio do medo, pois afinal, o medo é o sentimento mais antigo do mundo (Zygmunt Bauman, 2016)

Tanto no HPS como no HCR predominava entre os agentes e coordenadores da Susepe um certo ressentimento pela não acolhida de suas solicitações por parte de gestores de saúde (administração dos hospitais). Dois agentes no Hospital Cristo Redentor, em frente ao quarto de custódia, que fica ao fundo do corredor que dá para uma janela e a sua esquerda para o

164 Não há fotos disponíveis e é tão pequeno que não conseguiria capturar imagens sem expor os usuários e saúde.

quarto de custódia no HCR, reclamavam da falta de participação da segurança pública na definição das mudanças geradas no hospital após o supracitado confronto armado entre os quatro policiais militares com os quatro jovens traficantes (supracitado nesse capítulo). Era uma constante em seus relatos insegurança que vivenciam no processo de trabalho da custódia nos hospitais de trauma

“Qualquer um pode entrar aqui. Olha aquela porta de madeira, porque ela não foi construída até o fim do teto? Eles podem pular a porta de madeira, podem quebrar o vidro no meio dela e podem entrar. E o que adianta restringir a entrada se o profissional deixa as portas abertas? Qualquer chinelão pode entrar.” A porta de madeira era visualizada por nós no extremo de outro corredor.

Os dois profissionais sublinharam as mudanças arquitetônicas e tecnológicas necessárias. Eles (gestores e agente da escolta) pediram para que fosse instalada: 1) uma grade antes do final do corredor e do quarto de custódia; 2) uma câmera de vigilância “minha prima comprou uma câmera por 120 reais que consegue captar pelo celular, é simples”.

Os dois profissionais não sabem se a equipe de segurança do hospital não soube contratualizar com a direção do HCR essas mudanças, mas se sentem embasbacados relembando o encaminhamento final após todas essas reivindicações que ocorreram pós confronto do ano de 2016 no HCR: Um olho mágico para a porta. E nada mais. “Se houvesse aqui uma grade não teria espaço de mira para alvejar a porta. Qualquer um pode atirar pela porta mesmo fechada e isso poderia nos matar, até porque a poltrona fica de frente pra ela!”

Enquanto passei umas boas horas conversando com os dois agentes da Susepe em frente ao quarto do HCR, alguns pacientes passavam por nós, pois ao final do corredor, que dá para o quarto dos homens custodiados pelo estado, também havia outro quarto para internação do público em geral. “Qualquer um pode, estando aqui dentro, sair atirando.” Logo após, passou por nós um homem negro com muitos pontos de sutura no olho, na orelha e no rosto. Vai para a janela ao lado do quarto de custódia (e ao lado do quarto dele), a abre, e fica olhando para baixo. Os profissionais me olham e dizem, “viu, é isso que estamos querendo dizer.” Pergunto se eles ficam temerosos com a janela. “O Jair (traficante/distribuidor de drogas no RS) se quisesse entraria aqui até de rapel, de helicóptero, esse não é o problema.”

Um dos coordenadores da Divisão de Saúde da Susepe complementa em outra ocasião “Eu poderia melhorar as condições de trabalho e segurança nos leitos de custódia do Cristo Redentor mas a direção não permite, não posso mandar arrumar, os leitos são deles”. Para eles, o HPS é mais seguro que o Cristo Redentor. A policial civil, em outra ocasião, complementa que a entrada das ambulâncias em frente ao HCR é de um compensado muito fino de metal. Fica pelo menos um elogio: “O bom do Cristo é que operam, fazem tudo aqui dentro.”

Pudemos nesse capítulo perceber que o funcionamento do dispositivo de segurança é a forma concentrada de todas as instituições: psiquiátricas, médicas, militares, industriais e pedagógicas a partir do século XIX. Nesse sentido, Michel Foucault (1999) argumenta que a penalidade não serve pura e simplesmente para reprimir as ilegalidades, mas para diferenciá-las, organizar sua economia geral. Deparamo-nos então, com os mecanismos de regulação do poder:

A prisão é a imagem invertida da sociedade transformada em ameaça. No fundo, ela não é criticada porque constitui a expressão mais elevada daquilo que nessa época ocorre diariamente na fábrica, na escola, no hospital e assim por diante, e que faz parte do consenso social; mas, também, porque ela inocenta todas essas instituições de serem prisões, no sentido de que está reservada somente àqueles que cometeram uma infração, delito ou crime. (Cesar Candiotto, 2012, p. 20)

Tal como a vigilância e junto a ela, a regulamentação é um dos grandes instrumentos de poder [...]. As marcas que significavam status, privilégio, filiações, tendem a ser substituídos ou pelo menos acrescidas de um conjunto de graus de normalidade, que são sinais de filiação a um corpo social homogêneo, mas que tem em si mesmo um papel de classificação, hierarquização e distribuição de lugares. Em certo sentido, o poder de regulamentação obriga à homogeneidade, mas individualiza, permitindo medir os desvios, determinar os níveis, fixar as especialidades e torná-la úteis (Foucault, 2002, p. 82).

Todavia, o “Estado penal” deve ser questionado em seus custos, eliminar o crime, dependendo das táticas do dispositivo da segurança, produz custos muito superiores aos benefícios obtidos pela sociedade. O capitalismo neoliberal é também aquele que, de algum modo, condena um “sistema disciplinar exaustivo” e, nas palavras de Foucault, “convive bem com certa taxa de ilegalismo e se veria em grandes dificuldades se quisesse reduzir indefinidamente essa taxa de ilegalismo”. (Foucault, Apud Lagasnerie, 2013, p. 160)

A análise procurou mostrar que as práticas disciplinares enquanto parte dos dispositivos de segurança, têm um alcance que vai muito além dos muros da instituição, ao constituir tecnologias de poder que, partindo das práticas prisionais, espalham-se por toda a sociedade, como nos hospitais.

A indispensabilidade da segurança pública para a proteção do hospital, convive com a necessidade da saúde manter um distanciamento ideal, pois as fronteiras do que é penal e do que é terapêutico, processos de medicalização e criminalização são tão borrados quanto detectar o sujeito criminoso e evitar a tragédia antes que essa habite o interior hospitalar. Essas doses de tensão parecem ainda mais profundas se considerarmos as relações de poder apenas entre os atores sociais da segurança pública em questões como: Quem deve ser o guardião que vigia o hospital e que conterà os impropérios da cidade? Esse é um campo inacabado e em constante transformação.

8.3 E se eu fosse o(a) dono(a) dessas chaves? Do hospital penitenciário aos hospitais de trauma.

O itinerário em saúde dos homens sob a tutela do Estado é campo de tensões e bifurcações; inclui o caráter indispensável dos hospitais de trauma como o HPS e o HCR nessa rede de atenção em saúde. Não importam os destinos de saúde para homens envolvidos em conflitos violentos, há um fluxo de sangue que se esvai em situações entre vida e morte mais rápido do que a velocidade dos fluxos da segurança pública.

Esse capítulo emerge como tentativa de suspender alguns momentos históricos em relação à saúde dos homens privados de liberdade no RS que nos permita identificar os destinos das demandas em saúde prisional, através dos marcadores de poder que vão constituindo novos fluxos e reatualizando outros perante as hierarquias de poder, que ora escapam a alguns atores sociais, ora são capturadas nesses enlaces entre saúde e segurança pública.

O antigo e o atual coordenador ligados ao Centro de Custódia Hospitalar da Susepe, advertem que não é uma tarefa fácil gerenciar permanentemente homens sob a custódia do estado, que entram e saem, remanejados seguidamente entre os leitos de internação

existentes. Para nos familiarizarmos com cada serviço de saúde, eles nos cederiam as chaves de cada uma das portas por alguns instantes, para termos a sensação de habitar distintos tempos e espaços; territorialidades de atenção em saúde de média e alta complexidade híbridas, entre o penal e o terapêutico.

Não espere nada mais do que o conhecimento empírico dos homens da segurança pública para entender como funciona o terreno híbrido punitivo-terapêutico. Para eles não há nada escrito sobre a história da saúde no interior da segurança pública ou da segurança pública no interior da saúde. Existem poucos estudos nessa seara, de todo modo, o que importa é justamente esse apagamento de registro e de memória da saúde prisional e que se espalha nos processos de gestão de segurança pública.

De um século para outro passamos da Lei de Execuções Penais de 1984 e a Constituição Federal de 1988 (onde não havia avanços legais substanciais na área da saúde prisional) para o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial nº 1777, no ano de 2003. Em corresponsabilidade com os Ministérios da Saúde e do Ministério da Justiça, as chamadas Unidades Prisionais de Saúde, no modelo de Estratégia de Saúde da Família, passaram a ter a responsabilidade de compor o atendimento na prevenção e promoção da saúde, bem como na contratação de “Agentes Promotores de Saúde”. O atendimento com o incentivo das três esferas do governo, passaria a ser realizado por equipes multiprofissionais disponibilizadas pelas Secretarias de Saúde dos Estados, funcionando 20 horas semanais dentro do espaço da prisão (Helen Barbosa Dos Santos; Henrique Caetano Nardi, 2013).

Em 2014, o Plano de Atenção à Saúde dá lugar à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional¹⁶⁵, expandindo a atenção integral à saúde do homem privado de liberdade, através de diretrizes com foco na longitudinalidade do cuidado, atenção em saúde às famílias, integralidade e intersetorialidade

165 Considerando que essa política de saúde foi elaborada pelo Grupo Condutor Interministerial, conforme Portaria Interministerial nº 1.679, de agosto de 2013, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade contempla a totalidade da população prisional, incluindo os que estão em regime fechado, aberto, prisão provisória e os detidos em delegacias. Ademais, incluem-se nas ações de promoção e prevenção em saúde os trabalhadores em serviços penais, os familiares e demais pessoas privadas de liberdade.

das ações. Até o ano de 2018, foram habilitadas trinta e seis (36) Unidades de Atenção Básica em Saúde Prisional vinculada ao Departamento de Ações em Saúde (DAS) da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS).

No que se refere a saúde de média e alta complexidade, o Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA/SES/RS) responsabiliza-se pela gestão de leitos de internação de custódia por parte das políticas de saúde. A SUSEPE, na perspectiva de um dos profissionais experientes da instituição, mantém convênio com cinco hospitais de Porto Alegre para atendimento à população carcerária. O último encaminhamento pela Secretaria de Saúde do RS, foi a RESOLUÇÃO Nº 099/18 – CIB/RS que estabelece a ampliação e garantia do acesso à assistência hospitalar por meio do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) às pessoas privadas de liberdade do sistema prisional. Devemos salientar, que a regulação de leitos já existentes e novos, permanecerá sendo realizada pela Divisão de Saúde da SUSEPE.

Art. 3º - Para habilitação dos novos Serviços Hospitalares para Atenção Integral à Saúde da População Privada de Liberdade no Sistema Prisional em Hospitais Gerais cabe ao prestador seguir os seguintes critérios:

I. Manter atualizado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, conforme leitos totais disponíveis (os leitos a que se referem a presente resolução não possuem código específico no CNES- DATASUS). II. possuir unidade com leitos exclusivos, destinado ao atendimento da população privada de liberdade no sistema prisional, em conformidade com critérios de segurança da SUSEPE. III. prestar assistência hospitalar e ambulatorial com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. IV. garantir as adequações físicas necessárias, a fim de viabilizar o atendimento hospitalar a pessoa privada de liberdade. V. ter a ciência do gestor local. (Secretaria De Saúde Do Rio Grande Do Sul, Resolução Nº 099/18 – CIB/RS, 19 de Abril de 2018)

A saúde aos homens privados de liberdade se divide em cinco serviços de média e alta complexidade, de acordo com os profissionais da Susepe que trabalham a mais de 10 anos na instituição:

- Hospital Nossa Senhora da Conceição (Grupo Hospitalar Conceição): Tratamento clínico e cirúrgico especializado;

- Hospital Municipal Vila Nova (Associação Municipal Hospitalar Vila Nova): Tratamento clínico, cirúrgico e desintoxicação química;

- Hospital Municipal de Charqueadas (Associação Municipal Hospitalar Vila Nova): Tratamento clínico, cirúrgico e desintoxicação química.

-Hospital Cristo Redentor (Grupo Hospitalar Conceição): Tratamento ortopédico e traumatológico.

- Hospital de Pronto Socorro (hospital da Secretaria de Saúde de Porto Alegre): Atendimento de urgência/emergência e traumatológico.

Enquanto que no HPS (3 leitos) e no Hospital Cristo Redentor (4 leitos), a gerência sobre os leitos de custódia é considerada por gestores e agentes da Susepe da saúde como leitos cedidos à saúde prisional, no Hospital Vila Nova (50 leitos)¹⁶⁶, no Hospital Conceição (6 leitos) bem como no Hospital Geral de Charqueadas (30 leitos) quem manda nos fluxos de entrada e saída (regulação dos leitos) é a Susepe; ela “paga o aluguel” e a saúde disponibiliza os recursos para o cuidado em saúde. A partir dessa perspectiva narrada pelos gestores e agentes da Susepe, outras distinções também se referem a escolta: enquanto a Unidade de Saúde Prisional no Hospital Vila Nova e no recente Hospital de Charqueadas, bem como o Hospital Conceição¹⁶⁷ possuem equipe de custódia fixa, no HPS e no HCR, por exemplo, há um quadro de profissionais a serem remanejados. Iremos detalhar logo mais essas diferenciações.

Um outro aspecto importante é que nem sempre os hospitais servem aos propósitos supracitados, não é raro que os usuários de saúde fiquem internados além do necessário (tanto no HPS como no HCR), até mesmo um mês após a alta, na espera por inserção em alguma casa prisional com vagas disponíveis. “É um risco de fuga quando o preso já está bem e não tem onde por ele.” (gestor Susepe).

8.3.1 O Hospital Penitenciário

166 O Hospital Vila Nova não é um hospital de trauma. Todavia, a imersão no local aprofundará a necessidade de trazer o Hospital Vila Nova com seus 50 leitos de custódia custeados pela SUSEPE enquanto um caminho que os homens fazem do HPS para lá e de lá para as casas prisionais.

167 Hospital Vila Nova e Hospital Charqueadas são unidades de custódia hospitalar sob gerência direta da Susepe.

No Rio de Janeiro, o Hospital Souza Aguiar, “está no coração de uma parte extremamente vigiada”. Fica no quadrilátero Corpo de Bombeiros, Secretaria de Segurança Pública, Batalhão de Choque da Polícia Militar e o Maracanã, onde aconteceriam os jogos olímpicos, conforme reportagem da Globo News¹⁶⁸. O homem conhecido como Fat Family, em 20 de junho de 2016 foi resgatado por 10 a 15 homens que participaram do processo de fuga. Um PM foi baleado e um técnico de enfermagem foi morto. Um dos PM’s envolvidos na custódia desabafou que apesar de sua solicitação, não foi lhe dado fuzil, o rádio portátil não funcionava, nem fora cedida uma viatura para cercar o local.

O então Secretário Estadual de Segurança Pública do Rio de Janeiro declarou a necessidade de construção de Hospital Penitenciário dentro do complexo penitenciário de Bangu¹⁶⁹ ou, pelo menos, a criação de Hospital de Campanha gerenciado pelas Forças Armadas para que não se precisasse fazer um “verdadeiro turismo com o ferido pela cidade”. No Rio de Janeiro, na época, existiam cinco unidades hospitalares e uma UPA¹⁷⁰ gerenciada pelo sistema prisional do RJ, porém, quando um preso precisava de cirurgia de média e alta complexidade era encaminhado para serviços hospitalares da rede pública. Até 2006 existia um grande Hospital Penitenciário no complexo Frei Caneca, mas foi implodido pelo Estado do RJ, junto com toda estrutura.

Mal sabe o secretário que há um rombo na história da segurança pública do Rio Grande do Sul que não permite prevalecer o desejo de tantos que ainda querem ver bem longe¹⁷¹ da

168 <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/videos/t/todos-os-videos/v/secretario-do-rj-quer-que-presos-feridos-sejam-tratados-em-hospital-penitenciario/5107494/>

169 O Complexo Penitenciário de Gericinó, antigo Complexo Penitenciário de Bangu, é um complexo penitenciário situado no bairro de Gericinó, na Zona Oeste da cidade do Rio de Janeiro. É composto por 25 unidades prisionais, incluindo [hospitais](#), [institutos](#) e [penitenciárias](#).¹⁴¹ É administrado pela [Secretaria de Estado de Administração Penitenciária](#) (SEAP) por meio da Coordenação de Unidades Prisionais de Gericinó.

170 A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) faz parte da Rede de Atenção às Urgências. O objetivo é concentrar os atendimentos de saúde de complexidade intermediária, compondo uma rede organizada em conjunto com a atenção básica, atenção hospitalar, atenção domiciliar e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192. <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/unidade-de-pronto-atendimento-upa-24h>

171 Embora afirmem estarem acostumados a conviver com pacientes algemados, policiais com armas em punho, como minimetralhadoras, pontuam que gostariam que tais indivíduos fossem atendidos em outro lugar, numa rede hospitalar própria e sob responsabilidade policial. (Suely Deslandes 1999, p. 102)

cidade as masculinidades encarceradas que habitam os hospitais gerais. Muitos ainda acreditam no modelo hospitalocêntrico prisional¹⁷² como eficaz para problemáticas sociais vividas na atenção à saúde prisional. “Seria mais seguro se tivéssemos um serviço completo dentro do sistema penitenciário, pois não precisaríamos fazer escolta.” (gestor Susepe).

Temos a tendência de quantificar e qualificar os tempos de barbáries. Criamos ilusões de passados ou futuros tranquilos. Quando é proferido discursos acerca da criação de serviços de saúde próprios à população prisional, esquece-se que rebeliões, fugas, mortes ligadas aos territórios onde a segurança pública impera, sempre ocorreram. E nenhum dos acontecimentos foi mais dramático do que o mais longo motim da história penal gaúcha. Em 1994, o Hospital Penitenciário¹⁷³ seria o *locus* perfeito para ensaiar a maior fuga da história do sul do país.

Um dos pavilhões superlotados, antes fora o Hospital Penitenciário (HP), nascido em 1974 sob gerência da Susepe. Era feito de quatro pavimentos, em Prédio anexo ao Presídio Central, hoje nomeado como Cadeia Pública de Porto Alegre¹⁷⁴, situado nos fundos da prisão. Fornecia assistência médica a toda população carcerária do Rio Grande do Sul, cirurgias de média e alta complexidade com UTI e bloco cirúrgico. Em seu trânsito interno circulavam profissionais da saúde, segurança, presos trabalhadores, usuários de saúde privados de liberdade e uma permanência sem revistas periódicas. (José Coiro; Diego Casagrande, 1997) Também contava com álcool, bisturis e outros materiais cortantes: “Os presos de vários estabelecimentos penais, simulavam moléstias para se encontrarem no Hospital Penitenciário (HP) e tratarem alianças e estratégias do mundo do crime, além de também ficarem à espreita

172 O Hospital seria o cerne de um cuidado em saúde centrado em sintomas e doenças já instaladas. O modelo hospitalocêntrico não reconhece o cuidado longitudinal e próximo da população, que seja capaz de resolver problemas simples e acompanhar as pessoas, como na atenção primária em saúde ou em serviços especializados.

173 Segundo Renato Dornelles (2017, p.46), a Penitenciária Estadual passou a ser Centro Penitenciário de Porto Alegre, constituída pelo Presídio Central, a Casa do Egresso, o Hospital Penitenciário, e o Instituto de Biotipologia Criminal e a Escola Penitenciária. Lembrando que segundo o mesmo autor (25/10/2018, Gaúcha ZH) as penitenciárias, pelo ordenamento jurídico brasileiro, são destinadas a presos condenados. Presídios, por sua vez, a presos provisórios, que ainda aguardam julgamento, com a possibilidade de serem absolvidos ou condenados.

174 Lembrando que cadeia é para presos provisórios que ainda não foram julgados, no entanto a Cadeia de Porto Alegre abriga também condenados. Ressalta-se que o município possui mais presos provisórios do que julgados.

para uma possível fuga, uma vez que a segurança do local na época era frágil e deficitária.”
(agente da Susepe)

Em 1983, Zezinho, comprou um catarro infectado para ir de sua cela ao Hospital Penitenciário e de lá para o Sanatório Partenon onde foi resgatado por comparsas. Em 1987, diversos presos, em tentativa de fuga, fizeram 17 reféns no interior do Hospital Penitenciário. Entre essas e outras, esse serviço de saúde também era refúgio de proteção às ameaças de morte. Para tanto, valeria cortar a própria barriga e ficar um dia a salvo numa das enfermarias. (Renato Dornelles, 2017)

No motim de 1994, em uma Porto Alegre de quase zero *graus celsius*, seis dos presos mais perigosos do estado davam início a uma rebelião muito bem combinada que teve início no interior do Hospital Penitenciário. “Mantiveram 27 reféns, enquanto negociavam com uma comissão formada por representantes dos três poderes, da polícia civil e da brigada militar.” (Renato Dornelles, 2017, P.132). Trinta horas depois, o episódio terminou com a rendição de Melara (que já se estabilizava como um dos grandes líderes dos presídios rio-grandenses), com cinco pessoas mortas (quatro fugitivos e um policial civil) e com onze feridas, além de ter intensificado a preocupação coletiva diante da situação da segurança no Rio Grande do Sul, especialmente quanto às prisões (Marcelli Cipriane, 2016, P.109)

O braço-direito de Melara era Linn, que ao fim da perseguição e das tratativas, saiu do Hotel Plaza São Rafael levado ao HPS com um ferimento na cabeça. Temendo que outros bandidos pudessem fazer o resgate, os médicos logo o liberaram. (Renato Dornelles, 2017, P.132).

O Hospital Penitenciário explodia e o HPS apagava o fogo. Fornecia o cuidado em saúde aos homens privados de liberdade, aos profissionais feridos. Esse serviço de saúde sempre fora nessas histórias, a salvaguarda de vidas. É uma história antiga, junto ao medo de ataques armados para resgate de presos.

Após o motim de julho de 1994, a estratégia da segurança pública estadual articulou outras táticas de gestão de saúde. Mais seguras, menos dispendiosas. As autoridades da segurança pública propuseram então, ao então Governador Alceu Collares, a extinção do Hospital Penitenciário. Isso ocorreu já no mês de agosto de 1994.

“As razões para essa decisão, era em primeiro lugar, pelo fato de que a instalação hospitalar era precária e obsoleta, não dispondo de uma estrutura hospitalar com um mínimo de equipamentos e materiais necessários para uma adequada prestação do serviço. Em segundo lugar, porque os recursos humanos também eram precários, não dispondo de um quadro efetivo de servidores da área da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem), sendo atendido por profissionais cedidos da Secretaria da Saúde em número aquém do necessário e pessoal não treinado e sem formação específica para trabalhar com pacientes desse perfil (presos)”. (agente da Susepe)

Todavia, o hospital penitenciário em 1995 não encerrou suas atividades. Assim como a gerência do sistema penitenciário, o HP passou a ser administrado pela Brigada Militar. O Hospital Penitenciário então ficou sob os seus cuidados até o de 2001, quando a gestão e as ações em saúde retornaram para a Divisão de Saúde da SUSEPE do Departamento de Tratamento Penal ¹⁷⁵. (Margareth Christoff, 2007)

Não durou mais de um ano. Contrária às opiniões da BM, e da coordenação de marcação de consultas do HP, no ano de 2002 decidiram extinguir de vez o serviço de saúde, já em situação precária de recursos humanos e materiais, além de ser avaliado como serviço de alto risco de exposição a tentativas de fuga.

Para atendimento médico de média e alta complexidade à população prisional, cogitou-se a criação de um novo Hospital Penitenciário dentro da Penitenciária Modulada Estadual de Charqueadas, já que havia estrutura física disponível e adequada nesse estabelecimento penal e não se precisaria mobilizar agentes da Susepe para escoltas até os serviços de saúde de Porto Alegre. Mas a construção do novo hospital penitenciário foi financeiramente inviável, tanto na aquisição de equipamentos médicos como na contratação de servidores da área da saúde.

175 Conforme Decreto Nº 48.278, de 25 de agosto de 2011, ao Departamento de Tratamento Penal (DTP) cabe planejar, coordenar, orientar e supervisionar políticas e ações de saúde física e mental, assistência psicossocial e jurídica, educação, capacitação profissional, cultura, esporte e lazer das pessoas privadas de liberdade, bem como outros julgados convenientes e necessários.



Imagem: Arquivo pessoal Renato Dornelles, (2019). Abandono: Lixão na Penitenciária Estadual de Charqueadas e à direita obras do que seria o novo Hospital Penitenciário de Charqueadas.

O fechamento do Hospital Penitenciário em 2002 foi um marco inicial de novas políticas de implantação. Optou-se por fazer parceria com hospitais de Porto Alegre para atendimento da população carcerária. O Estado aluga quartos/vagas nos hospitais e disponibiliza Agentes Penitenciários, “sendo este custo razoável e extremamente inferior ao que o Estado gastaria se tivesse que arcar com estrutura hospitalar própria em Charqueadas.” (agente da Susepe)

8.3.2 Centro de Custódia Hospitalar Vila Nova

No RS, em 2001, já existiam cinco leitos cedidos à Susepe pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição, especificamente aos agravos em saúde clínicos. Reitera-se que a escolta nesse serviço é de escala permanente. Segundo Margareth Christoff (2007) não havia qualquer documento formal, a internação era realizada no Hospital Conceição pelo SUS e a Susepe mantinha 24 horas a vigilância sobre esses leitos. De todo modo, até o ano de 2003, os serviços de saúde aos homens privados de liberdade eram de responsabilidade única do Ministério da Justiça, em articulação com os órgãos de justiça e da segurança dos respectivos Estados e do Distrito Federal (DF).

Com a implantação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário e para sanar a demanda de saúde daqueles que já estão custodiados pelo Estado, o Hospital Vila Nova, instituição filantrópica que hoje se constitui como serviço de saúde 100% custeado pelo SUS,

a partir do ano de 2002, começaria a receber incentivos financeiros da secretaria de segurança e justiça para manter 18 leitos de internação próprios à Susepe. Era um modo da direção do hospital manter o hospital aberto em meio aos recursos deficitários¹⁷⁶ e a segurança pública firmar um território de ocupação às demandas de saúde.

Muitos hospitais na época não aceitaram convênio com a Susepe (como o Hospital Parque Belém). No entanto, a parceria com a Associação Hospitalar Vila Nova¹⁷⁷ fortificou-se e em outubro de 2010, o executivo investiu, por meio da Secretaria da Saúde, R\$ 500 mil para a reforma e construção do novo locus de atenção em saúde prisional de média complexidade, chamado de Centro de Custódia Hospitalar Vila Nova, que passou a contar com 32 leitos. Em março de 2011 uma nova ala foi aberta com mais 18 leitos específicos para o tratamento de dependentes químicos.



Imagem: Governo inaugura unidade de saúde prisional no Hospital Vila Nova - Foto: Paula Fiori / Palácio

Piratini

176 A Associação do Hospital Vila Nova foi fundada em 2002, assumida pelos próprios funcionários devido à falência decretada pela sociedade privada que administrava a instituição. “É um hospital reconhecido por seu trabalho social, pois recebe e aceita pacientes rejeitados em qualquer outro centro hospitalar da cidade”, elogiou o vereador Dr. Thiago Duarte (PDT). Câmara Municipal de Porto Alegre (06/10/2009). Disponível em: http://www2.camarapoa.rs.gov.br/default.php?reg=10541&p_secao=56&di=2009-10-06

177Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/governo-inaugura-unidade-de-saude-prisional-no-hospital-vila-nova>

Na época, conforme declaração do diretor do Hospital, Dirceu Dalmolin, as novas instalações permitiriam acolher o mesmo número de leitos que seria na rede hospitalar geral. Os homens privados de liberdade então seriam encaminhados diretamente para a instituição; o objetivo seria absorver 90% da demanda de internação do sistema prisional, processo este, requerido há mais de 20 anos¹⁷⁸.

A ala de saúde prisional no Hospital Vila Nova (50 leitos/total) está inserida no itinerário de atenção em saúde aos homens privados de liberdade por duas vias: ou os homens vêm diretamente de casas prisionais (o mais comum), ou vêm de internações que passaram pelos hospitais de trauma (HPS e HCR) quando pegos em flagrante, em liberdade condicional ou foragidos.

Minha última parada, (depois do campo etnográfico intenso no HPS, algum tempo para o HCR e uma imersão na SAMU), foi passar uma manhã na Unidade Prisional do Vila Nova. Um dos coordenadores da Divisão de Saúde da Susepe e seu colega desabafam sobre a imprevisibilidade da ocupação entre esses serviços hospitalares. Começa pela indisponibilidade entre os leitos de custódia do HPS ou do HCR, assim, seu encaminhamento depende de onde há vagas naquele momento. No encaminhamento para o Hospital Vila Nova o mesmo empecilho: por vezes a ala especial para os envolvidos na facção Bala na Cara ou para os Anti Bala na Cara está lotada. A ala prisional de saúde no Hospital Vila Nova (e possivelmente será assim na unidade do Hospital Geral do município de Charqueadas implantado ao final de 2018), é protótipo de um pavilhão penitenciário. Os leitos são dispostos em celas, não é necessário atarem os homens a correntes, pois são separados conforme facções “Quase se mataram uma vez, temos que separar como no *Central* (Cadeia Pública).” (agente da Susepe)

Então havia leitos-cela para os Bala na Cara de um lado (6 leitos), de outro, leitos-cela para os Anti-Bala na Cara e outras facções como o V7. Havia também mais leitos-cela divididos entre trabalhadores do Presídio Central custodiados pela segurança pública com aqueles que

178 Em 25 de julho de 1995, os oficiais da PM assumiram a direção de quatro penitenciárias gaúchas, trazendo consigo 500 policiais militares.

cometeram crimes sexuais e bem no fundo de todo esse conjunto, leitos-cela de isolamento para aqueles em situação de adoecimento por tuberculose.

No circuito da segurança pública, não é segredo que vez ou outra se um apenado for encaminhado para algum exame fora da cercania onde é escoltado 24 horas por dia e se não houver viatura e nem trabalhador disponível, nada pode-se fazer. Um dos rapazes precisa ficar permanentemente no Hospital Vila Nova, pois precisa passar pela hemodiálise de três em três dias. Um preso à própria mazela¹⁷⁹. Qual seria a medida do castigo penal a um caso como esse? De todo modo, realizar o traslado com escolta aos “custodiados” é algo muito complicado e por vezes inviáveis. Arriscado e impertinente.

8.3.3 Os leitos de custódia: rosas e espinhos na intersecção saúde-segurança.

No Centro de Custódia Hospitalar Vila Nova, eu já estava ao final de um percurso. Eu poderia ter permanecido no interior dos hospitais de trauma e de lá não ter saído, pelo menos não fisicamente. Na análise dos dados de campo, igualmente, não precisaria ir de encontro à história do Hospital Penitenciário (HP). Pra que ir tão longe? Mas algo me levou a esses destinos, rebobinar a fita, para ver se a cena sem foco faz sentido, afinal, ninguém saberia delimitar quais foram as condições de possibilidades para a abertura de leitos de custódia nos hospitais da rede SUS.

Tivemos algumas pistas: 1) A segurança pública operacionalizou, em suas estratégias de gestão da vida encarcerada, um limiar maior de segurança (o HP era palco de encontros para fugas) e menores custos (co-responsabilidade de financiamento entre saúde e segurança pública). Obviamente, houve (e há) uma reivindicação (conveniente, em partes, para a segurança pública) da garantia de direitos à saúde pelo SUS, materializado amplamente pela implantação da Política de Atenção à Saúde às Pessoas Privadas de Liberdade. 2) Reitera-se que o estado do RS possui mais de 7000 mil homens com mandado de segurança e/ou

179 A medida foi criada pelo Decreto nº 7.420, de 31 de dezembro de 2010, e é concedida a condenados que sofrem de doença grave e permanente, com incapacidade severa, grave limitação de atividade e restrição de participação. Ou que exijam cuidados contínuos que não possam ser prestados no estabelecimento penal. Só é concedido se as condições forem comprovadas por um laudo médico oficial ou por um médico designado pelo juízo de execução, constando o histórico da doença.

foragidos. O hospital é lócus ideal para capturar o sujeito em dívida com a Justiça e em caso de internação fazer a passagem automática aos leitos de custódia. 3) Nem mesmo o Hospital Penitenciário que atendia casos de média e alta complexidade possuía todas tecnologias de saúde para situações que exigiam atenção em saúde especializada (exames) ou cirurgias e alta complexidade em saúde.

Centros de Custódia Hospitalar, leitos em hospitais gerais, hospitais penitenciários. Quaisquer dos modelos hospitalares estão passíveis a sofrerem conflitos armados devido a tentativas de resgate e execução de homens privados de liberdade. No entanto, é notório que para a Susepe, além da economia de recursos financeiros do Estado e da otimização da escolta, unidades hospitalares próprias à Susepe possibilitam o mais importante para a racionalidade da instituição: poder decisório. “Eu adoraria administrar diretamente a regulação dos leitos de custódia no HPS e no HCR como é no Hospital Vila Nova mas não nos deixam.” (coordenação Susepe)

Nessa estratégia de investimento, de manter certa responsabilidade (financeira, tecnológicas, recursos físicos e humanos) por parte de políticas e equipamentos vinculados ao SUS, concomitantemente aumentando seu poder decisório, em outubro de 2018, a Susepe em parceria com a Associação Hospitalar Vila Nova e o Governo do Estado do RS, passariam a ofertar trinta (30) vagas no Hospital Geral de Charqueadas¹⁸⁰ para aqueles que antes eram deslocados da Penitenciária de Alta Segurança do município de Charqueadas até os serviços de saúde em Porto Alegre. Nota-se que assim como o Hospital Vila Nova, o Hospital de Charqueadas manteve-se por anos fechado devido a falência. Os leitos de custódia, nesses casos, se tornaram uma decisão rentável e prática para ambos os lados.

No entanto, não podemos esquecer que os operadores da segurança pública no interior dos hospitais, vivenciam situações de solidão, falta de reconhecimento pelos profissionais de saúde acerca de seu trabalho (até porque não o conhecem) e a exposição ao

180 A instituição, passa a funcionar 24 horas por dia, com um total de 60 leitos, sendo que 30 são destinados para a população carcerária, 21 para clínica geral e nove para saúde mental pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital esteve fechado há 13 anos para internação mas com o incentivo da Associação Hospitalar Vila Nova (assim como no Hospital da Restinga), assumiu sua gestão. Disponível em: <https://www.portaldenoticias.com.br/noticia/5806/hospital-de-charqueadas-e-reaberto-acomunidade.html>

risco de ser alvejado em tentativas de resgate e execução, além da insuficiência de profissionais para a realização de traslado no cuidado integral em saúde em toda rede SUS, o que torna-se um analisador que expõem as racionalidades vigentes¹⁸¹.

Essa escolha etnográfica, de ir ao encontro do mais próximo que foi um hospital penitenciário, provocou-me outras sensações, ocupar um lugar mais próximo ao que é ser um operador da segurança pública. Ao passar pelas grades dos leito-cela avistei um rapaz, jovem e negro, dormindo entre tantas macas vazias no espaço separado para os envolvidos com a facção Bala na Cara. Eu já não enxergava mais o rosto deles, o espaço de saúde se transmutou em prisão. Os profissionais da Susepe diversas vezes me disseram que desejavam que eu escrevesse sobre o sofrimento que marca seu processo de trabalho. Eu já estava familiarizada (ou anestesiada?) com ambos os lados, mas dessa vez sem me afetar diante de todas configurações relacionais que emergiam. Fui de um extremo a outro: Dos pesadelos de (com) Marlon e David até ao nada sentir.

Nesse sentido, cabe retomar Judith Butler (2011):

“Um exemplo dessa forma de “captura” ocorre quando o mal é personificado por meio do rosto que deve supostamente ser e conter a própria ideia que ele representa. Nesse caso, não podemos escutar o rosto através do rosto, que mascara os sons do sofrimento humano e a proximidade que poderíamos ter da própria precariedade da vida. O rosto que está lá, aquele cujo significado é retratado como a forma do mal, é precisamente aquele que não é humano. O “eu” que vê o rosto não se identifica com ele: o rosto identifica algo com a qual nenhuma identificação é possível, uma realização da desumanização e uma condição para a violência. (Butler, 2011, p.27)

Alcançar a dimensão da experiência no campo da saúde (do qual me ocupo há muito tempo) permite, vez ou outra, uma perspectiva otimista (quase romantizada) sobre as tragédias da vida. É como sentir o perfume das rosas, e se deixar entristecer com a fatalidade de sua natureza morta. Do lado dos que trabalham com a segurança pública, ficam os espinhos. Não há beleza plena onde for, o sangue se mistura ao vermelho de sua pretensa delicadeza, é necessário tateá-las com precaução. Dito de outro modo, os discursos sobre

181 No artigo escrito por mim e meu orientador (Helen B dos Santos; Henrique Caetano Nardi, 2014) intitulado de *Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso?* exploramos com maior profundidade as demandas e necessidades dos homens privados de liberdade. Demonstramos pelos dados atuais que muitos homens que adoecem na prisão morrem fora dela por falta de acesso ao cuidado em saúde.

quem é o sujeito da saúde/segurança pública são produzidos distintivamente e fazem parte da própria produção de subjetividade profissional. Ser sujeito da segurança pública é muitas vezes não poder sentir (ou expressar que sente) para sobreviver à dureza do cotidiano do processo de trabalho.

Alguns profissionais, como uma defensora pública do estado do RS entrevistada, conseguem traduzir esses afetos. Lutam para dar voz aos sofrimentos, vão se arrastando se preciso, enquanto fingem não acreditar mais em justiça. Sabem que na cabeça dos homens privados de liberdade os leitos de custódia do Hospital Vila Nova são *Morredouro*, lugar que se o preso for não volta. Essa lenda urbana (ou denúncia?) diz da realidade de uma mortalidade acentuada principalmente dos casos de tuberculose que lá chegam. “Também levam muito tempo para levarem da casa prisional ao hospital”, complementa.

9. A CAIXA DE PANDORA: OS MALES DO MUNDO E A ESPERANÇA NOS LEITOS DE CUSTÓDIA.

“Esse aqui na maca do canto me disse: “- Bah, com 30 anos era pra tá morto. Tô no lucro, até que tô vivendo bastante.” Esses caras não duram nada. Com 10 anos são ensinados a trabalhar para o tráfico, com 15 anos já são traficantes e com 20 já são chefe de boca de fumo. Se sobrevivem até os 30 anos o que é raro, pode ter certeza, tem pelo menos 3 passagens pelo Presídio Central. Não tem esperança para eles(...) A vida desses caras não valem nada para a sociedade, eles não vem valor na vida. Como eles verão valor na vida do outro? Não tem o que fazer.” (policial militar)

Assim começou a minha primeira aproximação com o quarto de custódia do Hospital Pronto Socorro (HPS). Embaixo das cobertas, três jovens adultos ouviam as previsões do policial militar sobre seus futuros: “não tem esperança”. Ao escutarem isso, suas faces se revelavam: Cada um dos três (o mais velho estava dormindo, em estado mais grave) era de diferentes facções do tráfico de drogas na cidade (Bala na Cara, Anti-Bala na Cara e V7).

- Tia, tu é assistente social? Precisamos de ajuda.

- Pode ser essa? Brinco ao apontar para a residente de serviço social que estava comigo.

Eles dão um discreto sorriso. Eu e a profissional de saúde entramos para dentro da sala e nos apresentamos.

- A senhora pode por favor avisar nossas mães¹⁸² que estamos aqui?, pergunta um deles.

- No meu caso, estou indo para o Hospital Vila Nova, posso ligar de lá?, o outro pergunta.

A assistente social garantiu que entraria em contato com suas mães. Um deles mostra suas pernas, reclama que há mais de 15 dias espera por sua segunda cirurgia. Uma das pernas

182 Uma dessas mães, posteriormente foi contatada e negou-se a visitar o filho pois seria compactuar com o envolvimento do filho no crime. Trouxe razões baseadas também em sua religião. A profissional do hospital diz que não é uma decisão recorrente, da mãe se negar a visitar o filho. O mais comum é encontrar mulheres dispostas a fazer tantas visitas quanto forem possíveis (uma faz para três filhos: um dia no presídio, outro dia no hospital, outro na internação psiquiátrica.)

estava com uma corrente tão grossa quanto a encontrada na unidade de internação desativada chamada de Unidade de Traumatologia. Na outra, cinco parafusos iam da canela ao joelho.

A assistente social residente tinha certeza da importância do serviço social na atenção em saúde aos homens que chegavam ao HPS sob custódia. Assim como boa parte de sua equipe, ela discordava da decisão da direção do hospital, que as desautorizava a ofertar ações em saúde aos homens privados de liberdade, do primeiro contato ao acolhimento às famílias.

No Hospital Vila Nova, como muitos usuários de saúde vêm diretamente de casas prisionais, a família já possui uma carteirinha de visitante. Diferentemente, no HPS e no HCR existe uma rota de peregrinação que antecede o primeiro acesso. Primeiro é necessário saber onde seu filho, sobrinho, neto, marido está. Depois é necessário que alguém lhe oriente sobre o acesso à Vara de Execuções Criminais (VEC) para que encaminhe a solicitação de visita decretada por ordem judicial a apenas um familiar por pessoa. As visitas serão permitidas apenas com essa documentação, que poderá ser realizada em dois dias da semana por 30 minutos a cada vez. Familiar aqui é restrito aos parentes de primeiro grau. Segundo e terceiro grau de parentesco apenas em casos em que o primeiro não se aplica.

“Para os presos é importante ter o familiar, eles trazem chinelo, pasta de dente, às vezes a família chama um advogado, mas quase sempre vai ter que ser um defensor público pois “só o *habeas corpus* custa uns 10 mil reais”, relata um agente da Susepe.

No caso do Hospital Cristo Redentor, há uma assistente social de referência para cada uma das enfermarias que inclui o atendimento aos usuários no quarto de custódia. Após a exoneração da profissional que atendia esses casos, Willian, internado por ferimento de arma de fogo em assalto a um posto de gasolina, esperou por cerca de cinco dias até que outra profissional do serviço social fosse escutá-lo (por três minutos) e tentado contato com a ex-esposa e a avó (que disseram posteriormente por telefone não ter disponibilidade para visitar Willian).

Assim começa o limbo do que não é da jurisdição nem da saúde, nem da segurança pública. Esconda os males do mundo até que entre a esperança. Ela é representada sobretudo pela mãe, a tia, a irmã, a esposa, a avó. Entre o destino dos homens, a figura feminina é a

esperança no futuro da nação. O Estado quer saber se pode contar com elas, mas não oferece sequer um mapa com o ponto de partida. A mulher é o ausente social por excelência (Tatiana Moura, 2010), elas adquirem certo *status* por assumir um lugar generificado na reprodução da vida doméstica e familiar, “tornando-se”, por esta via, detentora de direitos. Mas o ilusório privilégio público dado ao vínculo de mãe e filho(a) nas políticas públicas vem para sustentar a reprodução material e moral de pessoas como parte do governo de populações tomadas como potencialmente perigosas (Adriana Vianna, Juliana Farias, 2011). Ao não atenderem a esta interpelação da norma, seriam mães “negligentes”: termo difundido pela normalização e psicologização das vidas (Silvana Mariano, 2010).

No campo da saúde pública quando foco das políticas públicas e campanhas de saúde, a mulher-mãe segue sendo sustentada pelo pressuposto essencialista da diferença entre sexos. O cuidado passa a ser significado como um fenômeno natural, intrínseco e relacionado ao feminino, sinalizando a existência de uma generalização sobre o cuidar. A partir do cuidado decretar-se-ia um roteiro diferenciado para homens e mulheres incidindo, respectivamente, na divisão entre o público e o privado (Dagmar Meyer, 2005; Kátia Souto, 2009; Tatiana Moura, 2007).

Não podemos deixar de reconhecer que diante das relações de poder no território do hospital de trauma, mas também na prisão, a mulher emerge como um escudo de proteção e afago diante da dureza do espaço público dos homens que se envolvem em conflitos violentos. A figura materna no mundo dos homens, ocupa um lugar especial em suas lembranças de meninos. Se algum direito for garantido às masculinidades criminalizadas, certamente haverá uma mãe por trás delas. E pelas beiradas e pelos miolos, pelos labirintos burocráticos penais. A ausência da família nesse momento de quase morte física decreta a morte política em meio ao processo penal. Não há melhor defensora pública ou advogada que possa fazer um bom trabalho se não houver um(a) cuidadora(or) que reivindique essa possibilidade.

Também não haverá estudo aprofundado nessa seara se continuarmos a negar a presença de homens como os cuidadores de jovens envolvidos em conflitos violentos. Precisamos lançar luz em futuras pesquisas sobre paternidade e cuidado nesses contextos. Entre uma história e outra, percebemos os homens exercendo um lugar protagonista. É exceção, sabemos, mas deflagrar essas experiências possibilita entender o lugar de sofrimento

que alguns homens ocupam nessas procissões em meio aos dispositivos de segurança, dissolvendo o lugar sacrificial da mulher que deveria se ocupar de todos meninos-homens ao seu redor.

Nesse ínterim, o circuito da segurança pública na ida, na vinda e na permanência pelos serviços de saúde é confuso, justamente porque não há nada escrito. Quando pego em flagrante e levado a uma delegacia, é colocado à disposição do indiciado um telefone, caso ele queira se comunicar com a família ou com um(a) advogado(a). O direito que até então parece garantido se rompe com a entrada do sujeito no sistema hospitalar. A dimensão da palavra nos fluxos que passam pela delegacia, pelo médico perito e, veremos, que também pelas audiências de custódia, inexistem aos homens sobreviventes nos hospitais de trauma. Não há rota segura tampouco acordos entre segurança pública e saúde que poderiam aqui ser esquematizados de maneira verossímil. Mas nada que as experiências de homens quase enlaçados pela morte física, devido ao abuso de poder policial¹⁸³, não possam explicar.

A restrição de visita é a supressão de qualquer reconhecimento de sofrimento. No início da minha pesquisa no HPS inexistia quaisquer equipes ou profissionais instituídos como responsável pelo primeiro contato com os parentes. Funcionava muito bem essa dinâmica. O poder soberano, sabe ser bem silencioso. Bem lá no fundo da enfermaria do HPS, você observaria, ao lado contrário do dito mini-carandirú, os homens esquecidos, os inconscientes, com sérios danos neurológicos por caírem de telhados, por tentarem roubar fio de cobre, fazerem “gato” na rede energia elétrica, por serem alvejados na cabeça. E para o lado direito, lá no fundo, os acorrentados, aqueles que não enxergam nenhum rosto familiar. O que os dois extremos da enfermaria têm em comum é não terem o poder de fala. *“Mãe, pai, eu sobrevivi”*.

A caixa apertada¹⁸⁴, que sufoca igualmente quem a protege, era muito bem escondida até que o próprio Departamento de Tratamento Penal da Susepe, que agrega a Divisão de Saúde, reivindicou alguém que pudesse efetuar o primeiro contato ao familiar. De praxe, um

183 A defensora pública estadual diz que em termos jurídicos não é utilizado “violência policial”. Em sua perspectiva há uma amenização grave em torno de agressões e mortes provocadas pela polícia (em especial pela polícia militar).

184 Caixa de Pandora é um artefato da mitologia grega, tirada do mito da criação de [Pandora](#), que foi a primeira mulher criada por [Zeus](#). A "caixa" era na verdade um grande jarro dado a Pandora, que continha todos os males do mundo. O que restou nela foi a esperança.

email da Susepe foi enviado à Direção do HPS, de cima para baixo, reclamando da ausência do serviço de atendimento social ao preso. Se no Hospital Cristo Redentor funciona assim porque no HPS seria diferente?

O email da direção passou para a equipe de atendimento social que não pareceu entender muito bem os discursos contraditórios vindo de lados opostos, mas reconheceram, a partir disso, que estava na hora de botar em questão um processo de trabalho voltado ao cuidado aos homens privados de liberdade. Além dessa reclamação, havia a pesquisadora que vos escreve lançando perguntas sobre o tema.

Desses tensionamentos, a equipe se pôs a dialogar internamente sobre as questões suscitadas e a atender algumas famílias de jovens em custódia. O primeiro movimento para fora da equipe foi por meio de minha pesquisa e da parceria junto a uma das assistentes sociais residentes, porta voz dessas demandas em saúde¹⁸⁵. Eu e ela nos reunimos com um dos coordenadores da Susepe, na época responsável pelo gerenciamento dos leitos de custódia em hospitais do SUS. Essa conversa possibilitou que, posteriormente, a equipe de serviço social agendasse uma reunião na qual compareceram dois gestores dos serviços hospitalares de custódia e uma técnica do serviço social da Susepe.

Esse foi o único momento em toda pesquisa que pude ver a segurança pública dialogando sobre o trabalho intersetorial com a saúde no contexto hospitalar. O encontro marcado era ocupado por tantas assistentes sociais quanto era pela papelada que mantinham em cima de suas mesas (os prontuários, os textos, os relatórios). E apesar de perspectivas declaradamente distintas, prevalecia um clima ameno e uma disposição para o diálogo aberto entre eles(elas). No entanto, nem tudo são flores (ou nada cheira bem) para a segurança pública, que explicitou muito bem sua escala hierárquica nessa relação: bem acima da saúde.

A técnica da Susepe ressaltou: “Aqui é mini-cadeinha, se ele está preso então a segurança sempre vai ser maior do que o trabalho técnico, devemos respeitar a ordem judicial.” Existe uma associação entre visita e risco de resgate ou execução que é preciso admitir que a coordenação e profissionais preferem “que o preso nem tenha visita pois é

185 É tranquilizador às pesquisas implicadas no terreno que ocupam, em contextos de supressão de direitos, encontrar profissionais que de algum modo falam por nós, quando somos observadoras de um cenário social que vez ou outra foge de nosso posicionamento ético-político.

perigoso, o lugar é aberto.” O coordenador que já trabalhou na escolta de homens custodiados em serviços hospitalares sabe que os colegas “estão pouco se lixando se vão receber visita ou não. O sujeito de direitos humanos, que os vê como coitadinho eles não enxergam, não enxergam os caras que fazem escolta.”

Para profissionais da segurança pública todo cuidado é pouco. O improvável acontece. Pai matando filho, filho matando pai, ao virarem inimigos de facções. Por essas e outras, não há como confiar nas visitas. “O juiz decide o que será feito e nem o técnico nem o agente da Susepe tem gerência sobre isso”, informa uma técnica da Susepe. Os profissionais não possuem poder contratual positivo, apenas negativo em relação à visita: “o agente tem autonomia de dizer que a visita não pode entrar se julgar que não é seguro mesmo com a autorização, no entanto o contrário é por conta e risco dele, “o juiz sabe tudo, pode ter certeza que alguém vai contar e o agente vai ser penalizado se deixar entrar.”

A assistente social da Susepe sabe que trabalha em uma instituição perversa e que o cuidado humanizado, nem sempre é possível. Como técnica do serviço social ela faz o que é permitido, “pois eles sabem qual postura adotar para nossa proteção”.

De todo modo, todos os três profissionais entendem o ponto de vista das assistentes sociais, mas com cada um no seu quadrado. As assistentes sociais, (técnicas e residentes do HPS), explicitam a ansiedade que é para a família e o paciente esse processo penal que começa pela visita, passa pelas audiências de custódia nos casos de flagrante (veremos melhor esse aspecto) e que costuma terminar com o encaminhamento para alguma casa prisional na qual obviamente a família não é avisada antecipadamente. “Nem o agente da Susepe sabe para onde o preso irá”.

A atenção em saúde pela via do serviço social no HPS, não deveria se restringir apenas a pensar em quem irá contatar a família, antes se deve informar paciente e familiar sobre o acesso a direitos sociais. A importância da entrevista social reside em compreender as dificuldades sociais e o cerceamento de direitos que o paciente e o familiar possam apresentar. Diante desse posicionamento as profissionais de saúde expuseram algumas dúvidas:

1) *Se o sujeito está custodiado pela Brigada Militar, até que passe à responsabilidade da Susepe, é possível o familiar obter informações e mesmo realizar a visita?*

A BM, segundo os profissionais da Susepe, realiza a escolta, no máximo em dois dias, até que passe oficialmente aos cuidados da Susepe. Há um desconhecimento sobre o trabalho da Brigada Militar e se eles permitem que o familiar visite sem que exista uma autorização judicial para tanto. “Mas se eles não possuem uma ordem do juiz, fica sob a responsabilidade deles liberar ou não.” (agente da Susepe). Nas ocasiões em que acompanhei o atendimento aos jovens custodiados, nenhum policial militar autorizou a entrada de familiar mesmo com a solicitação pela profissional de saúde. As famílias não costumam serem avisadas quando a escolta passa do profissional da BM para a Susepe. Uma das assistentes sociais do HPS refere que pode haver alguma questão urgente que justifique entrar em contato, como a autorização de procedimentos ou aviso do óbito do paciente. Como se poderia proceder nesses casos? A profissional da Susepe indica que a BM pode solicitar à polícia civil o contato pessoal dos familiares, visto que o boletim de ocorrência (que é realizado no Palácio da Polícia/2 DPP) é feito a partir do flagrante¹⁸⁶. Em meio a essas dúvidas, as assistentes sociais do HPS acharam melhor marcar uma reunião com a brigada militar (que durante minha pesquisa não ocorreu).

Observação: dias depois dessa reunião, o enfermeiro da Unidade de Internação da Neurologia, (onde fica o quarto de custódia), entrou em contato com a equipe de atendimento social para que ligassem a um familiar do usuário de saúde sob a escolta da BM. Uma das profissionais da equipe se negou a acolher a solicitação, visto que acreditava que deveria ser a BM a pedir para a polícia civil fazer esse contato. Esse encaminhamento não seria o escolhido por todas as profissionais da equipe, visto que muitas delas entendem que nem a BM, nem a Susepe estão minimamente interessadas em avisar os familiares. Requerer a eles esse encaminhamento não é garantia de que o farão.

2) *E o (a) advogado(a), tem autorização por lei para acessar seu cliente. Cabe nesse caso?*

186 A comunicação da prisão em flagrante à autoridade judicial, se dará por meio do encaminhamento do auto de prisão em flagrante, de acordo com as rotinas previstas em cada Estado da Federação, não supre a apresentação pessoal determinada no caput.” (Art. 1º, §1º da Resolução 213/2015 do Conselho Nacional de Justiça).

Os profissionais da Susepe não sabem como é a política do hospital em relação e esses casos. Em outro momento, uma das coordenadoras da recepção do hospital me relatou que nunca houve esse tipo de demanda, mas quando ocorrer apenas será liberado com o aval dos agentes da Susepe e em dias de visita.

3) Em pacientes com traumatismo raquimedular (comum em casos de ferimento por arma de fogo) é necessário o uso de colete ortopédico após alta hospitalar. E se o paciente for encaminhado à casa prisional e o familiar não tiver condições financeiras, a Susepe fornece?

A assistente social da Susepe diz que depende muito de doações, não tem uma rubrica, não há programa de incentivo financeiro para tal demanda. Uma das saídas pode ser através da secretaria de saúde do município ou doações de igrejas que estão envolvidas na ressocialização dos presos. “Mas se não tem colete ele pode morar aqui.”, brinca a técnica da Susepe.

4) Aos homens encaminhados ao interior das prisões, como funciona o acesso às medicações prescritas? E se o paciente não tiver consigo nenhum documento, a equipe do HPS poderia encaminhar e o sistema prisional receberia o documento (como Registro Civil) em caso de alta hospitalar?

Se o documento não fica pronto antes da alta hospitalar ele irá se perder. Os técnicos da Equipe de Tratamento Penal têm como uma das atribuições realizar as primeiras entrevistas ao apenado (através de psicólogos e assistentes sociais), verificando as principais demandas psicossociais e registrando em formato de relatório. No entanto, não possuem acesso a rede de serviços externos ao sistema prisional. Caso fique pronto em tempo hábil, elas podem solicitar ao agente da Susepe inserir o documento no prontuário penal dele. Assim como há um prontuário eletrônico a quem acessa a emergência de saúde, o prontuário penal contém toda a informação do apenado, suas passagens pelo sistema penal.

Sobre o acesso a medicamentos após a alta hospitalar, é possível através da Unidade Básica em Saúde da Casa Prisional. A técnica da Susepe ressalta que desde a escolha pela galeria, até mesmo os benefícios que os presos terão, dependem do chefe da galeria. Cada

uma possui um prefeito e, como em toda prefeitura, os poderes circulam do mais alto escalão ao menor.

Em caso de uso de medicamentos simples o acesso pode ser garantido, mas se for de uso especial e não tiver na Casa Prisional vai ser requerido ou depender de doações. Não é à toa que em outra circunstância, na emergência do HPS, uma enfermeira relata que durante uma madrugada um jovem se mostra especialmente preocupado em como fará para tomar o próximo comprimido para a dor. “Você pode comprar em qualquer farmácia com essa receita.” O rapaz diz: “Mas doutora, eu estou preso.”

5) A pergunta que não quer calar: afinal, quem fica responsável pelo primeiro contato com o familiar pelo telefone?

Como já havíamos escrito em capítulos anteriores, os vasos comunicantes com o mundo externo ao hospital ao qual o sujeito retornará é realizado pela equipe de serviço social. Mas impera a ausência de quaisquer arranjos dialógicos entre departamentos e equipes de saúde e segurança pública que possam fluidificar as ações produzidas sobre o mesmo sujeito e suas famílias, evitando que situações de violência de Estado ocorram. Infelizmente, não houve um encaminhamento efetivo formalizado entre ambas as partes. O motivo principal se deve ao medo de exposição assinalado por parte da equipe do serviço social do hospital. E se elas contatarem sujeitos que talvez não sejam os familiares? A assistente social da Susepe orienta de que o Infopen é um sistema informatizado que contém todos os dados sobre cada preso, as informações contidas nesse sistema podem ajudá-las. Já ela não está autorizada a realizar funções que excedam o trabalho na casa prisional onde está inserida. Para agentes da Susepe também pode ser arriscado para a segurança deles, pois “não sabemos com quem estamos falando”.

E se fosse a polícia civil que tivesse acesso ao nome do pai e da mãe do paciente? E se fosse o profissional da enfermagem? Um encaminhamento prévio, mas que não foi firmado institucionalmente, direcionaria à telefonista do hospital a incumbência em informar o familiar através do contato que os agentes da Susepe repassam à enfermaria. Seria: agentes-enfermaria-telefonista, para apenas uma ligação de aviso e orientação. Para que se

estabeleçam os fluxos conjuntamente com a equipe de saúde da enfermaria onde se localiza o quarto de custódia, haveria a ideia de realizar outra reunião, desta vez com a enfermagem.

Estaríamos diante de parte do processo de construção de fluxos de cuidado em saúde que articulados com outros atores sociais envolvidos na atenção aos homens sob custódia, ou mais uma vez estaríamos diante do *telefone sem fio*? Parte do entendimento sobre o telefone sem fio são medidas, geralmente desiguais nas relações de poder no contexto hospitalar, que por não fazerem parte de uma cultura institucional maior, não são nem repensadas e rediscutidas, nem garantidos os seus avanços pela gestão em saúde.¹⁸⁷ De todo modo, estamos diante de conteúdos trabalhados desde o primeiro capítulo acerca das relações de poder entre profissionais de saúde e segurança pública, sobre os limites borrados entre os enlaces terapêuticos-penais, na obstrução de estratégias comunicantes que permeiam o dentro e fora do hospital e uma desigualdade tangente dos que não são nem do poder-saber da medicina (no caso os profissionais multidisciplinares e técnicos de enfermagem), nem os que movimentam o poder-saber jurídico. Prevalece, mais uma vez, o crime acima do trauma, ao interpelarem um não-lugar¹⁸⁸ para o sujeito.

9.1 Não podemos deixar morrendo: os meios pelos quais meninos-homens chegam custodiados pelo Estado.

Em pré-campo de pesquisa, no ano de 2016, uma cena em especial despertou meu interesse em estudar como se situavam as convergências, interferências, as dissonâncias do

187 O trabalho prescrito é vinculado, de um lado, a regras e objetivos fixados pela organização. Já o trabalho real diz respeito às condições dadas que não são capazes de contemplar todas as situações encontradas no exercício cotidiano de trabalhar. Assim, ocorrem determinadas decisões que atendem às imprevisibilidades do labor. Os profissionais são protagonistas ativos do processo produtivo de um bem imaterial, como serviço, produto cultural, conhecimento ou comunicação" (Hardt e Negri, 2001, p. 311). As relações de poder apresentadas não se encerram nessa análise pois há um 'encontro' entre 'micro' e 'macro': um encontro entre, de um lado, diferentes profissionais (com seus saberes particulares e distintas formas de inserção do processo), usuários (com suas histórias de vida e condições clínicas), chefias, equipes, tecnologias; de outro lado, políticas e programas de saúde, legislações, a estruturação da rede assistencial etc. Atividade como encontro que envolve lógicas distintas: a lógica do cuidado, a lógica da gestão do serviço e a lógica financeira. (Christopher Dejours, 1997)

188 "O espaço do não-lugar não cria nem identidade singular, nem relação, mas solidão e semelhança." (Marc Augé, 2005)

que parece se materializar como o continuum punitivo-terapêutico nos hospitais de trauma. Pela porta dos fundos chegam cerca de cinco policiais militares, lembro que um deles estava sujo de barro nas pernas e, pelo visto, tinha machucado o braço (recém enfaixado). Outro falava ao telefone sobre uma perseguição empreendida contra três homens em um carro roubado. Ouvei algo como “Pegamos eles. Demos uma surra, *matamu* a pau. Mas um dos nossos colegas ficou machucado.”

“*Matamu a pau*”. Punir, às escondidas, talvez sem que se possa deixar morrendo, num beco, numa esquina qualquer. Um acordo em decreto, um contrato informal entre as pessoas do bem e a polícia, de que se pode matar se necessário, mas também oferecer ao corpo um caminho institucional pelo Estado, quando não de recolhimento pela morte, à possibilidade de sobrevivência. É o que chamaremos novamente de *fazer morrer travestido de deixar morrer*. A força extralegal é previsível e atraente (Laurence Ralph, 2017, p. 271, tradução minha), talvez por isso a Susepe não seja o centro da segurança pública como acredita ser, apesar de estar num entre indispensável; entre as decisões extralegais e as do poder judiciário.

O profissional que entende das tecnologias do HPS sabe que o hospital de trauma é amplamente conhecido por acolher o que eles chamam de *morredor*, sujeitos com alta probabilidade de morrer. Também não é mistério para ele, nem para os gestores do hospital, que muitos dos homens que chegam por conflitos violentos escoltados pela segurança pública tem o agravo em saúde produzido pela própria polícia. “Levam os caras que espancaram ou que atiraram para cá”, comenta uma gestora do HPS.

Prometendo o que foi explicitado no capítulo “O ressentimento bate à porta”, é dado o momento do jovem policial militar, sem a máscara que vestem os homens que fazem justiça com as próprias mãos, revelar os meios pelos quais dois homens escoltados por ele chegaram aos leitos de custódia. As histórias parecem se repetir, com seus pontos de fuga. Não há qualquer outra punição que pudesse ser executada e que ultrapassasse a privação da liberdade, que possa ser justificada à margem da sentença judicial. A lei, materializada por juristas, lança decisões que não entendemos; nem a mãe, nem o pai, nem a profissional de saúde, nem a pesquisadora tem acesso a essa produção de verdade. Um especialista em direito penal saberia acerca da imprevisível entrada, permanência e saída dos leitos de custódia?

O policial militar apresentará o modo como foram capturados e apreendidos José e Rafael, homens com os quais conversou, sem a presença de colegas da Susepe, no quarto de custódia. Junto à sua narrativa, exponho mais dois casos: um é sobre Tiago, cujo acesso à sua história se deu por meio da observação em campo, como nos casos dos outros dois jovens privados de liberdade, às ações empreendidas pela equipe de serviço social no atendimento às famílias. Outro será sobre Felipe, por meio dos relatos de atendimento pela psicóloga do HPS.

9.1.1 Rafael

Males do mundo: O soldado me apontou discretamente o rapaz jovem e branco que estava sob sua responsabilidade na escolta até que a prisão preventiva fosse decretada. Rafael estava sentado numa das macas, verbalizando sua resignação aos outros dois usuários de saúde com um dos lados da face completamente inchado e ainda ensanguentado. Era a primeira vez que estava sendo “preso”. Rafael foi capturado com uma arma de *Airsoft*¹⁸⁹ em tentativa de roubo a um policial militar fora do seu expediente de trabalho. Este, ao identificar a arma falsa, lançou dois tiros: um na face e outro no ombro de Rafael. O jovem em custódia confiou ao soldado sua versão: “Eu estava estendido no chão me debatendo de dor e o policial à paisana que tentei assaltar e mais dois *brigadianos* olham pra mim e dizem: então, vamos deixar morrendo ou levamos? Não podemos, ele só levou um tiro no rosto.”

A esperança: em outra ocasião, acompanhei a profissional do serviço social em atendimento à mãe de Rafael. “Ele é réu primário, não deveria ter liberdade provisória até o julgamento? E um dos tiros foi nas costas. Não é contra a lei atirar pelas costas?” A mãe enrolava algumas palavras, ela estava desesperada, a audiência de custódia fora marcada para o dia seguinte e seu filho não poderia comparecer. Pensa em contratar um advogado de defesa para que compareça à audiência e evite a prisão de Rafael, para que seja julgado em

189 O **Airsoft** é um esporte de ação que simula situações de combate. Para isso utiliza armas de pressão que disparam bolinhas de plástico (bbs) de 6 mm de diâmetro. As bbs são rígidas e sem tinta, por isso a honra dos jogadores é fundamental para o desenvolvimento do esporte, já que ele deverá acusar que foi atingido e sair do jogo. No Brasil o airsoft é regulamentado pelo Exército Brasileiro e a ponta laranja é exigida em todos os equipamentos. <https://www.qgairsoft.com.br/o-que-e-airsoft-t6/>

liberdade provisória. Como estratégia de deflagrar possível violência policial, solicitou a cópia de seu prontuário de saúde que comprovasse que estava internado e com quais ferimentos chegou, pois ainda não havia sido realizada a perícia pelo DML. A assistente social dessa vez convenceu o agente da Susepe, em plantão na escolta, a liberar a mãe a entrar no quarto de custódia e avisar rapidamente o filho de seus encaminhamentos. O agente da Susepe só permitiu a entrada da mãe após “ligar para um superior para não ser penalizado”. Posteriormente, soube através das profissionais de saúde que o rapaz conseguiu liberdade provisória em audiência de custódia na qual esteve a advogada do rapaz e pôde, no restante do processo de internação, ocupar um leito comum.

9.1.2 José

Males do mundo: José estava conversando com Rafael em uma das três macas ao canto do quarto. Ele reagiu à prisão da brigada militar ao ser pego “pela Maria da Penha”. O homem, negro, aparentando mais de 35 anos de idade, conta ao soldado que estaria internado devido às agressões da BM. Contenção e agressão perderam suas fronteiras quando policiais militares encontraram a esposa com ferimentos por golpes de faca pelo companheiro com o filho de 08 anos de idade assistindo à cena.

A esperança: em outra ocasião, acompanhei uma das assistentes sociais aos leitos de custódia solicitando ao agente da Susepe que a tia de José pudesse visitá-lo rapidamente. O profissional negou-se a atender o pedido. “Nem dar um Oi na porta? Ela veio de longe, de outra cidade”. “Não”. No corredor da enfermaria, a tia narra à profissional do serviço social que a mãe de José morreu quando ele ainda era criança e que ela passou a ter a guarda dele. “Tenho um carinho muito forte por esse menino”. Ela revela que a esposa de José levou 7 pontos na barriga e que está bem pois foram superficiais. Despediu-se da profissional de saúde após saber como poderia encaminhar pela Vara de Execuções Criminais (VEC) a solicitação de visita para o sobrinho.

9.1.3 Felipe

Males do mundo: poderíamos ver Felipe, menino de 15 anos, na mesma enfermaria em que fica o quarto de custódia do HPS. O menino de pele branca e cabelos castanhos encaracolados mexe no celular embaixo de um cobertor do Mickey Mouse. Ao seu lado, deitada com sua coberta da Minnie, a irmã. Essa foi a única visão que tive do adolescente, mas ficaram muitos relatos pela psicóloga e assistente social de referência.

Felipe foi parar no HPS na noite em que, após discutir com a namorada numa das festas do bairro, decidiu ir embora. Assim que saiu chamou um Uber. Foi quando iniciou um confronto armado entre a polícia e traficantes do bairro. Seu braço começou a sangrar. Assustado, seguiu para casa para que sua mãe pudesse acompanhá-lo ao hospital até que no meio do caminho uma viatura parou o carro. Policiais militares arrancaram o menino do Uber e decretaram: “Agora tu vai morrer até sangrar”. Mas como poderiam deixar morrendo, se ele levou apenas um tiro no braço? Os policiais cortam o hospital do caminho e levam Felipe para fazer o corpo de delito no Palácio da Polícia. Lá o médico perito descobre: ele também havia levado um tiro no abdome. É preciso levá-lo às pressas ao HPS.

Foram três meses, seis cirurgias, dois choques anafiláticos. “Quase te vi morrer rapaz”, disse o médico, imagino que com um grande sorriso no rosto. Esse foi um caso emblemático para a equipe de psicologia que tentava explicar a intersecção de seu trabalho com minha pesquisa. Situações assim causam sofrimento para as profissionais de saúde, como presenciar a mãe de Felipe desmaiar ao ver o filho entubado. O menino que ficou entre vida e morte finalmente ia para casa, ainda com a bolsa de colostomia, mas segundo a psicóloga estava feliz, tudo o que queria era poder dormir ao lado do seu sobrinho ainda bebê. A violência policial é algo tão naturalizado que a profissional de saúde ouvia as piadas de Felipe e sua irmã sobre os *paredões* (revistas coletivas pela BM). “Falavam disso rindo”.

A esperança: em regra o familiar com menos de 18 anos não poderia ficar como acompanhante dentro do HPS, mas a enfermagem abriu exceção para a irmã, pois a mãe não poderia ficar o tempo todo com o filho. Além de trabalhar, ela havia de correr para provar a inocência dele. Felipe entrou como um custodiado, termo que dentro do serviço hospitalar também é utilizado para adolescentes autores de atos infracionais. Aos casos de adolescentes envolvidos em atos infracionais, até que passe aos cuidados de agente socioeducativo pela

Fundação de Atendimento Socioeducativo (FASE), a escolta é realizada por agentes da Susepe em leitos de internação junto a outros pacientes. A família também deve encaminhar junto ao Departamento Estadual da Criança e do Adolescente (DECA) a autorização para visitas.

“A mãe é muito articulada e já entrou com processo contra a polícia, fez todos os encaminhamentos possíveis para não permitir que o menino fosse preso injustamente”, relata a psicóloga. Todavia, provar a inocência não é um processo simples. Vai muito além do processo judicial. A própria BM havia tirado foto do menino com o rosto marcado pelos chutes que a Brigada deu e essa mesma foto foi veiculada na mídia (num dos jornais da cidade). Como foi possível se ele tem menos de 18 anos? Não sabemos.

Legalmente é incorreto afirmar que um adolescente possua antecedentes criminais. Mas o fato de Felipe ter cumprido medida socieducativa em meio aberto, ao ser pego fumando maconha com os amigos, fazia com que a mãe tivesse de criar novos modos de provar seus bons antecedentes e assim, fez um abaixo assinado com mais de 1000 assinaturas de sua comunidade. A mãe também foi ao DECA, e à Defensoria Pública, até que fossem retiradas suas correntes.

9.1.4 Tiago

Males do mundo: o pai não sabe porque, os profissionais de saúde não sabem porque, o agente da Susepe não sabe porque. De um momento para outro, depois de uma semana internado, Tiago, um jovem adulto com traumatismo craniano em agressão sofrida após a compra de crack, recebe voz de prisão e é direcionado ao quarto de custódia do HPS. Antes de ser privado de liberdade, tive oportunidade de encontrar o psiquiatra e a assistente social orientando o pai preocupado com a dependência química do filho, convencendo-o de que a internação compulsória não seria o caminho, sua alta seria postergada se necessário, pois era importante seu interesse para aderir ao tratamento para a abstinência. “Só que desde que ele foi conduzido ao leito de custódia as evoluções no prontuário eletrônico praticamente pararam de se serem realizadas. Eu nunca vi alguém ir para bloco cirúrgico e nada ter sido escrito sobre”, sinalizou a assistente social.

A esperança: o pai de Tiago, que já estava convencido de que a internação compulsória não era o melhor caminho, acostumado com as idas e vindas da cidade do interior para Porto Alegre enquanto percebia a melhora de Tiago, agora precisava digerir como seria o futuro do filho. Uma das assistentes sociais residentes passou a agenciar transporte gratuito pela prefeitura de município do interior onde o pai reside para que as visitas de custódia, restritas a dois horários semanais pudessem ocorrer. O pai preocupava-se com as ameaças de morte direcionadas ao filho no bairro onde morava, bem como o risco iminente de ir para alguma Casa Prisional onde as ameaças pudessem ser materializadas. A assistente social ao ver o pai chorar percebe o medo da morte iminente; ou pela execução ou pela tentativa de suicídio (Tiago já tentara duas vezes se matar). A mãe de Tiago faleceu quando ele ainda era criança e o uso de crack começou muito cedo, por volta dos 13 anos de idade. O que antes era um encaminhamento avaliado como inadequado pelos profissionais de saúde agora parecia o certo: uma advogada foi contratada pelo familiar às pressas para que pudesse interceder na audiência de custódia pelo melhor encaminhamento possível. Tentaria com o juiz da Vara de Execuções Criminais (VEC) a concessão de internação compulsória como medida de proteção ao jovem, evitando assim que fosse encaminhado para casa prisional por motivo de furtos de celulares e carteiras. Acabamos por não saber o destino de Tiago: internação compulsória ou prisão?

9.2 Fazer morrer travestido de deixar morrer: pontos de convergências em quatro vidas.

Aniquilar um corpo. Rejeitá-lo, expulsá-lo, expor às ameaças, à humilhação. Segregá-lo e negar sua ampla defesa. A tortura em suas várias facetas acontece nos vincos da cidade (e dos hospitais) e não será considerada violência se for para a autodefesa ou para manter a ordem.

A sobrevivência está em jogo. É matéria a ser testada pelo poder extralegal ao máximo, vamos deixá-la nas mãos do destino, circular com a viatura por tempo suficiente até que se chegue ao serviço de emergência. Corpo vivo ou corpo morto. A dor do outro é instrumento para fazer justiça e se não for feita, os criminosos devem pelo menos receber punição

daqueles que os prendem. Essa é a lógica que conduziu as situações dos três jovens adultos e do adolescente supracitados.

Polícia, juízes penais e prisões não são simples aparatos técnicos que impõem uma ordem legal e sim veículos para a produção política da realidade e para controle dos grupos sociais despossuídos e estigmatizados, assim como dos territórios em que estão confinados por uma ordem social excludente. (Manuel Iturralde et. al, 2012, p. 170).

A economia do castigo, em termos do contexto e dos sujeitos a qual é dirigida, prevalece com maior intensidade quando se escondem e se afastam as operações policiais de quaisquer outras políticas públicas. Situações que todos já sabem, mas ninguém viu. A ausência do atendimento pré-hospitalar (SAMU) oferta decisões a cargo do policial militar. Outro facilitador: enlacedes punitivos são facilmente executados quando não há nada institucionalizado. Levar primeiro o sujeito que apresenta lesões após o confronto à Delegacia de Pronto Atendimento (DPPA) ¹⁹⁰ou ao Hospital de Emergência em Saúde? Como são decididos esses fluxos? A história de Felipe é ilustrativa da questão. Nesse sentido, não existe nada que assegure o acesso à emergência de saúde quando o é realizado pelo poder policial.

A negação ou supressão do sujeito enquanto vítima de um agravo em saúde é o fator que caracteriza o modelo punitivo de decisão, (José Carpentieri; Everaldo Gonzalez, 2012). É necessário pautar que entre a vigência do sistema jurídico clássico e a instauração paulatina do sistema jurídico moderno, há um processo de redistribuição de toda a “economia do castigo”. Em *Vigiar e Punir*, Michel Foucault reconstitui tal processo, vinculando-o a um rearranjo da tecnologia da verdade no interior das práticas jurídicas. No caso do procedimento jurídico clássico (séculos XVI-XVIII) o *suplício* se centralizava como técnica de verdade e ato de punição, simultaneamente. Por seu efeito de verdade, “o suplício é uma técnica e não deve ser equiparado aos extremos de uma raiva sem lei”, uma hierarquia do sofrimento imposta por um “código da dor”. (Foucault, 1999, p. 30).

190 Segundo o site da polícia civil do RS, após flagrante, no DPPA o defensor público é solicitado e se o(s) apresentado(s) tiver algum tipo de lesão será conduzido ao Hospital de Pronto Socorro. <https://www.pc.rs.gov.br/policia-civil-de-pronto-atendimento>

Como exemplo, a tortura só será denunciada como uma prática “bárbara” em fins do século XVIII. A *desrazão* da tortura a que Foucault se refere consiste no fato de ela ter sido, durante a modernidade, “*conduzida quase sempre de forma extralegal, praticada sem regulamentação precisa e em segredo*” (Marcos Alvarez, 2008, p. 297). O criminoso é o sujeito que rompeu o pacto, um corpo permeável, aberto à intervenção, no qual as manipulações de outros não são consideradas problemáticas. (Daniel Lemos, 2013, P. 121).

As práticas do suplício, longe de serem apenas atos selvagens, revelam uma lógica específica: elas são, a um só tempo, um procedimento técnico e um ritual. Como procedimento técnico, o suplício pretende produzir uma quantidade de sofrimento que possa ser apreciada, comparada, hierarquizada, modulada de acordo com o crime cometido. Como ritual, visa a marcar o corpo da vítima, tornar infame o criminoso, ao mesmo tempo em que a violência que marca é ostensiva, caracterizada pela demonstração excessiva do poder daquele que pune, pois no suplício o que está em jogo é o poder do soberano. (David Garland, 1999). Vamos levar para o hospital ou vamos deixar morrendo? A ameaça é parte de um discurso ritualístico que por não ter feito morrer expõe o sobrevivente à humilhação moral e à piora do quadro de dor quando não à morte física.

Esse refinamento das técnicas punitivas, diz do espaçamento do sofrimento dos homens detidos por um período maior de tempo e com consequências psicológicas e sociais das quais a sociedade moderna não tomará conhecimento. Assim como o processo penal, longo e ininteligível aos mortais, entender as estratégias do poder soberano é antes perceber a punição metamorfoseada no circuito da segurança pública em meio ao campo da saúde. Exemplo de Felipe (15 anos) que foi baleado acidentalmente durante confronto armado entre terceiros: suspeição, violência física policial (chutes) e psicológica (ameaça de morte) humilhação pública (tirar fotos reveladas pela mídia como sendo sujeito criminoso) – omissão de socorro (levaram ao DML ao invés do HPS) – Incriminação injustificada (detido como adolescente infrator no HPS) – má fé institucional (a mãe ter de provar inocência ao invés da possibilidade de denunciar o crime contra o filho em internação).

Fala-se em violência policial como o uso da força injustificado (espancamento de um indivíduo algemado, coerção física por uma simples falta de documentos), desproporcional (sufocação ou compressão levando a incapacidade prolongada de respirar, espancamento

implacável resultando em ferimentos graves) ou ambos (como um tiro nas costas de uma pessoa desarmada que foge), atos que poderiam levar a uma condenação judicial. Todavia, segundo Didier Fassin (2017, tradução minha), o uso da força é deixado inteiramente à discricção dos oficiais, sem nenhum controle externo. A fronteira entre o recurso à força e o exercício da violência é difícil de definir, por mais que se tente identificá-la: a violência é simplesmente uma continuação da violência. A polícia deve saber usar a força, mas não deve exercer violência. No entanto, dada a ausência de diretrizes, critérios, avaliação e julgamento em relação à maneira apropriada de usar a força, é fácil ver como, para muitos policiais, a violência é um conceito quase sem conteúdo, exceto em casos extremos.

De acordo com o 10º Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2016), 59% da população brasileira tem medo de sofrer alguma violência por parte dessa polícia. Uma expressiva tentativa de analisar a “economia da morte” na política foi empreendida pelo sociólogo africano Achille Mbembe (2018), que cunha, para tanto, o conceito de Necropolítica. Além disso, Mbembe lança as bases para pensar uma forma de intervenção sobre a morte que não se baseia apenas na destruição soberana da vida, um aspecto da Necropolítica que poderíamos chamar de economia política da morte — aspecto que, no que diz respeito à biopolítica, foi explicitado por Foucault, mas quase inteiramente negligenciado no caso de Agamben. As técnicas punitivas penais perpassam desde as indistinções entre o tiro nas costas e o tiro pelas costas¹⁹¹, até as perdas sociais e políticas que o encarceramento provoca na vida dos homens detidos e na de seus familiares.

Outro exemplo é o exame de corpo de delito (não) realizado pelo DML. Se o usuário de saúde é internado como custodiado pelo Estado, como no caso de Rafael (que levou o tiro pelas costas), o DML apenas realiza a perícia após a alta hospitalar (de acordo com alguns

191 Existe o tiro nas costas e o tiro pelas costas que caberia uma discussão no campo da criminologia mais aprofundada em outra ocasião. O crime deixará de existir, quando se constitui em legítima defesa, conforme Artigo 25 do Código Penal, no entanto o que se constitui como justificativa para o uso de arma de fogo depende uma série de contextos analisados caso a caso. Segundo relato de Rafael, após levar tiro na face, virou de costas para tentar fugir, foi então que levou um tiro no ombro.

relatos de profissionais da segurança pública). O que seria um meio de verificação da legalidade das ações desempenhadas, é suprimido¹⁹².

O nada permitir ao sujeito, (que seria) de direito, faz parte de uma economia da morte, um fazer morrer travestido de deixar morrer. O que nos conecta à audiência de custódia como último analisador etnográfico dos homens privados de liberdade. Localiza-se num lugar obscuro a única chance aos réus primários (pegos em flagrante sem PEC/Processo de Execução Criminal) desligarem suas existências do sistema penal como um pacto compulsório que não findará. Marca com sinal negativo não apenas o corpo (restrito a territorialidades penais), mas sua produção de subjetividade. Ninguém é inocente até a audiência. Mas como seria essa primeira audiência, quem representaria o sujeito detido em seu direito de defesa?

O objetivo das audiências de Custódia ¹⁹³ é que o preso em flagrante (sem outro processo de execução penal anterior em aberto) ou no caso de delitos que ainda não foram julgados (como Tiago que teve seu mandado de prisão decretado enquanto estava no HPS) seja apresentado a um juiz em um prazo máximo de 24 horas, onde também estarão presentes: um representante do Ministério Público e um representante da Defensoria Pública ou advogado(a) particular, para que seja realizada a audiência, havendo assim a análise de aspectos relacionados à legalidade da prisão. *“Legalidade da prisão e da necessidade da prisão cautelar ou a sua substituição por medida diversa da prisão, bem como a prevenção à tortura e a qualquer tratamento desumano ou degradante, e, ainda a atos constitutivos de abuso de autoridade”* (Art. 4º da Resolução n.º1087/2015-COMAG¹⁹⁴)

No caso de crimes de baixo potencial lesivo, nos quais o preso não apresenta antecedentes criminais, por exemplo, opta-se por aplicar outras medidas que não a prisão preventiva, pois entende-se que estas serão suficientes para a ressocialização. As medidas não judiciais (como a mediação penal, alvará de soltura, medidas sociais ou assistenciais ou

192 Não apenas suprimido. No capítulo “O ressentimento bate à porta”, o policial militar nos revela que não é raro médicos peritos compactuarem com a violência policial.

193 No Rio Grande do Sul as audiências de custódia tiveram início no ano de 2015, pela adesão do Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul (TJRS) ao Termo de Cooperação Técnica firmado entre CNJ, Ministério da Justiça e Instituto de Defesa do Direito de Defesa (IDDD) para regulamentação do projeto em escala nacional.

194 Conselho da Magistratura do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul.

extinção do procedimento) e medidas judiciais (como o relaxamento da prisão ilegal ou concessão de liberdade), ou ainda, se a prisão e os procedimentos foram feitos de forma correta e adequada àquela situação. Se os direitos fundamentais do preso não foram afetados e a prisão for recomendada pelo fato do preso oferecer riscos à sociedade, a prisão em flagrante poderá ser substituída por medida cautelar ou, ainda, a prisão preventiva será decretada. (Ana Luísa Rockenbach et. al., 2017)

Antes da realização das audiências de custódia é comum que o juiz oficie a prisão temporária (30 dias) ou preventiva (até audiência) ou liberdade provisória. Nos dois primeiros casos ficaria a cargo da Susepe a realização de escolta. O que seria de Rafael e Tiago sem alguém que buscasse na primeira audiência interpellar um lugar de fala sobre o sujeito? Lembrando que os familiares supracitados nas histórias apresentadas foram avisados sobre as audiências dois dias antes, situação ansiogênica para aqueles que precisam garantir a defesa do filho em sua ausência por questões de saúde.

“Primeira audiência que é realizada quando o preso está internado, nós que representamos. As mães não precisam se preocupar, nós que avisamos o juiz. Depois desse juiz do Tribunal de Justiça vai para a Vara de Execuções Criminais (VEC) que de lá expediciona para o sistema penitenciário que vai o preso”, explicou um gestor da Susepe. Um dos agentes da Susepe explica que o sujeito custodiado sempre é analisado na região da VEC onde reside e é lá que definem para qual presídio ele irá. “Ele pode ser preso como pode não ser. Às vezes o juiz decide por outra pena que não a prisão, depende se é mandado de prisão não cumprido quando é foragido é se o mandado de prisão é muito antigo ou se é réu primário”. Na reunião entre a equipe do serviço social e os profissionais de Susepe foram citadas as situações relacionadas às audiências de custódia de Tiago e Rafael. Comenta o gestor: “Nesses casos a pessoa tem que ser representada por um advogado para ir até a audiência e explicar a situação.”

Quando se tem uma audiência de custódia registra-se nos autos do processo que a pessoa está internada em serviço de saúde, no entanto as audiências de custódia não são remarcadas mesmo que fosse justificada a sua necessidade. Na prática, veremos que os familiares de homens em quartos sob a escolta da Susepe não conseguem acesso ao Defensor Público que ficará responsável pelo processo. Um dos motivos seria:

“Se levarmos em consideração de as audiências de custódia em Porto Alegre, ao invés de ocorrerem no Foro Central da cidade, acontecem dentro do Presídio Central de Porto Alegre todos os dias da semana, no posto avançado da 2ª Vara de Execuções Criminais de Porto Alegre. A realização da audiência, de acordo com a resolução 213/2015 do CNJ, deveria acontecer em um prazo de até 24 horas da comunicação do flagrante, porém não é isso que acontece. Foi possível observar que os presos que ali aguardavam suas audiências estavam há, pelo menos, dois ou três dias no presídio, condição que contraria o art. 1º da resolução do CNJ, o art. 7.5 da Convenção Americana de Direitos Humanos e o art. 9.3 do Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos. Diante dessas violações, questiona-se a eficácia e a utilidade das audiências de custódia, pois, de que adianta apresentar o preso a um juiz se este apenas homologa a prisão em flagrante, visto que o preso já se encontra encarcerado?” (Ana Luísa Rockenbach et. al., 2017 P.90)

O defensor público que se encontra bem longe do hospital, não possui tempo hábil para examinar caso por caso, não há sala específica e a pessoa detida é escutada minutos antes da audiência. No caso dos homens que respondem por crime enquanto estão sobre uma maca de hospital, obviamente não há proposta do profissional se deslocar da Cadeia Pública de Porto Alegre para que possa adequadamente ouvir o sujeito e analisar seu caso. Além disso, a(o) defensor(a) pública do estado, e qualquer profissional que trabalhe entre esses fluxos, têm conhecimento de que um(a) advogado(a) de defesa contratado pela família possui um poder de negociação nas audiências de custódia muito superior a um defensor público, isso porque ocupa um lugar de maior prestígio aos olhos do judiciário nas audiências de custódia. Então é necessário: 1) alguém que reivindique pelas malhas da segurança pública os direitos dos acorrentados 2) alguém que demonstre que eles são passíveis de defesa, alguém digno de acessar algum serviço/assessoria jurídica que garanta estratégias de defesa prévias à audiência. Um direito humano só acessado através do poder de compra.

Àqueles que não possuem um mapa, uma bússola ou qualquer ferramenta mínima de acesso aos fluxos da segurança pública, em um tempo de defesa que urge e se dilacera, resta poder lançar mão do contrato de serviço de assessoria/defesa de um profissional particular. É necessário alguém que fale por eles, um sujeito economicamente ativo (como mão de obra) para a sociedade, capaz de consumir bens, produtos e serviços. Assim, mãe, pai ou qualquer

outro familiar, não possuem valor contratual apenas pela lógica familista¹⁹⁵ que embasa as decisões sociais e políticas na nossa atualidade.

Infelizmente, a supressão do direito às audiências de custódia também tem sido comum àqueles que já estão no centro de triagem da Casa Prisional de Porto Alegre assim como o é para os que estão nos hospitais. Dessa vez não haveria motivos plausíveis para que não fossem conduzidos até a sala de audiências. Não é necessário deslocar uma escolta, por exemplo. Mesmo que a audiência ocorra, os números de encarceramento como medida penal não diminuiriam.

O itinerário *kafkaniano*¹⁹⁶ que mães e outros familiares percorrem inicia-se no interior do hospital. Começa pelo abatimento do direito inalienável de quem foi detido ou preso, fundamentado em nossa Constituição Federal no artigo 5º, LXII: “a prisão de qualquer pessoa e o local onde se encontre serão comunicados imediatamente ao juiz competente e à família do preso ou à pessoa por ele indicada”, passa pela luta ao direito de defesa e a esperança pela “soltura” entre os homens considerados réus primários que se não puderem ser representados nas audiência de custódia continuarão, provavelmente, em alguma Casa Prisional.

195 Lógica familista: Elemento indispensável onde o biopoder circula na sociedade através do controle das subjetividades. Para cada corpo feminino reprodutivo e maternal, um homem. No entanto, o modelo ideal de família é ancorado em sujeitos, brancos, heterossexuais e trabalhadores.

196 O livro “O processo”, de Franz Kafka (2005), conta a história de um homem que se acordou certa manhã, e é sujeito a longo e incompreensível processo criminal por um crime não especificado. O personagem tem a ajuda de seu tio, que o acompanha durante todo o percurso processual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas fronteiras do sangue e da precariedade: algemas, seringas e alguma esperança.

Esta tese, como a maioria delas, creio eu, não quer sepultar as vozes caladas. Ser engavetada, espremida entre outras tantas, olhada de relance, ser acaso em buscas digitais. Algumas teses querem virar livro, outras, inúmeros artigos e há aquelas que querem ir para rua, nos espaços onde se materializam as políticas públicas, não ser mais letra, virar palavra. Dialogada. Quer voltar e volver, fazer laço com a realidade, já não ser mais ela. Ao final, a tese não pode sozinha dizer o que é, nem predizer seus efeitos imprevisíveis. Mas somente ela pode afirmar o que quer vir a ser, como masculinidades envolvidas em conflitos violentos, produzidas subjetivamente no olhar do outro até que possam emergir em espaços que permitam que elas sejam sujeitos de uma existência.

O primeiro movimento já está dado em um determinado contexto estudado. Compreender que as fronteiras entre práticas terapêuticas e práticas penais se confundem no processo de cuidado às diversas masculinidades, das emergências dos hospitais até os quartos de custódia. Nesse miolo, expor as ambiguidades (há tantas!) que enlaçam mecanismos para gerir a vida e por vezes suspendê-la. Demonstrar que o dispositivo de segurança está no universo da saúde, assim como a entrada do hospital está para a captura daqueles em dívida com a justiça. Revelar o silêncio que o interior do hospital já sabe: há um fazer morrer, travestido de deixar morrer. Começa no território o abandono de alguns corpos pelo poder policial, quando não, fazendo da dor um castigo ou pactuar com o destino uma possível morte física, em um longo caminho até que se chegue com o preso no hospital de trauma. Acordos tácitos.

As valorações morais aos homens predominantemente negros de territórios periféricos da cidade também podem advir de práticas de saúde discriminatórias, que reforçam a violência sofrida: uso de jargões pejorativos; falha no reconhecimento das famílias como vítimas ocultas dos conflitos violentos dos do(entes) amados e de ações e apoio interdisciplinar às mesmas, incluída a ausência de espaço inter-religioso; negar e/ou postergar procedimentos de cuidado como troca de fraldas, banho, uso de medicação para dor, avaliação médica; a desconsideração às vulnerabilidades que expõem os usuários de saúde a novos conflitos violentos (não permitir a avaliação das condições para a “alta social”); negar

as condições que permitiriam a visita de familiares aos homens sob custódia do Estado; conceber periculosidade ao que é da dimensão do sofrimento/trauma emocional; naturalização da violência, percebida quando autores de agressão e agredidos(as) ocupam o mesmo recinto na espera por atendimento.

Historicamente, processos de medicalização e criminalização, agenciam-se mutuamente em territorialidades múltiplas que excedem o corpo-hospital e determinam lógicas de poder reforçadas em estigmas interseccionais. É comum o não falar sobre, é um modo conivente de não superar/desafiar essas estruturas de saber-poder. Pessoas brancas não estão conscientes de seu privilégio por serem subjetivadas, do lado da norma, a partir do racismo de Estado. A autodeclaração do usuário de saúde no quesito raça, é um dos aspectos invisibilizados que seria relevante para a qualificação de políticas públicas. Também quando se é cisgênero e heterossexual, o marcador de gênero para além do documento não é percebido como inerente ao cuidado humanizado essencial às ações de saúde. Percebemos essas questões (que carecem ser aprofundadas em outros estudos) desde a recepção do hospital, um campo de fronteiras que os mais avançados aparatos tecnológicos de sistematização da informação, de vigilância e contenção não detêm.

Estamos em tempo de refazer nossos passos, antes carecemos de tecnologias leves¹⁹⁷ que comecem primeiramente a realizar a escuta de distintas inteligibilidades criadas em torno das violências. Quando profissionais da segurança interna do hospital dizem que precisam ser escutados, sinalizam que pensar e falar sobre a dimensão dos conflitos violentos como parte do processo de trabalho é para poucos. Se restringe ao poder decisório dos diretores, ou aos profissionais de escala hierárquica superior como o grupo de trabalho exclusivo ao SIMERS e Brigada Militar.

Podemos, assim, nos perguntar como repensar outros vasos comunicantes: 1) ferramentas e fluxos cotidianos tem uma forte agência por parte de profissionais da recepção,

197 A idéia de tecnologia não está ligada somente a equipamentos tecnológicos, mas também ao 'saber fazer' e a um 'ir fazendo'. No campo da saúde, embora as categorias tecnológicas se inter-relacionem, não deve prevalecer à lógica do 'trabalho morto', aquela expressa nos equipamentos e saberes estruturados. O ser humano necessita das tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização, denominadas 'tecnologias leves' (Denise Conceição da Silva; Neide Aparecida Titonelli Alvim; Paula Alvarenga de Figueiredo, 2009).

seguranças, técnicos de enfermagem, profissões de alto poder decisório (mesmo parecendo não o ser nos bastidores do palco biomédico), no entanto, ficam na esfera do esquecimento e ausentes nos espaços de educação continuada; 2) não existem espaços de escuta sobre o processo de trabalho dos profissionais marcados por situações estressantes e o fantasma da violência armada em suas memórias, parte de uma história institucional que só a mídia se pôs a cobrir.

É necessária essa escuta para que posteriormente possamos sensibilizar os atores sociais envolvidos sobre o processo de adoecimento de usuários de saúde que constantemente vivenciam esses conflitos, por vezes mantidos pelos efeitos deletérios das ações de equipamentos de segurança pública e/ou saúde pública. Nesse sentido, a dissolução de jugos morais perpassa uma dimensão do cuidado de si e cuidado do outro enquanto indissociáveis.

Tendo assinalado essa questão, como um segundo plano, podemos pensar as problemáticas sociais estudadas como fontes de diagnósticos situacionais que permitem planejar e promover planos de ação estratégicos que perpassam os distintos processos de trabalho dos operadores de saúde e entre esses e a segurança pública de maneira horizontalizada. Que se não pudermos depender da vontade política, que possamos (re)existir como pesquisadoras/es implicadas/os na qualificação de ferramentas de gestão pelos caminhos da universidade, organizações não governamentais e/ou movimentos sociais. São por essas portas de entradas que também conseguiremos reconhecer programas e ações no interior das políticas públicas que fazem enlace com nossa perspectiva. Linhas de fuga.

Algo de extrema importância a ser ressaltado no resumo das análises de campo, é a perspectiva que a saúde coletiva nos oferece como campo paradigmático ético-político, que proporciona às políticas de saúde pública serem entendidas para além do diagnóstico, tratamento de doenças e a manutenção da saúde. Saúde pública e saúde coletiva são dois termos facilmente confundidos, todavia a saúde coletiva surgiu para designar os novos conteúdos da corrente da reforma sanitária no Brasil. Analisar o processo saúde-doença passa por noções de integralidade, prevenção em saúde, autonomia do sujeito e outras condições epistemológicas e metodológicas de intervir na realidade, promovendo mudanças e melhorias em determinada comunidade, mas também na rede de serviços de saúde e em práticas

intersectoriais. Assim, quando explicitamos as relações desiguais entre os distintos saberes, entre gestão e a atenção e entre usuários de saúde e profissionais podemos articular processos de transformação com base em ferramentas da saúde coletiva.

O telefone sem fio, termo simplificado para registrar uma problemática altamente complexa expõe: entrada de autores de agressões visitando as vítimas, ou seja, a impossibilidade da visita restringir o acesso de certas pessoas; a alta médica em casos de risco social apesar de aviso prévio para que não ocorra; quebra do processo terapêutico e da atenção integral em saúde de distintos profissionais sobre o mesmo sujeito; encaminhamentos informais que iniciam na recepção e se perdem durante o itinerário terapêutico no hospital.

No entanto, carecem estudos sobre conflitos violentos como um dos objetos principais do trabalho em redes de saúde de média e alta complexidade. A centralidade em práticas curativas amortece a ausência de espaços que qualifiquem a especificidade das violências nesses serviços de saúde. Além da dimensão do campo de construções valorativas, o modo como se organizam os fluxos entre os distintos autores e as territorialidades possíveis, questões financeiras-administrativas, demonstram o que é constituído como cuidado em saúde e quem é o sujeito desse cuidado. Ocorrem atrasos no encaminhamento cirúrgico ou pós-alta hospitalar devido à falta de recursos para órteses e próteses de usuários de saúde que não possuem condições econômicas (dependem de doações), ou materiais cirúrgicos básicos. Tais fatos aumentam o prazo de internação hospitalar, gerando custos desnecessários.

As observações aqui explicitadas, aparentemente revelam uma imagem que parece se encerrar na dimensão da saúde coletiva, contudo são essas que nos levam primordialmente à reflexão sobre a intersecção dos saberes-poderes da saúde e da segurança pública. Começamos pelos profissionais da brigada militar, atuantes na atenção à saúde pública desde a atenção prestada *in loco* em situações de crise; complexidades que perpassam os agravos em saúde por conflitos violentos (majoritariamente armados), como violência intra-familiar, saúde mental e acidentes. Em espaços de emergência, circulam como acompanhantes dessas ocorrências, principalmente em episódios em que não houve a atuação do SAMU.

A polícia é cada vez mais exigida para trabalhar em assuntos de menor potencial ofensivo e não necessariamente tidos como criminais, mas que na visão da sociedade perturbam a ordem pública.

“Estas demandas exigem conhecimento de práticas e comportamentos sociais, como também forçam o policial a ter mais sensibilidade diante da aplicação da lei, compreendendo a natureza do sofrimento humano e superando a contradição de alcançar fins justos através de meios coercitivos” (João Gaspar Rodrigues 2009, p. 94).

A segurança pública, enquanto política de estado, mobiliza em seus agentes (especialmente profissionais da BM) a demonstrarem sua competência por meio da truculência e não por técnicas de mediação de conflitos. Igualmente, ocorre um apagamento da agenda de governo, de estratégias de ações intersetoriais de prevenção, e educação para cidadania. Termos da saúde coletiva como humanização, cuidado, educação permanente por vezes são tão alheios à gestão de equipamentos hospitalares, quem dirá para a gestão da segurança pública. Seria o mesmo que um físico ouvir que a terra é plana. Essa perspectiva nos coloca a seguinte indagação já realizada por Fábio França (2018): como falarmos de humanização policial militar diante de uma cultura com regras rígidas e disciplinadoras?

Isso se deve em parte das polícias militares vêm demonstrado humanizar seus agentes em uma humanização disciplinada, parte de uma herança organizacional do Exército, uma instituição com alto rigor hierárquico. Os ritos de passagem que os jovens passam para serem policiais militares convocam o medo e a dor. Essas experiências ressentidas (que não puderam adquirir outros sentidos para além da memória da violência) fomentam a reiteração dessas lógicas, como provocar a dor de homens considerados do crime.

Diversas iniciativas de educação para os direitos humanos no interior das polícias (militar e civil), são vinculadas ao Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH), por meio do Decreto 1904, de 13 de maio de 1996. Seria pauta a ser garantida no interior da formação dos profissionais da segurança pública. No entanto, esses espaços segundo Fábio França (2018), ocorrem em circuitos fechados e numa rejeição ao pensamento crítico que difere da cultura institucional.

De todo modo, no entre dentro e fora dos hospitais de trauma, os operadores da segurança pública continuarão convocados, tanto quanto a saúde, a exercer o acolhimento

(BM), modos de escuta acolhedora dos agentes envolvidos em dada situação (a polícia civil nos plantões policiais como talvez o único profissional que irá realizar a escuta da situação traumática), o acompanhamento sistemático e permanente aos homens sob custódia (agentes Susepe).

O trabalho da Segurança pública é fundamental, num outro plano, para além de circuitos departamentalizados, e de táticas de governo que cerceiam direitos e sobretudo, quando seus personagens são mobilizados, pela cultura institucional e pela sociedade civil (incluído os profissionais de saúde) a exercerem intervenções em situações de crise pela contenção. Existe a contenção medicamentosa, a contenção física (que se expande e se mistura à violência física do agente de Estado). De todo modo, essas contenções são antes medidas de controles (contenções) territoriais, como bem vimos ao longo da tese, que busca o afastamento, a vigilância ou o castigo de alguns corpos sobre outros.

No entanto, se chegamos até aqui é porque temos esperança, de que uma segurança pública apropriada de outras ferramentas inteligentes de intervenção sobre determinadas realidades, expande o entendimento de que uso de armas (armas não letais e letais) e medidas de “contenção” física devem fazer parte de um limiar muito, mas muito mais alto de resposta. O limiar de resposta (muitas vezes automática) da segurança pública em situações de crise possui um baixíssimo nível de tolerância. Talvez lhes faltem armas como o vigia do HCR disse: “Minha arma tá aqui, na minha cabeça”. Existir para mediar conflitos, tranquilizar sujeitos em espaços públicos e institucionais, e porque não, a saúde coletiva com suas ferramentas ético-políticas serem base de um cuidado humanizado por parte dos profissionais que comumente são designados a acompanhar pessoas em situações traumáticas, como as mulheres que sofreram violência doméstica.

Fazer segurança pública é habitar a ambiguidade e a solidão própria ao universo dos homens. Assim como a cidade, o hospital quer contenção e secretamente (mas não lhe conte os detalhes), a punição. Tantas narrativas revelaram usuários(as) de saúde e profissionais de saúde recorrendo a agentes e instituições de segurança pública como medidas desesperadas de proteção social e (pasmem) de cuidado. Obviamente essas demandas tendem a aumentar, num contexto de gradual sucateamento de políticas de bem-estar social. Para onde ir? Como fazer viver? Como aliviar a dor? Sim, essas perguntas são e serão direcionadas para a

segurança pública. A batata quente passa de mão em mão e ao fim de seu itinerário cabe atirarem-la para longe, segurá-la (se usar a força queima a mão) ou voltar a passá-la adiante.

Ou seja, podemos rejeitar o fato de que construir ferramentas para qualificar o processo de trabalho e os meios de fazer gestão depende em grande parte, de outras operações táticas intersectoriais e interdisciplinares. Mas essa é uma construção que também envolve as políticas de saúde, pois ela mesma não sabe como “conter” situações para além da via medicamentosa e em alguns modos de expulsão de sujeitos considerados perigosos ou apenas impertinentes.

Ao mesmo tempo que a segurança pública é solicitada pelo campo da saúde, entra muda e sai calada desses territórios. Exerce seus poderes silenciosamente, mas é excluída enquanto parte do quadro de ações ofertadas no interior dos hospitais de trauma. Os profissionais reclamam da falta de reconhecimento e de condições mínimas para o trabalho: a equipe do bloco cirúrgico não fornece as provas do crime (os objetos perfurantes que causaram a lesão) retirados em cirurgia, ação essa essencial à investigação pela polícia civil; ausência de diálogo entre BM e saúde em situações extremas de risco social que exigem uma atenção equitativa em saúde, como a mulher agredida na cabeça que chega com três crianças pequenas ao hospital; agentes da Susepe em quartos sem saída de ar, nem espaço (abertamente compartilhado com a saúde ou em separado) para descanso e alimentação em intervalos de trabalho.

Para quem estiver lendo e julgar como romantizada a proposição de ações estratégicas de qualificação do processo de trabalho na intersecção saúde-segurança, basta recorrer àqueles que entre algemas e correntes também conseguem acolher, mediar, oferecer uma escuta. Tivemos provas. São esparsas, mas elas estão aqui, guardadas, de que podemos ter esperança.

Ninguém sabe muito bem como lidar com essas situações que envolvem os conflitos violentos como objeto principal das demandas que adentram os serviços de saúde. Então uma dose boa de humildade do poder biomédico e policial é fundamental para gerir ferramentas inteligentes de atuação que escapam às digamos, clássicas soluções.

O mais desafiante, certamente, serão as relações fortemente desiguais e violentas no processo de tornar-se policial (ou agente) da segurança. Os direitos dos profissionais da segurança pública são cerceados das mais diversas formas, tanto pelos superiores hierárquicos como também por parte do Governo para com a categoria. O padrão militarizado é o mais complexo. Personificado na figura do policial militar é requerido que seja justiceiro e também acompanhante, no entanto lhe é negada a capacidade de atender às demandas externas devido ao seu distanciamento do sentimento de cidadania, que se refere ao auto reconhecimento da condição de cidadão. (Rosália Corrêa da Silva , 2009, p. 61)

Antes esses personagens precisam ser *macho*. Não importa se isso vai lhes conferir um bem viver ou uma toxicidade em suas vidas na relação consigo próprio e com outro. A dimensão de trauma e os restos de afetos que não tiveram escape (sinalizados como ressentimento), também diz respeito à vida desses profissionais que (re)habitam masculinidades sufocantes. Enquanto isso, as mulheres nos dispositivos de segurança são prisioneiras da polaridade segurança-cuidado.

O campo das masculinidades e violência ocupa um lugar especial na vida profissional da pesquisadora, seja em seus estudos, práticas de gestão, seja em espaços de capacitação/sensibilização. Ademais, muitas das ferramentas produzidas pela saúde coletiva servem de escopo para, se não superar, pelo menos aliviar alguns dos múltiplos pontos de tensão.

Enquanto estudosas/os, podemos nos lançar em metodologias de apoio institucional entre gestão colegiada¹⁹⁸ e assistência, para que ações estratégicas de cuidado integral reduzam os efeitos deletérios dos conflitos violentos (incluída a especificidade dos conflitos armados) para os usuários(as) de saúde e para os(as) profissionais envolvidos, além de

198 Para a Política Nacional de Humanização em Saúde (2009), a gestão colegiada não é um lugar ou um espaço ou um campo de ação exclusiva de especialistas, portanto permite a inclusão dos vários sujeitos envolvidos no processo de trabalho, mais livres para a criação, autônomos e corresponsáveis pela coprodução de saúde. Além disso, a cogestão possibilita análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão, exercido por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho”. (Alessandra Pereira; João Neto, 2015)

promover acessos mais seguros, tanto para a segurança dos profissionais como para os(as) usuários(as) de saúde.

Algumas medidas podem trazer efeitos positivos para esses serviços de saúde, como alargar os vasos comunicantes entre usuários de saúde e profissionais, entre a atenção e gestão, entre os distintos conhecimentos que produzem práticas cotidianas.

O campo de pesquisa realizado, sobretudo pela oportunidade de acompanhar os fluxos de cuidado em saúde em todo hospital, aos homens que vivenciaram conflitos urbanos, pôde provocar algumas reflexões entre alguns profissionais, pelo simples ato da escuta. Quem é o sujeito da vulnerabilidade social? É da nossa alçada atender os homens custodiados pela segurança pública no hospital? Esses foram alguns questionamentos que emergiram nos múltiplos acontecimentos e discursos dissonantes entre direção do hospital/coordenação de serviços hospitalares de custódia da SUSEPE e equipe de serviço social, um dos exemplos mais profícuos proporcionado pelo ato de pesquisar.

REFERÊNCIAS

10º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. (2016). *Fórum Brasileiro de Segurança Pública*. ISSN 1983-7634.

Affleck, W., Carmichael, V., & Whitley, R. (2018). Men's mental health: social determinants and implications for services. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(9), 581-589.

Agamben, G. (2015). *Estado de exceção: [Homo Sacer, II, I]*. Boitempo Editorial.

Agamben, Giorgio. (2003). *Homo sacer: o poder soberano e a vida nua*. São Paulo, Iluminuras, 2003

Aguiar, Reijane; Oliveira, Cláudia (2018). Interdisciplinaridade e Prática Colaborativa na Percepção dos Preceptores de um Programa de Residência Multiprofissional em Neurologia e Neurocirurgia. *Dissertação Mestrado Profissional Ensino em Saúde*. Centro Universitário Christus: Ceará.

Alvarez, M. C. (2008). Tortura, História e Sociedade: algumas reflexões. *Revista Brasileira de Ciências Criminais*, São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, v. 16, n. 72, p. 275-294, maio/jun. 2008.

Arán, M., & Peixoto Júnior, C. A. (2007). Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. *Revista de saúde pública*, 47(5), 849-857.

- Araújo, I. L. (2009). Foucault, para além de Vigiar e Punir. *Revista de Filosofia Aurora. Curitiba*, 21.
- Arendt, H. (1999). *Eichmann em Jerusalém: um relato sobre a banalidade do mal*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Arruda, A. L. G. (2017). A pena e a moral do ressentimento em Nietzsche. *Revista Pensamento Jurídico*, 10(2).
- Assembleia Legislativa Do Estado Do Rio Grande Do Sul. (2015). *Comissão de Cidadania e direitos humanos*. Presidente: Deputado Catarina Paladini subcomissão Do Sistema Prisional Do Estado Do Rio Grande Do Sul., p 43.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2012). Manual Caronte: Apoio a Familiares e Amigos de Vítimas de Homicídios. Lisboa,.
- Associação Portuguesa De Apoio À Vítima. (2012). Manual Caronte: Apoio a Familiares e Amigos de Vítimas de Homicídios. Lisboa: APAV.
- Augé, M. (2005). *Não-lugares: Introdução a uma Antropologia da Sobremodernidade*. 90
- Barbosa, A. R. (2012). Aviões, esticas e bocas de fumo: repressão a duas modalidades do comércio varejista de drogas presentes nas favelas e morros da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Anais da 32ª Reunião da ANPOCS, Caxambu. Mimeo*.
- Barbosa, M. A. (1995). A influência dos paradigmas cartesiano e emergente na abordagem do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 29(2), 133-140.
- Bauman, Z., & Bordoni, C. (2016). *Estado de crise*. Zahar.
- Beauvoir, Simone de. (1980). *O segundo sexo*. 1 e vol.2. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bebb, Rebecca. (2005). A comunicação na área da saúde. da Silva, M (Org). *Comunicação tem remédio*. Edições Loyola.
- Benevides, R., & Passos, E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 561-571.
- Benjamin, Walter. *Obras escolhidas: Magia e técnica, arte e política*. Brasília: Brasiliense, 1994.
- Birman, J; Seixas, C. M. (2012). O peso do patológico: b,,iopolítica e vida nua. *Hist. ciênc. saúde-Manguinhos*, 19(1), 13-26.
- Bourdieu, Pierre. (1995). *A dominação masculina*. Bertrand Brasil.
- Botton, Fernando. B. (2007). As masculinidades em questão: uma perspectiva de construção teórica. *Revista Vernáculo*, 1(19/20).
- Brah, A. (2006). Diferença, diversidade, diferenciação. *cadernos pagu*, (26), 329-376.
- Brasil. (1990). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1.

Brasil. (1998). *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988.

Brasil. Ministério da Saúde.(2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Acolhimento de Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 52 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

Brasil. Presidência da República. (2004). Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. *Decreto 5.050, de 25 de abril de 2004*. Brasília.

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

Butler, Judith. (2015) *Quadros de guerra: Quando a vida é passível de luto?* Trad. Sérgio Tadeu de Niemeyer Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

Campos, Gastão Wagner de Sousa. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>

Campos, Gastão. W. D. S. (2007). Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. In: *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*.

Candiotto, Cesar. (2012). Disciplina e segurança em Michel Foucault: a normalização e a regulação da delinquência. *Psicologia & Sociedade*, 24(spe), 18-24. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000400004>

Canofre, Fernanda. (16 de maio de 2018). No RS, quase 50% das prisões em flagrante contrariam lei e não chegam às audiências de custódia. Porto Alegre: *Sul 21*. Disponível em: <https://www.sul21.com.br/ultimas-noticias/geral/2018/03/no-rs-quase-50-das-prisoos-em-flagrante-contrariam-lei-e-nao-chegam-as-audiencias-de-custodia/>.

Carloto, C. M., & Mariano, S. (2010). As mulheres nos programas de transferência de renda: manutenção e mudanças nos papéis e desigualdades de gênero. In *13º CONGRESSO BIEN. Anais... São Paulo: Basic Income Earth Network–Bien*.

Carpentieri, j. R., & Gonzalez. E. (2012) Os direitos humanos e a seletividade do sistema penal. 10 Mostra acadêmica UNIMEO. *Anais do 10 encontro de Pós-Graduação UNIMEO*. 25 de outubro de 2012. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/10mostra/5/130.pdf>. Acesso em: 10 de janeiro de 2019.

Ceccim, Ricardo & Ferla, Alcindo. (2006). Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*, 165-184.

- Ceccim, Ricardo Burg. (2005) *Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev..
- Cecílio, Luiz & Pinheiro, Roseni & Mattos, Rubem (2006). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. *Rio de Janeiro: IMS/UERJ*, 113-126.
- Cecilio, Luiz. (1997). Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de saúde pública*, 13, 469-478.
- Cerqueira, D. C., Lima, R. S. D., Bueno, S., Neme, C., Ferreira, H., Coelho, D., ... & Reis, M. (2018). Atlas da violência 2018.
- Chalhoub, Sidney. (2001). *Trabalho, lar e botequim: o cotidiano dos trabalhadores na BelleEpoque*. Campinas: Editora Unicamp.
- Christoff, Margareth Uarth. Saúde e Cárcere: *Micro-unidades Penitenciárias de Atendimento Hospitalar*, no Rio Grande do Sul. Tese (Doutorado em Sociologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Porto Alegre, 2007.
- Cipriani, Marcelli; Azevedo, Rodrigo Ghiringhelli. (2016). Um estudo comparativo entre facções: o cenário de Porto Alegre e o de São Paulo. *Sistema Penal e Violência*, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 160-174, jul/dez.
- Comitê Internacional Da Cruz Vermelha (Rio de Janeiro). *Acesso Mais Seguro*. 2013. Disponível em ,<<https://www.icrc.org/pt/document/o-programaaccessomais-seguro>>. Acesso em: 26 jul. 2017.
- Conrado, M. P., & Ribeiro, A. A. M. (2017). Homem Negro, Negro Homem: masculinidades e feminismo negro em debate. *Estudos Feministas*, 25(1), 73-94.
- Conselho Federal de Medicina (CFM). (1995). *Resolução CFM n. 1451/95*, de 17 de março de 1995.
- Correia, Susano. (2017). *Notas Visuais*. Galeria Susano Correia, 128 p.
- Correia, Susano. (2018). *Face a face com o abismo*. Galeria Susano Correia, 128 p.
- Costa, IF. (2005). Indicações e tendências no âmbito da segurança pública. In: Polícia e sociedade: gestão de segurança pública violência e controle social [online]. Salvador: EDUFBA, 2005, pp. 169-183. ISBN 978-85-232-1219-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- Costa, L. A. (2014). O corpo das nuvens: o uso da ficção na Psicologia Social. *Fractal: Revista de Psicologia*, 26(4), 551-576.
- Coutinho, A. A. P., de Oliveira Cecílio, L. C., & Mota, J. A. C. (2012). Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Revista Médica de Minas Gerais-Rmmg*, 22(2).

Coutinho, A. A. P., de Oliveira Cecílio, L. C., & Mota, J. A. C. (2012). Classificação de risco em serviços de emergência: uma discussão da literatura sobre o Sistema de Triagem de Manchester. *Revista Médica de Minas Gerais-Rmmg*, 22(2).

Cunda, M. F., & Silva, R. N. (2014). O crack em um cenário empedrado: articulações entre os discursos jurídico, médico e midiático. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 24.

da Penha-Lei, L. M. (2017). 11340/06 | Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. *JusBrasil*. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/95552/lei-maria-da-penha-lei-11340-06>>. Acesso em, 2.

da Silva Corrêa, R. D. S. (2009). A importância do auto-reconhecimento da cidadania para a “polícia cidadã”. *Revista Ordem Pública*, 2(1), 60-70. data. 1ª edição francesa. Lisboa, 90 Graus.

DALBEM, Giana Garcia, And MARGARITA Ana Rubin Unicovsky. (2012) "A natureza das lesões traumáticas ocasionadas pela violência física em pacientes atendidos em serviço de emergência de um hospital público." *Enfermagem em Foco* 3.2.

de Albuquerque, C. L., & Machado, E. P. (2001). O currículo da selva: ensino, militarismo e ethos guerreiro nas academias brasileiras de polícia. *Capítulo Criminológico*, 29(4).

de Almeida Silveira, F., & Furlan, R. (2003). Corpo e Alma em Foucault: Postulados para uma Metodologia da Psicologia. *Psicologia USP*, 14(3), 171-194.

de Enfermagem, C. F. (2017). Resolução COFEN 564/2017. *Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*. Rio de Janeiro: COFEN.

de França, F. G. (2018). Entre o disciplinamento e a humanização policial militar: conflitos, “avanços” e desafios. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos*, 6(1), 83-102.

de Souza Lemos, D. (2013). A moderna política dos castigos uma perspectiva da punição em Michel Foucault. *Em Tese*, 10(1), 114-135.

de Souza, R. T. (2001). Três teses sobre a violência: violência e alteridade no contexto contemporâneo-algumas considerações filosóficas. *Civitas-Revista de Ciências Sociais*, 1(2), 7-10.

Dejours, c. (1997). *Fator humano*, o. Fgv editora.

Dejours, Christophe. (2007) *Banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

Del Corona, M. D. O., & Ostermann, A. C. (2013). “Eu não aguento mais!”: a produção de accounts narrativos nas ligações para o serviço de emergência da Brigada Militar (190). *Calidoscópio*, 11(2), 178-191.

Deleuze, g. & guatarri, F. (1996). *Mil Platôs: vol 1*. São Paulo: Editora 34.

Deslandes, S. F. (1999). O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?". *Ciência & Saúde Coletiva*, 4, 81-94.

Deslandes, S. F., & Assis, S. D. (2002). Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*, 2, 195-223.

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.

Didier Fassin (2013), *Enforcing Order. An Ethnography of Urban Policing*. Malden: Polity Press, 320 pp.

Diehl, R., Maraschin, C., & Tittoni, J. (2006). Ferramentas para uma psicologia social. *Psicologia em estudo. Maringá. Vol. 11, n. 2 (maio/ago. 2006)*, p. 407-415.

do figueiredo. (2016) Maria Patricia Vanzolini. Nêmesis . o papel da vingança no Direito Penal. p. 164. *Revista Pensamento Jurídico*. São Paulo . Vol. 10 , Nº 2, jul./dez.

Dornelles, Renato. (2008). Falange Gaúcha. Porto Alegre: Zero Hora Editora.

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. (2007). *When bodies remember: Experiences and politics of AIDS in South Africa* (Vol. 15). Univ of California Press.

Fassin, D. (2008). The humanitarian politics of testimony: Subjectification through trauma in the Israeli–Palestinian conflict. *Cultural Anthropology*, 23(3), 531-558.

Fassin, D. (2010). *La raison humanitaire: une histoire morale du temps présent*. Paris: Gallimard.

Fassin, D. (2010). *La raison humanitaire: une histoire morale du temps présent*. Paris: Gallimard.

Fassin, D. (2011). *Humanitarian reason: a moral history of the present*. Univ of California Press.

Fassin, D., & Eideliman, J. S. (Eds.). (2014). *Économies morales contemporaines*. La Découverte.

Fassin, D., Green, L., Heggenhougen, H. K. & Farmer, P. (2004). An anthropology of structural violence 1. *Current anthropology*, 45(3), 305-325.

Ferraz, D.; Kraiczuk, J. (2011). *Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS*. Revista de Psicologia da UNESP, América do Norte.

Fonseca, Angêla. (2015). PODER E CORPO EM FOUCAULT: QUAL CORPO?. *Nomos*, 35(1).

Fonseca, C. (2000). *Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Editora da Universidade, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

- Foucault M. (2011). Crise da medicina ou crise da antimedicina? In: Motta MB, organizador. *Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária. p. 374-393. (Coleção Ditos e Escritos VII).
- Foucault, M. (1979). *O nascimento da Medicina Social*. Microfísica do poder. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- Foucault, M. (1996). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão* (14a ed., L. M. Pondé Vassallo, trad.). Petrópolis, RJ: Vozes. (Trabalho original publicado em 1975)
- Foucault, M. (2008). *A arqueologia do saber*. Tradução Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed3. reimp. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.
- Foucault, Michel. (1999). Microfísica do poder. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, Michel. (2011). Vigiar e Punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, Michel. (1995). "O sujeito e o poder". In: DREYFUS, H. L. ; RABINOW, P. Michel Foucault – uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, p.231-249.
- Foucault, Michel. (2002). *Em defesa da sociedade: curso no collège de france (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes
- Foucault, Michel. (2007). *Microfísica do Poder*. 3. edição. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, Michel. (2008). *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, Michel. (1979). "Nietzsche, a genealogia e a história". In: Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal.
- Freyre, G., Giucci, G., Larreta, E. R., & da Fonseca, N. (2002). Casa-grande & senzala.
- Garland, D. (1999). As contradições da "sociedade punitiva": o caso britânico. *Revista de Sociologia e Política*, (13), 59-80.
- Gauer GJC, Silveira NM, Vasconcellos SJL, Cruz LP, Kiles RF, Silva TP, Castilhos DG,. Avaliação de *burnout* em uma amostra de policiais civis. *Rev Psiq RS* 2005; 27:159-163.
- Gauer, R. M. C.; Saavedra, G. A. (2018). *Memória Punição e Justiça*. Livraria do Advogado Editora.
- Gibran, G. K., & Profeta, O. (1973). Tradução Mansour Challita. *Rio de Janeiro: EXPED-Expansão Editorial S/A*.
- Godoi, Rafael. (2010). *Ao redor e através da prisão: cartografias do dispositivo carcerário contemporâneo* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Godói, Rafael. (2017). *Fluxos em cadeia: as prisões em São Paulo na virada dos tempos*. Boitempo Editorial.
- Goffman, Erving. (2001). Manicômios, prisões e conventos, São Paulo: Perspectiva.

Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Decreto. (2018). Nº 54.426, de 20 de dezembro de 2018. Cria os Centros Integrados de Operações e Emergências - CIOPE, e centraliza no telefone 190 as chamadas de emergência no Estado. Disponível em: <http://www.legislacao.sefaz.rs.gov.br/Site/Document.aspx?inpKey=267451&inpCodDispositivo=&inpDsKeywords=>

Greco, R. (2008). *Código penal: comentado*. Niterói: Impetus.

Guimarães, Rafael. (2013). *A enchente de 41*. Porto Alegre: Libretos.

Haesbaert, R. (2004). *O mito da desterritorialização: do " fim dos territórios" à multiterritorialidade*. Bertrand Brasil.

Haesbaert, R. (2005). Da desterritorialização à multiterritorialidade. *Boletim Gaúcho de Geografia*, 29(1).

Haesbaert, R. (2007). Identidades territoriais: entre a multiterritorialidade e a reclusão territorial (ou: do hibridismo cultural à essencialização das identidades). *Identidades e territórios: questões e olhares contemporâneos*. Rio de Janeiro: Access, 33-56.

Haesbaert, R. (2014). O Mito da Desterritorialização: do " fim dos territórios" à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004. *_. Territórios alternativos, 2*.

Han, Clara. (2017). Experience: Being Policed as a Condition of Life (Chile). *Writing the World of Policing: The Difference Ethnography Makes*. Didier Fassin (org.), p.248.

Hardt, M.; Negri, A. (2001). *Império*. Rio de Janeiro: record.

Hooks, B. (1992). *Yearning: Race, gender, and cultural politics*.

Iturralde, Manuel. (2012). O governo neoliberal de la inseguranca social na America Latina; semelhanzas e diferencias con o Norte Global. *Loic Wacquant e questao penal no capitalismo neoliberal*. Revam Rio de Janeiro.

Jacobs, Jane. (2011). *Morte e vida de grandes cidades*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 3ª Edição. 510 p.

Jaime, P., & Lima, A. (2011). Uma trajetória antropológica: entrevista com Didier Fassin. *Horizontes Antropológicos*, 17(36), 257-279.

Jatobá, E. C. (2015). Considerações sobre a sujeição do indivíduo na relação entre poder e saber em Foucault. *Revista Contemplação*, (12).

Junior, C. A. S (2009). Apontamentos gerais sobre a tortura na contemporaneidade: as contribuições de Michel Foucault e Giorgio Agamben. *Revista LEVS*, (4).

Junior, C. A. S (2009). Apontamentos gerais sobre a tortura na contemporaneidade: as contribuições de Michel Foucault e Giorgio Agamben. *Revista LEVS*, (4).

Kafka, Franz. *O processo*. Tradução de Modesto Carone. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

- Kehl, M. R. (2011). *Ressentimento (2004)*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 4ª edição.
- Kimmel, M. S. (1998). A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horizontes antropológicos*, 4(9), 103-117.
- Kinoshita, Roberto Tykanori (1996). Contratualidade e reabilitação psicossocial. *Reabilitação psicossocial no Brasil*, v. 2, p. 55-9, 1996.
- Kniestedt, Álvaro. (2010). Nos bastidores de uma emergência: etnografia da ambiência no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. 2010. 178 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Koch, S. (2008). Oficina de escritores: um manual para a arte da ficção. Trad. Marcelo Dias Almada. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Kuck, D. W. (2005). Comunicação e música contemporânea: as hibridações culturais do funk e do hip-hop no Brasil. *Universidade Federal do Rio de Janeiro*.
- Lagasnerie, G. D. (2013). A última lição de Michel Foucault. São Paulo: Três Estrelas.
- Leal, Sandra & Lopes Marta. (2005). A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: "o olhar" da enfermagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 419-431.
- Lima, Renato. S. D., Sinhoretto, J., & Bueno, S. (2015). A gestão da vida e da segurança pública no Brasil. *Sociedade e Estado*, 30(1), 123-144.
- Lobo, Lilia Ferreira. (2008). *Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil*. Rio de Janeiro: Lamparina.
- Louro, Guacira Lopes. (2004). *Um Corpo Estranho: Ensaio Sobre Sexualidade e Teoria Queer*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Machado, M. D. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C., & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & saúde coletiva*, 12, 335-342.
- Machado, M. D. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C., & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência & saúde coletiva*, 12, 335-342.
- Machado, R. (Org.). (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. (Edição com base em textos de Michel Foucault)
- Madruga, Elisângela. B., & Henning, Paula. C. (2019). Educação Ambiental e Jogos Eletrônicos: O Real e Virtual em Tempos Contemporâneos. *Revista Práxis Educacional*, Vitória da Conquista -Bahia -Brasil, v. 15, n. 31, p. 407-429, jan./mar. 2019
- Maluf, S. W. (2005). Da mente ao corpo? A centralidade do corpo nas culturas da Nova Era. *Ilha Revista de Antropologia*, 7(1, 2), 147-161.

- Margonato, F. B., de Souza Bonetti, M. D. F., & Nishiyama, P. (2004). Reações adversas ao haloperidol. *em questão*, 2(1), 0.
- Mattos, R. A. (2006). Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.
- Mbembe, A. (2006). Necropolítica. *Lo desacogedor. Escenas fantasmas en la sociedad global*, 32-51.
- Mbembe, A. (2018). *Necropolítica*. São Paulo, sp: n-1 edições.
- Medeiros, Patrícia F. (2008). Políticas da Vida: entre saúde e mulher. Tese de Doutorado. Doutorado em Psicologia. *Programa de Pós-Graduação em Psicologia*. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Mello, Ricardo Pimentel; Silva, Layla Collares; Alexandre, Juliana Ribeiro. (2008). *Homens, Saúde e Violência: Atendimentos Realizados no Instituto José Frota Em Fortaleza*. Anais XV Encontro Nacional da ABRAPSO: Psicologia Social e Fronteiras de existência, 2008. Acesso em: 17 de outubro de 2014.
- Menezes, R. A. (2000). Dífceis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 10, 27-49.
- Menezes, RA. (2006). Dífceis decisões: etnografia de um Centro de Tratamento Intensivo [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 107 p. ISBN 978-85-7541-313-5. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
- Menezes, Raquel. A. (2000). Dífceis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 10, 27-49.
- Merhy, E. E., & Onocko, R. (2006). Agir em saúde: um desafio para o público. In: *Agir em saúde: um desafio para o público*.
- Meyer, Dagmar. (2008). A educação 'da família' como estratégia governamental de inclusão social: um estudo situado na interface dos estudos culturais, de gênero e de vulnerabilidade. *Faculdade de Educação*, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: Portaria Interministerial Nº 1777 de 09/09/03. Brasília: *Editora do Ministério da Saúde*.
- Ministério Da Saúde (Br). (2010). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sul. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência. Brasília: *Ministério da Saúde*, 56 p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde).

- Mirabete, J. F., & Fabbrini, R. N. (2017). *Execução penal*. Gen, Atlas.
- Miskolci, Richard.(2009). A Teoria Queer e a Sociologia:o desafio de uma analíticadanormalização.Sociologias,PortoAlegre,n.21,June 2009.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S174522200900100008&lng=en&nrm=iso>.Acessoem:03 dejunhode 2011.
- Misse, Michel. (1999). *Malandros, marginais e vagabundos & acumulação social da violência no Rio de Janeiro. (Tese de Doutorado em Ciências Humanas)*. Rio de Janeiro: IUPERJ.
- Misse, Michel. (2010). Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria "bandido". *Lua Nova*, (79).
- Mitjavila, M. R., & Mathes, P. G. (2012). Doença mental e periculosidade criminal na psiquiatria contemporânea: estratégias discursivas e modelos etiológicos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22, 1377-1395.
- Mori, M. E., & de Oliveira, O. V. M. (2014). Apoio institucional e cogestão: a experiência da Política Nacional de Humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) no Distrito Federal (DF), Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 18, 1063-1075.
- Moura, T. (2007). *Rostos invisíveis da violência armada: um estudo de caso sobre Rio de Janeiro*. 7Letras.
- Moura, T. (2010). *Novíssimas guerras: espaços, identidades e espirais da violência armada*. Almedina.
- Nardi, H. C. (2008). O estatuto da diversidade sexual nas políticas de educação no Brasil e na França: a comparação como ferramenta de desnaturalização do cotidiano de pesquisa. *Revista Psicologia & Sociedade*, 20.
- Nascimento, M.; Segundo, M.; Baker, G. (2011). *Reflexões sobre a saúde dos homens jovens: uma articulação entre juventude, masculinidade e exclusão social*. In: *Lévinas*".RevistadeEstudosFeministas,19(2): 336,maio-agosto/2011.GOMES, R. (Org.). Saúde do Homem em debate. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- Nietzsche F. *Genealogia da moral*. São Paulo: Cia. das Letras; 1998.
- Njaine, K., Assis, S. G., And Constantino, P. (2007). Impactos da Violência na Saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, 418 p. ISBN: 978-85-7541-588-7. Available from: doi: 10.7476/9788575415887. Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/7yzrw/epub/njaine9788575415887.epub>.
- Nunes, Marion. K., & Vilarino, M. D. G. D. A. (1994). O pronto socorro por seus personagens. In *O Pronto Socorro por seus personagens*.
- Pereira, A. B., & Neto, J. L. F. (2015). Processo de implantação da Política Nacional de Humanização em Hospital Geral Público. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(1), 67-87.

Pereira, V. C. (2009). *Literatura e Abjeção: um estudo da imagem das fezes na obra de Rubem Fonseca*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Literatura da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Pitta A.(1991). *Hospital: dor e morte como ofício*. Hucitec, São Paulo.

Pronto-socorro: estudos de caso: atuação da residência multiprofissional com pacientes críticos / Organizadora: Maria Augusta Moraes Soares – Porto Alegre: Moriá, 2016.

Quinzen Willrich, J., Prado Kantorski, L., Hohmann Antonacci, M., Moraes Cortes, J., & Gopinger Chiavagatti, F. (2014). Da violência ao vínculo: construindo novos sentidos para a atenção à crise. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1).

Rafael, A. (2001). Segmentaridade e tráfico de drogas no Rio de Janeiro. *Alceu*, 2(3), 166-79.

Ralph, L. (2017). Alibi: The Extralegal Force Embedded in the Law (United States). *Writing the World of Policing: The Difference Ethnography Makes*. Didier Fassin (org.), p.248.

Reginster, B. (2016). Ressentimento, poder e valor. *Cadernos Nietzsche*, 37(1), 44-70.

Resolução Nº1087/2015-Comag. (2015). institui projeto-piloto para realização de audiências de custódia pelo serviço de plantão judicial do foro central, nos casos de prisão em flagrante na comarca de porto alegre. Estado do Rio Grande do Sul, Conselho de Magistratura. Disponível em: <http://www.cnj.ius.br/files/conteudo/arquivo/2015/12/4ff613a6bfd7191b9361e626db9efcb9.pdf>. Acesso em: 14 de março de 2019.

Ribeiro, A. A. (2016). Homens Negros, Negro Homem: a perspectiva de um feminismo negro. *Revista de Estudos e Investigações Antropológicas*, 2(2).

Ricci, L. A. L. (2017). *A morte social: mistanásia e bioética*. Pia Sociedade de São Paulo-Editora Paulus.

Rich, J. A., & Grey, C. M. (2005). Pathways to recurrent trauma among young black men: traumatic stress, substance use, and the “code of the street”. *American Journal of Public Health*, 95(5), 816-824.

Rockenbach, Ana Luísa; et.al. (2017). Violações de direitos humanos no presídio central de porto alegre: Audiência de Custódia no Rio Grande do Sul em contraponto à Resolução nº 213 do CNJ. In: *Visita às casas prisionais: um olhar crítico acerca dos direitos humanos no sistema prisional*. Marques, Mateus (org.). Porto Alegre, FMP:2017.

Rodrigues, João Gaspar. *Segurança pública e comunidade: alternativas à crise*. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 2009.

Rolim, M. (2007). Caminhos para a inovação em segurança pública no Brasil. *Revista Brasileira de Segurança Pública*, ano 1, ed. 1, p. 32-47, 2007.

Rosa, S. O. (2015). Fazer viver é deixar morrer. *Revista Aulas*, 1(3).

Rosa, Waldemir (2006). "Homem preto do gueto: Um estudo sobre a masculinidade no rap brasileiro", dissertação mestrado em antropologia, *Programa de Pós-graduação em Antropologia Social*, Universidade de Brasília.

Rossato, L. A., Lépore, P. E., & Cunha, R. S. (2016). *Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8,069/90: comentado artigo por artigo*. Editora Saraiva.

Sá, M.C. (2005). *Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

Salla, Fernando, Gauto, Maitê, & Alvarez, Marcos César. (2006). A contribuição de David Garland: a sociologia da punição. *Tempo Social*, 18(1), 329-350. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-20702006000100017>

Salvado, M. M. (2010). O exercício do poder nos cuidados de Enfermagem: os cuidados de higiene. Tese de Doutorado. *Universidade de Lisboa*. Consultado em 24 de Junho de 2015

Santos, H. B. D., & Nardi, H. C. (2018). Entre o trabalhador eo vagabundo: produção de masculinidades na história da saúde no Brasil. *Temas em Psicologia*, 26(4), 2299-2316.

Santos, Helen Barbosa dos, & Nardi, Henrique Caetano. (2014). Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso?. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(3), 931-949. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300014>

Santos, Helen Barbosa. (2013). Um homem para chamar de seu: uma perspectiva genealógica da emergência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Porto Alegre: *Dissertação de mestrado do programa de Pós Graduação de psicologia Social e Institucional da UFRGS*.

Santos, S. M. A. (2017). O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. *Plural-Revista de Ciências Sociais*, 24(1), 214-241.

Sarti, C. A., Barbosa, R. M., & SUAREZ, M. M. (2006). *Violência e gênero: vítimas demarcadas*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 16(2), 167-183.

Sarti, Cynthia Andersen. (2005). "O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos." *Physis* 15.1: 107-26.

Scheinvar, E., & Cordeiro, D. (2007). Juventude em "risco social"? Dilemas e perspectivas por entre as pedras das políticas públicas dirigidas aos jovens. *Informativo Técnico-Científico Espaço*, 27, 55-63.ece. PESNAR OS DISPOSITIVOS DE PDOER QUE AGEM CONFORME SEGURANÇA PÚBLIC

Secretaria da Segurança Pública. *Hospital Cristo Redentor volta a ter posto da Polícia Civil*. Porto Alegre, 13/06/2003. Disponível em: <https://ssp.rs.gov.br/hospital-cristo-redentor-volta-a-ter-posto-da-policia-civil>

- Shelmerdine, S. (2017). Pathways to Inhumane Care: Masculinity and Violence in a South African Emergency Unit. *Sage open*, 7(3), 2158244017728320.
- Silva, D. C. D., Alvim, N. A. T., & Figueiredo, P. A. D. (2008). Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 12(2), 291-8.
- Silva, E. P., Melo, F. A. B. P., Sousa, M. M., Gouveia, R. A., Tenório, A. A., & Cabral, A. F. F. (2013). Projeto terapêutico singular como estratégia de prática da multiprofissionalidade nas ações de saúde. *Rev Bras Cienc Saude*, 17(2), 197-202.
- Silva, Rosane Neves da. (2004). *Notas para uma genealogia da Psicologia Social*. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, Aug. 2004, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822004000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Out. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822004000200003>.
- Silveira, Natália Osório. (2015). A trajetória da Saúde Prisional no Brasil.
- SIMERS. Resolução CFM Nº 1931/2009. *Publicada no DOU de*, 24, 90.
- Sousa Filho, Alípio de. (2001). *Mitos, medos e castigos: notas sobre a pena de morte*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2001. p.101
- Souto, Kátia. (2009). *A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero*. *SER Social*, [online]. Brasília, Vol. 10, N. 22, ago. 2009.
- Souza, J. (2006). *A invisibilidade da desigualdade brasileira*. Editora UFMG.
- Souza, Jessé. (2011). *A ralé brasileira: quem é e como vive*. Belo Horizonte: Editora UFMG.
- Thompson, E. P. (1998). A economia moral da multidão inglesa no século XVIII. *Costumes em comum*, 150-203.
- Tittoni, J. (1994). *Subjetividade e trabalho: a experiência no trabalho e sua expressão na vida do trabalhador fora da fábrica*. *Porto Alegre: Ortiz*.
- Trevisan, J. F. (2005). *Nietzsche e o ressentimento: um estudo em Psicologia Social*. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. [[Links](#)]
- Vianna, Adriana, & Farias, Juliana. (2011). A guerra das mães: dor e política em situações de violência institucional. *cadernos pagu*, (37), 79-116.
- Von Hentig, H., & Devesa, J. M. R. (1967). *La pena: Formas primitivas y conexiones histórico-culturales. Volumen I*. Espasa-Calpe.
- Wacquant, L. (2003). Toward a dictatorship over the poor? Notes on the penalization of poverty in Brazil. *Punishment & Society*, 5(2), 197-205.
- Wacquant, L. (2008). O lugar da prisão na nova administração da pobreza. *Novos estudos CEBRAP*, (80), 9-19.

Wacquant, Loïc. (2013). *Punir os pobres: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos*. Rio de Janeiro: Revan, 3 edição.

Weintraub, Ana Cecília Andrade de Moraes, & VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. (2013). Contribuições do pensamento de Didier Fassin para uma análise crítica das políticas de saúde dirigidas a populações vulneráveis. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 20(3),1041-1055. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-97020130003000016>

Welzer- Lang, Daniel.(2004).*Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo*. In: Sechupum, MônicaRaísa. Masculinidades. São Paulo: Boitempo Editorial: Santa Cruz do Sul, Edunisc.

Welzer-Lang, Daniel. (2001). *A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia*. EstudosfeministasPagu,v. 2.

Welzer-Lang, Daniel.(2009). “*Nós, os Caras.*” Entrevista com Daniel Welzer-Lang.<http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=5371&sid=4>
Revista Clam. Palestra Masculinidades e Violência. São Paulo: Universidade Cândido Mendes.

Winnicott, D. W. (2001). Fatores de integração e desintegração na vida familiar. *D. Winnicott (2001/1965a), A família e o desenvolvimento individual (2ª edição, pp. 59-72). São Paulo: Martins Fontes.(Trabalho original publicado em 1961b [1957])*.

Zanelatto, D. M., & Dal Pai, D. (2010). Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem-doi: 10.4025/ciencucuidsaude. v9i2. 9390. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(2), 358-365.

Ziebell, Rodrigo. (novembro de 2018). Governo do RS pretende unificar telefones de emergência em dezembro. Porto Alegre: *Gaúcha ZH*. 20/11/2018.