

JAQUELINE FERREIRA*

TRATAR, CUIDAR: VALORES E PRÁTICAS TERAPÊUTICAS
NA ASSISTÊNCIA HUMANITÁRIA AO SANS DOMICILE FIXE

O artigo discute a interação entre médicos humanitários e os sans domicile fixe em um centro de saúde de uma organização humanitária médica francesa: Médecins du Monde. A pesquisa busca analisar como estes profissionais de saúde são obrigados a repensar os seus valores e as suas práticas em virtude das características e o modo de vida desta população excluída socialmente. Estes profissionais terminam por redefinir suas competências médicas fundamentadas em um “acolhimento humanitário” de forma a extrair valorização e satisfação no seu trabalho junto a esta população.

Palavras-chave: sans domicile fixe, morador de rua, médicos humanitários, exclusão social, competências médicas

* Professora Adjunta do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ)

As organizações humanitárias, tais como *Médecins Sans Frontières* (Médicos Sem Fronteiras) e *Médecins du Monde* (Médicos do Mundo), possuem muita visibilidade na Europa. Por meio delas, o setor de prestação de serviços designado como Humanitário foi reconhecido como movimento de construção de ideologias e práticas voltados às populações vulneráveis.

O Humanitário moderno contempla a atualização de ideias e atitudes perante a pobreza que, até o século XIX, estiveram relacionadas às reflexões éticas e religiosas. Progressivamente as noções de política social, interesse coletivo bem como a progressiva intervenção do Estado, principalmente no âmbito hospitalar, substituíram aquelas convicções religiosas. Desde então, numerosas reflexões sobre a pobreza se fazem presentes, pelas quais se busca avaliar as dimensões da miséria e examinar suas causas (GREMEK, 1980; SASIER, 1990).

No que se refere à associação entre pobreza e saúde, o acesso à assistência é um dos principais problemas apontados por diferentes pesquisas (ROSMAN, 1996; ROSA, 1989, DODIER e CAMUS, 1997; LOMBRIL, 2000). Autores como Pichon (1994) e Chauvin e Lebas (1998) referem-se ao “nomadismo médico”, à “geografia da caridade”, já que a população socialmente excluída é obrigada a peregrinar pela cidade em busca de assistência, só proporcionada pelas associações caritativas e humanitárias. As razões dessa dificuldade de acesso são focalizadas tanto nas características dos indivíduos que vivem no que se convencionou qualificar como exclusão social, bem como sobre questões de ordem administrativa e institucional.

No que se refere ao público, as causas apontadas dizem respeito às condições materiais, psicossociais e competências pessoais. As dificuldades materiais são consequência da ausência de cobertura social ou das dificuldades financeiras propriamente ditas. As condições psicossociais dizem respeito às doenças mentais e às trajetórias marginalizadas de vida, fazendo com que esses indivíduos falem frequentemente aos horários marcados e abandonem os procedimentos burocráticos relativos à obtenção da cobertura da assistência médica. As competências pessoais dizem respeito ao conhecimento dos direitos e das redes de assistência. As dificuldades de ordem administrativa ou institucional são relacionadas às complexidades burocráticas e à multiplicidade de dispositivos, como também à reticência dos profissionais médicos e sociais no acolhimento dessa população.

Em 1986, uma série de questionamentos sobre a pobreza na França fornece subsídios para Médicos do Mundo (MDM) criar um centro de atendimento em Paris, na perspectiva de uma “Missão França”. A população

ali recebida é composta basicamente de moradores de rua e imigrantes clandestinos, particularmente atingidos pelas condições de privação da assistência anteriormente referidas. Para o funcionamento desse espaço institucional, contribuem médicos, enfermeiros e trabalhadores sociais enquanto voluntários, atividade a que correspondem de forma específica os usuários, no caso aqui considerado os *habitués*.

No presente artigo, analiso especificamente as formas de interação entre profissionais de saúde, principalmente médicos, e os *sans domicile fixe*, tipo social correspondente ao que no Brasil reconhecemos como *moradores de rua*, enfatizando a situação entre eles dos *habitués*, que atribuem objetivos nem sempre correspondentes àqueles que orientam o trabalho voluntário e a prática médica. Por esta análise, quero contribuir para a compreensão de modos de ser e de estar no mundo dos *sans domicile fixe*, orientações desconcertantes para aqueles profissionais que se sentem moral e humanamente engrandecidos por prestação de serviços nem sempre recebidos segundo suas intenções. Além disso, demonstrar como, pelas condições de saúde e de exclusão social a que esses usuários do Centro, o atendimento dos serviços médicos, na França, mas talvez nem só, inscrevem-se na assistência humanitária e exigem uma redefinição de competências profissionais dos médicos.

AGENTES SOCIAIS EM CONSTRUÇÃO MÚTUA: MÉDICO HUMANITÁRIO E HABITUÉS

O Médico humanitário: disponibilidade ou disposição?

O que analisar na trajetória de um médico humanitário? O que o faz tornar-se médico ou o fato de entrar no humanitário? Davin et Siméant (2002, p. 74).

Os voluntários que compõem o quadro de trabalho no centro da Missão França de MDM são um grupo diversificado de pessoas pertencentes a diferentes classes sociais, idades e formações profissionais, de forma que é difícil isolar a influência de alguma variável em particular (DAUVIN; SIMÉANT, 2002). Essa diversidade de pessoas resulta em diferentes formas de implicações no trabalho dependente de suas motivações, atividade exercida das relações estabelecidas com os usuários.

Agentes sociais em construção mútua: médico humanitário

No entanto, a variável mais discriminante parece ser o tempo de atividade no Humanitário. Assim, os mais antigos parecem estar mais implicados

no trabalho do que aqueles que lá estão há menos de cinco anos. Todavia, tendo em vista que grande parte dos que permanecem desde a abertura da Missão França são idosos e aposentados, pode-se referenciar a compreensão considerando a questão geracional. Portanto, é necessário levar em conta a trajetória de cada um.

Os médicos mais antigos parecem particularmente sensibilizados pelo impacto do nascimento das organizações humanitárias francesas e, após, pela abertura da Missão França. Louis, por exemplo, lamenta que seu engajamento só foi possível após a aposentadoria.

Eu segui o início das ONGs médicas francesas na época de Biafra onde eu ouvi falar pela primeira vez nos French Doctors. Mas como eu tinha uma grande atividade profissional no hospital e ambulatório, eu precisei esperar a aposentadoria para poder dar um pouco de tempo.

Se é verdade que a disponibilidade de tempo é um fator importante para o engajamento no voluntariado, não se pode esquecer da argumentação que apresentam quanto à própria necessidade de exercerem atividades com clientela reconhecida pela chancela do *social*, portanto, de um segmento que enfrenta dificuldades de atendimento de necessidades básicas para reprodução física e social. Muitos também revelam esta inclinação desde a escolha pela medicina. A propósito, HERZLICH (1993) já observou como muitas vezes, na motivação dos médicos pela escolha profissional, uma dimensão religiosa é substituída por uma dimensão humanista. Marie representa estes médicos que não se sentem bem nas restrições técnicas da profissão e que buscam trabalhar com as questões sociais.

Quando eu trabalhava na minha clínica privada, alguma coisa me faltava. É certo que sempre há um trabalho a ser feito ali, há pessoas sofrendo, mas são pessoas que tem acesso ao tratamento. Bem, para mim era importante lhes tratar, é evidente, mas estes encontrarão sempre alguém para isto, enquanto aqui, se não somos nós, os voluntários, estas pessoas estão abandonadas e isto para mim não é certo.

No Centro, Marie satisfaz esta necessidade dedicando-se à prestação de serviço em turno de quatro horas semanais. Para ela, ser voluntária de uma organização humanitária é uma maneira de enfrentar a exclusão da assistência dos pacientes em situação de precariedade social: “Eu farei tudo para ajudá-los”, diz ela. Na sua prática cotidiana, além da clínica, ela se ocupa pessoalmente de outras necessidades dos seus pacientes: busca-lhes as roupas entregues para doação, tickets de

metrô, informando-se sobre os direitos que lhes são atribuídos. Ela tem uma boa relação com eles e vários vêm ao Centro especialmente para ser atendidos por ela.

Marie é alergologista, mas no centro dedica-se à clínica geral. A medicina generalista é valorizada neste local, pois é identificada como uma prática mais adequada às pessoas em situação de precariedade social, ainda que, no campo médico o generalista seja submetido a uma desvalorização crescente em relação ao especialista. Sobre esse aspecto, Muel-Dreyfus (1984) comenta que essa perda de valor deu-se nas mudanças relativas às representações da intimidade e da vida privada, da qual o médico generalista tinha acesso. Por outro lado, Joussan (2000) atribui o fato à hierarquização e multiplicidade de diagnósticos atuais, que fazem com que só se procure um médico generalista para os problemas de “pouca importância”. No caso dos médicos do Centro, tal conversão profissional lhes proporciona uma grande satisfação pessoal, pois lhes dá o sentimento de estarem “mais próximos” do paciente, objetivando uma prática “mais humanista”. Esse aspecto já havia sido observado por Baszanger (1991), destacando que a representação da medicina geral junto aos jovens médicos diz respeito à noção: “médico total do homem total”.

Os médicos que exercem medicina especializada no Centro (psiquiatras, ginecologistas, dermatologistas, oftalmologistas) estabelecem uma lógica mais “pragmática” no respectivo trabalho. Eles explicam seu engajamento no humanitário como um prolongamento da atividade profissional; tanto que para eles o trabalho no Centro é uma possibilidade de ampliar e aplicar conhecimentos técnicos.

Claire, médica ginecologista, assim justifica seu engajamento: “Eu tinha vontade de fazer outra coisa. E aqui há uma possibilidade de troca, eu tenho certeza que eu apporto coisas tanto quanto eles (os pacientes) me aportam”. Ela trabalha igualmente um turno de quatro horas semanais no Centro e sublinha a importância dessa inserção na sua atividade clínica, pela oportunidade de trabalhar com outro tipo de população e que apresenta patologias “mais difíceis”.

Assim, pode-se encontrar diferentes discursos sobre a inclinação para o voluntariado nesta atividade. Uma das lógicas privilegia o “dom de si” e a evocação de princípios humanistas. Estes voluntários desejam exercer a atividade levando em conta a situação de precariedade dos usuários. Eles se ocupam pessoalmente dos problemas de seus pacientes, valorizam a escuta e o estabelecimento de uma relação de confiança com eles. Esta relação lhes permite conhecer os moradores de rua, suas trajetórias e dificuldades. Outra lógica privilegia as possibilidades de trocas, socia-

bilidades proporcionadas e uma valorização da técnica. Em relação à interação com os pacientes, é possível observar as duas lógicas operando em conjunto ou negociação de significados. Assim, há aqueles que privilegiam a escuta, o acolhimento do morador de rua que se encontra em uma situação de exclusão social. Outros se centram na clínica geral, valorizando as etapas de anamnese, exame físico, terapêuticas adaptadas como práticas mais apropriadas para esta população.

As lógicas a que me referi são categorias de análise e não portam julgamento de valor. Da mesma maneira, não podemos privilegiar uma em detrimento da outra. Uma lógica mais próxima do relacional não significa dizer que estes voluntários sejam menos “competentes” tecnicamente que os demais. Por conseguinte, estar mais próximo de uma lógica pragmática não implica falta de interesse pela situação de exclusão social do segmento da população em jogo. Tratam-se de categorias colocadas aqui em destaque na tentativa de analisar a diversidade de indivíduos e de situações encontrados neste espaço, sem lhes reduzir à subjetividade dos indivíduos envolvidos. Igualmente não se trata de considerar um engajamento mais importante do que o outro. Nos dois casos o tipo de implicação no trabalho é essencial ao atendimento dos objetivos do Centro. Correlativamente, não se trata de prender os indivíduos a essas lógicas. As atitudes e relações estabelecidas pelos voluntários podem mudar em função da interação com o paciente ou com os colegas. Elas igualmente podem se transformar no tempo; e, evidentemente, um mesmo voluntário pode apresentar diferentes atitudes conforme a situação de interação.

O certo é que o engajamento desses profissionais proporciona diferentes maneiras de satisfação, ganho individual que é realimentado pelo reconhecimento social mais amplo, pautado nas representações sociais que os franceses atribuem ao setor de prestação de serviços, por todas essas razões, intitulado “Humanitário”.

O sans domicile fixe em acolhimento humanitário

Existem certas regras para os usuários frequentarem o centro: respeitar horários, não entrar com animais, evitar brigas e não ingerir bebida alcoólica no local. Entretanto, os *sans domicile fixe* moradores de rua frequentemente as desobedecem. Mas isto não implica em rejeição de sua frequência. Há uma tolerância em relação a eles, assim compreendida pelo próprio sentido atribuído ao “acolhimento humanitário”. O uso de álcool no local é ilustrativo desse aspecto, uma vez que para os *sans domicile fixe*, o Centro, paradoxalmente, é um “contexto possível de be-

ber” (NAHOUM-GRAPPE, 1991). Isto fica evidente, quando um deles me descreve um pouco seu cotidiano: “Bem, mendigo um pouco aqui e ali, depois vou ao MDM. Lá sempre terá um companheiro com algo para beber”. Fainzang (1996) salienta como os diversos papéis, responsabilidades, avaliação de risco estão implicados na relação do alcoolista com as pessoas de seu meio social. Isto é particularmente verdadeiro no Centro MDM, no qual a banalização e a tolerância do alcoolismo dessa população são justificadas pelo “acolhimento humanitário”.

O centro MDM possui, como já destaquei, seus *habitués*, alguns desde à abertura. Segundo Pichon (2004) o *habitué* é aquele que sabe integrar as regras da vida associativa e se adaptar a elas para retirar inúmeros benefícios, pequenos favores materiais e desenvolver sua “autoestima”. Este é o caso do *habitué* que encontra ali um local de acolhimento e de sociabilidade com os voluntários e demais usuários. Equivalentemente, há os ganhos materiais como roupas, donativos e a utilização do Centro para fins práticos, como dormir na sala de espera ou usar o banheiro para fazer a higiene pessoal.

Para melhor caracterizar esses *habitués*, desenvolvo aqui um breve perfil ou retrato de atributos sociais de alguns deles, também assim apresentando algumas das situações ali vividas.

David é um morador de rua que vinha ao centro todas as manhãs. Com idade indefinida, face rude, era gentil ou agressivo, conforme seu estado de embriaguez. Possui cicatrizes de queimaduras nos braços e nas mãos, provocadas por gangues que lhe atearam fogo: “Porque eu durmo na rua”. Sua agressividade durante os momentos de embriaguez, já havia resultado em brigas com outros usuários do local, fazendo-se necessária a intervenção dos voluntários e até mesmo de policiais. Mesmo assim, nunca foi impedido de retornar à instituição. Pelos mesmos motivos, foi expulso de seu alojamento e os voluntários se empenharam em encontrar outro local para ele morar.

Nicolas, outro morador de rua também *habitué* e de aparência igualmente rude: cabelos longos e sujos, barba mal feita e face avermelhada pelo álcool, frequentava o Centro todos os dias sem apresentar demanda alguma. Segundo os voluntários “ele nunca quis se tratar”. Frequentemente Nicolas chegava ao Centro pela manhã, dormia sentado na sala de espera e os voluntários o acordavam no momento de fechamento para que ele partisse. Conforme seu estado de embriaguez, ele saía sem protestar ou reagia violentamente. Neste caso, o SAMU era chamado para levá-lo a um abrigo noturno. Sua história foi apreendida aos poucos pelos voluntários: a vida na rua, violência, história de abuso sexual na

infância. Em julho de 2002, Nicolas sofreu uma crise convulsiva na rua. Levado ao hospital por policiais, faleceu no mesmo dia: “Ele não queria outra coisa, senão morrer”, segundo a coordenadora do centro. Em seu enterro, só houve a presença destes voluntários.

Patrick, 40 anos, frequentemente bem vestido, tem uma origem social mais elevada que os outros moradores de rua, frequentadores do centro. Sua história é marcada por conflitos e ruptura com a família e o alcoolismo que culmina com a vida na rua. Ele frequentava o Centro desde a sua abertura. Um dia, Thèrese, uma antiga voluntária do serviço social, propôs: “Se você um dia quiser parar de beber, venha me procurar”, e assim, ele estabeleceu uma relação próxima com ela e os outros voluntários. Nas diversas ocasiões em que foi hospitalizado ou se encontrava em algum abrigo para a recuperação de alcoolistas, os voluntários se organizavam para visitá-lo. Tive a oportunidade de acompanhar uma destas visitas em um alojamento em uma cidade próxima a Paris. Nessas ocasiões, eles trocam notícias sobre amigos comuns e relembram momentos vividos. Ele e Thèrese trocam correspondência semanal na qual o principal tema de Patrick é sua experiência com o álcool, seja nos períodos de abstinência ou embriaguez. Thèrese me permitiu o acesso a estas cartas e nela ele narra a sua relação com o álcool:

Thèrese e outras pessoas do MDM ficaram muito decepcionados de me ver recair neste álcool maldito. Um dia, depois de uma conversa com Thèrese, eu tornei a ter esperança. Eu fui até os Alcoólicos Anônimos e fui acolhido com muito carinho e emoção.

Hoje eu acordei cedo sem nenhuma apreensão pelo dia que virá. Começo a me habituar a reencontrar a alegria de viver. O álcool não me faz mais falta, os tremores pararam. Amanhã, dia do meu aniversário, receberei cartas dos médicos, enfermeiras e voluntários do MDM. Eu terei consciência de ter 41 anos! Eu poderei enfim cuidar de mim e não viver mais nesta escuridão. (23 de junho de 2001)

Todo o relato de Patrick é pontuado pela descrição dos sintomas e das limitações físicas subsequentes que lhe permitem tomar consciência de sua dependência alcoólica. A expressão “fundo do poço” é recorrente, ao mesmo tempo que valoriza o acolhimento pelos voluntários de MDM.

Assim, é importante observar como no Centro a aceitabilidade e a rejeição dos usuários não obedecem às mesmas lógicas das instituições formais de saúde. Pennef (2000) observou como esses indivíduos são sistematicamente rejeitados nas urgências hospitalares. No Centro MDM, todavia, como já

descrito anteriormente, esses indivíduos podem permanecer um dia inteiro dormindo nas cadeiras ou utilizando o espaço para fazer a higiene no banheiro, sem serem importunados pelos voluntários. Mesmo que esses indivíduos se encontrem alcoolizados e provoquem brigas e algazarras e isto cause medo generalizado, eles não são impedidos de ali retornar.

REDEFINIÇÃO DE COMPETÊNCIAS MÉDICAS

A assistência médica às pessoas que vivem em exclusão social necessita da mobilização de competências técnicas específicas. No centro MDM, o exercício desta profissão se distancia de uma prática “clássica” devido às características dos pacientes e às regras impostas pela organização. De maneira geral, as prescrições da ONG constituem referência para os voluntários e são sistematicamente seguidas. No entanto, alguns protocolos são julgados excessivos demais, na medida em que ignoram as particularidades dos usuários; e assim são criticados pelos voluntários. Dessa forma, duas lógicas estão em tensão constante: o investimento em uma prática terapêutica e o engajamento nos princípios da ONG. Nesses casos, as práticas variam conforme a situação e as subjetividades de cada um.

Uma abordagem demasiadamente técnica da prática médica reforça o modelo cartesiano dominante na medicina ocidental, fundado na separação entre corpo e alma. Mas um acompanhamento médico humanitário preconiza justamente o atendimento global e continuado do indivíduo, centrado na preocupação de levar em conta tanto o sofrimento físico como moral dos pacientes, ou seja, aspectos fortemente imbricados à precariedade socioeconômica, cultural e a exclusão da previdência social francesa. Por outro lado, a possibilidade de explorar uma identidade profissional valorizante conduz a implicações e investimentos diferenciados e por vezes opostos: entre técnico/profano, tratamento/cuidado, físico/moral. Enfim, o sentimento de utilidade e satisfação que os profissionais procuram neste tipo de atividade voluntária é a possibilidade de exercer a profissão de maneira diversa daquelas dos hospitais e consultórios privados.

No caso dos médicos, é evidente uma reconversão do *métier*, onde há uma indeterminação na hierarquia tradicional do processo de trabalho. É importante lembrar aqui a escala hierárquica existente no sistema de saúde hospitalar ocidental contemporâneo: os estudantes a serviço dos *experts*, as enfermeiras a serviço dos médicos. Aos médicos são atribuídas às decisões diagnósticas e a prescrição de tratamentos, em que o aspecto técnico é de fundamental importância na valorização do profissional. Eles manifestam uma grande ambivalência a tudo o que se relaciona ao “social”, por conformar questões delegadas aos agentes situados na escala

hierárquica mais baixa das atividades hospitalares: enfermeira, auxiliares de enfermagem. Por outro lado, as tarefas mais difíceis (o *sale boulot*), ou seja, o grau de impureza a que o profissional de saúde está exposto, depende exatamente desta posição hierárquica. Como consequência, as tarefas relacionadas ao contato, corporal ou de escuta, à proximidade com o paciente correspondem ao nível mais baixo da hierarquia profissional (ARBORIO, 1995; CICOUREL, 2002).

No Centro MDM, mesmo que uma divisão hierárquica do trabalho afete igualmente os voluntários, ela é menos intensa que a do contexto hospitalar. É certo que não veremos um médico realizar as tarefas de higiene ou curativos dos pacientes, atividades destinadas aos estagiários e enfermeiras. Mas até mesmo a clínica exercida junto às pessoas fisicamente afetadas pela precariedade social, compromete a imagem da profissional.

Todavia, é possível atribuir diferentes significados a essas tarefas: se de um lado o distanciamento de uma abordagem puramente técnica das atividades pode significar uma desvalorização, um menor reconhecimento da legitimidade da profissão médica; por outro o engajamento como voluntário no Humanitário lhes traz um reconhecimento social, o que termina por valorizá-los. A coexistência das duas lógicas necessita, assim, de uma gestão quotidiana das atividades, razão pela qual a assistência médica no Centro é realizada em termos de uma constante negociação.

Reparar o corpo

Em relação às práticas terapêuticas relativas ao corpo, é importante observar que no ato de tratar/cuidar há também um ato de classificar inspirado nas relações sociais. O corpo é uma maneira de se inserir no mundo. Ele é um local de práticas sociais que revela a subjetividade do indivíduo e suas interações. Assim, corpos sujos, mal nutridos, consumidos pelo álcool, portadores de marcas de violência e de tatuagens dos moradores de rua, são frequentemente fonte de estigmatização nas estruturas de saúde. Já a sala de enfermagem do Centro concentra grande parte de suas atividades na higiene desses pacientes. Isto não significa que o contato com estes pacientes seja fácil para esses profissionais. O depoimento de uma médica sobre tal aspecto é ilustrativo:

O que eu achei particularmente difícil no início foi a pobreza e a sujeira das pessoas, de passar por cima de tudo isto. No início, e eu acho que não sou a única, eu tinha a impressão de sair daqui cheia de parasitas, piolhos e sarna, coisa que vemos constantemente na consulta.

Estes são aspectos que não podem ser negligenciados, pois como bem afirma Declerk, são muitas vezes estas as razões que rompem com o ideal dos jovens médicos de trabalhar junto às pessoas vivendo em exclusão social: “É que entre as representações entre o homem e sua realidade, sempre há o odor” (DECLERCK, 2001, p. 225). Esta realidade obriga os médicos a redefinirem a significação de seu trabalho com o objetivo de adquirir atitudes verdadeiramente próximas com seus pacientes:

Eu acredito que para superar isto é necessário conhecer e desenvolver o hábito de trabalhar com estas pessoas. Isto faz com que você não tenha medo deles. Não é necessário fazer um trabalho para isto, isto acontece naturalmente (médico voluntário).

O depoimento é ilustrativo da associação entre pobreza, sujeira e perigo. A história social da medicina nos mostra como esta profissão sempre esteve próxima da higiene do corpo. Segundo o historiador Vigarello (1985), a partir do século XIX, os médicos são levados a propagar medidas de higiene. O autor lembra como as práticas de higiene não são orientadas como uma defesa contra os micróbios, uma vez que elas são anteriores às descobertas de Koch e Pasteur. Na realidade, as motivações ligadas a estes preceitos estão mais na ordem moral, social e higiênica, mostrando que finalmente o que está em jogo é a associação entre sujeira e pobreza como signos de desordem social. Neste sentido, os imigrantes clandestinos, também usuários do Centro, conformam uma distinção em relação aos moradores de rua. Um médico declara: “Atualmente há imigrantes, pessoas que tem uma rede familiar, que são limpas. Antes existia, principalmente pessoas sujas, verdadeiros mendigos. Porque estas pessoas (os imigrantes) são dignas”. Novamente é a história social que nos mostra como a associação entre pobreza-limpeza-dignidade é uma construção social que remonta ao século XIX (CORBIN, 1982). A contribuição de Douglas (1984) é igualmente essencial nesta relação sobre o corpo, na medida em que, segundo a autora, a evitação da sujeira obedece a uma ordem simbólica e classificatória. Isto comprova como a experiência física do corpo é sempre modificada pelos significados inerentes às categorias sociais de percepção e julgamento. Os cuidados corporais, no plano da higiene, da alimentação e da terapia, são práticas referenciadas a representações que expressam a maneira como em sociedade eles são concebidos.

Se tratar desses corpos aproxima estes profissionais de um grau de impureza que pode ser desvalorizante, para os pacientes, este contato é valorizante. Um morador de rua era conhecido no Centro pelo fato de sempre solicitar um exame físico por uma mulher. Uma oportunidade

de contato físico feminino e de sentir que seu corpo não estava degradado. E é o reconhecimento desta dimensão do trabalho que proporciona satisfação profissional para esses voluntários.

Outras características da assistência médica aos moradores de rua devem ser destacadas: a impossibilidade de acompanhamento terapêutico e de cura destes pacientes.

A impossibilidade de acompanhamento terapêutico

A prática médica repousa sobre um controle condicionado na possibilidade de seguir a evolução do tratamento, o que exige uma adesão temporal dos pacientes. No Centro, os profissionais médicos são submetidos a pressões divergentes e até mesmo contraditórias, em virtude da situação social dos pacientes, e a prerrogativa da organização. Assim, de uma parte é encorajado um investimento na relação com as pessoas recebidas, investimento explicado pelo fato de os pacientes na situação social em jogo, terem necessidade de um clima de confiança para poderem contar seus problemas. Por outro lado, a missão, instituída há 16 anos, reafirma o ideal de “missão de urgência”, praticando atendimentos rápidos e eficazes. Os relatórios internos têm por objetivo lembrar aos médicos este fato: “O centro MDM não é um posto de saúde comum. É uma resposta improvisada de MDM a uma demanda médico-social urgente. Nós somos uma espécie de ‘socorristas’”. (RELATÓRIO MDM, 2000, p. 5)

No entanto, a presença dos *habitués* no Centro, contradiz essa regra. Se a ideia é que o usuário seja absorvido pelas estruturas comuns de acesso à saúde e deixe de frequentá-lo, sabe-se que, no caso dos moradores de rua, isto é impossível. Mesmo que estes readquiram alguns direitos, e até mesmo moradia, com a ajuda dos voluntários, os vínculos com eles estabelecidos são difíceis de serem rompidos. E quando isso não acontece, a “frustração” é frequentemente evocada pelos profissionais de saúde. Tanto que a impossibilidade de vínculo com os usuários e de aceder à correspondente história de vida é sempre lamentada. Essa característica aproxima tais profissionais ao relato de Muel Dreyfus sobre a imagem do “médico do corpo e da alma”, do Médico de Família: “Existe além do sintoma, os fios da história familiar na sua dimensão afetivo e social inseparável” (MUEL DREYFUS, 1984, p. 72). Isto é particularmente verdadeiro, no caso dos *sans domicile fixe*, visto que a história pregressa é construída no decorrer do tempo da escuta, por meio de fragmentos de memória, relatos de terceiros e prontuários médicos. É dessa forma que ela circula por todos os voluntários do Centro.

De fato, o conhecimento da biografia do paciente é baseado em relação de confiança, estabelecida com o tempo. Quanto a esse aspecto, Von Brock (1961) lembra como a etimologia da palavra Cuidado é relacionada à ideia de “se ocupar”, atos realizados por perspectiva temporal. Um médico aposentado, por exemplo, compara seu trabalho no centro com a atividade que realizava em sua vida profissional ativa: “Eu sou médico generalista há 40 anos e as condições aqui são muito diferentes, porque em primeiro lugar nós não estamos seguros de rever os pacientes que atendemos uma primeira vez. O interesse de uma consulta é poder seguir o doente até o fim”.

Pelas mesmas razões o constante abandono do tratamento ou o não seguimento das prescrições por esses pacientes é igualmente lamentado: “Quando os enviamos ao hospital, não sabemos jamais se eles foram recebidos, como eles foram recebidos, se eles foram tratados. Há uns que retornam e outros que não. Há uma falta de acompanhamento pela qual não podemos fazer grande coisa”, relata um médico.

Os médicos podem evocar tanto a situação social como os aspectos culturais dos pacientes para explicar esta situação, isto é, uma explicação referente tanto à precariedade social como a uma concepção cultural sobre o tempo: “Você vê, ele vai chegar atrasado para a consulta e, conseqüentemente, não vai ser bem recebido. Isto gera um círculo vicioso. Mas é uma coisa que eles não compreendem” (médico voluntário). Ou seja, segundo o médico, a perspectiva cultural de tempo destes moradores de rua é um empecilho para o acesso aos serviços de saúde. Esta representação médica sobre a perspectiva de tempo dos pacientes pode ser interpretada por uma lógica de risco, tanto assim que é frequente que os médicos considerem que tais indivíduos “não se preocupam com o dia de amanhã, sendo habituados a viver somente o dia presente”. Essa convicção equivale à incapacidade de adotarem práticas preventivas.

Esse conjunto de constrangimentos e contradições deve ser administrado pelos médicos na sua prática diária. São situações em que aparecem sentimentos de incerteza e vulnerabilidade que acompanham normalmente a prática médica, como nos lembra Freidson (1984). E de tal forma que faz parte da profissão o fato de realizar escolhas avaliando os riscos.

Atraiu minha atenção a quantidade de medicamentos prescritos. Muitas vezes eu me perguntei se os usuários conseguiriam lembrar da quantidade de explicações sobre doses, horários dos medicamentos, apesar das orientações minuciosas, às vezes escritas nas caixas dos medicamentos. Os médicos justificam a prática pela falta de acompanhamento dos pacientes: “Eu não estou certo que vou lhes rever, então eu me previno”

dizia um médico após prescrever vários medicamentos a um paciente que estava com uma simples dor de garganta. Em virtude dessa incerteza, eles tentam eliminar o risco, o que normalmente é feito em um trabalho de vigilância no tempo.

Outrossim, os médicos voluntários do Centro perdem outra referência cara à sua prática: a cura dos doentes.

O luto da cura

Segundo a coordenadora do Centro: “Os médicos do Centro devem fazer o luto da cura”. Como exercer suas competências quando o objetivo instrumental de curar é subjacente a toda a prática médica? Aqui os médicos são obrigados a repensar os princípios que adotam nas práticas terapêuticas. No caso de Pierre, por exemplo, foi preciso trabalhar com a equipe a aceitação de suas recaídas no álcool, sua agressividade, sua rejeição de ajuda em certos momentos: “aceitar não ter nada a fazer”, lembra um dos médicos. Tais profissionais acabam por desconstruir a noção de cura para os pacientes em causa: “para alguns dos *sans domicile fixe*, é impossível falar de cura. Estes se beneficiam de MDM pelo vínculo que aqui estabelecem” (médico voluntário).

De fato, o esquema ideal da medicina repousa sobre uma cronologia: sintoma-diagnóstico-tratamento-cura (ou morte). É o resultado da construção histórica do modelo médico, fundado sobre uma finalidade terapêutica, em que os esquemas que escapam a esta lógica ultrapassam os limites do campo médico. Desde a Idade Média, por exemplo, a ideia de tratamentos paliativos era estreitamente associada aos hospitais de caridade. Tratavam-se de situações dramáticas que demandavam a compaixão dos médicos e voluntários, instaurando limites imprecisos entre a medicina e a caridade cristã. No século XVIII, o hospital torna-se, pouco a pouco, uma estrutura de tratamentos curativos e, sobretudo, de saber médico, onde os leigos começam a assumir um papel importante ao lado dos religiosos. A medicina curativa se dissemina na Europa após a Segunda Guerra com as descobertas das terapias anti-infecciosas, a cura da tuberculose, uma melhoria notável no tratamento do câncer e o surgimento de técnicas de reanimação que prolongam os limites da vida. Tudo isto trará à medicina a imagem de uma potência curativa (CANGUILHEM, 1966). Após o século XIX, surge cada vez mais a defesa do hospital para “tratamento”, ilustrado pela admissão dos incuráveis (como os doentes de câncer), antes relegados aos domicílios (PINELL, 1992).

Assim, a legitimidade da prática médica reside na missão terapêutica da cura enquanto a vigilância, o cuidado, o contato com a morte pertence a uma escala hierárquica inferior, conforme referido anteriormente. Em um contexto ambulatorial, o tratamento e a cura dependem ativamente do paciente, de seu engajamento, da possibilidade de seu acompanhamento. No contexto do Centro MDM, uma redefinição dessa missão terapêutica torna-se necessária e é por isto que o médico lembra a aceitação do fato de “não ter nada a fazer”. É o que se observa também com os pacientes *sans domicile fixe* que vêm ao Centro sem formular qualquer demanda. Declerck (2001) observou como isto gera frustração dos profissionais que trabalham junto a estes pacientes, vivendo em precariedade extrema, que coloca em causa sua vocação e missão terapêutica:

É necessário que eles superem seu desejo de curar, como uma necessidade de se defender da angústia diante da falta do que fazer. Ou seja, é necessário se engajar nas vias difíceis de uma devoção ascética necessária: a de uma contemplação tranqüila de seus pacientes (DECLERCK, 2001, p. 363).

O autor observou como, neste caso, os médicos procuram fazer com que os consultantes formulem uma demanda, que será então interpretada como um primeiro sinal de inserção social. Todavia, no Centro, os voluntários não se iludem no que se refere a deslocamentos sociais de seus pacientes.

Como então esses profissionais conciliam sua condição de terapeutas com a condição da clientela? Uma das posições adotadas é a “escuta”, o acolhimento: “tentamos lhes dar apoio de qualquer forma...”. A sala de enfermagem, muito frequentada por essa população de rua, torna-se um local de escuta por excelência. É certo que ali esses indivíduos encontrarão conforto junto às enfermeiras e estagiárias que, na medida em que lhes fazem higiene e curativos, terão sempre palavras de reconforto quando eles lhes passam a contar suas histórias em meio às lágrimas. Não sem razão, um deles sempre se referia às enfermeiras pela forma carinhosa de “mamãe”. A maternagem está, assim, diretamente relacionada ao cuidado, aos curativos que são feitos e refeitos, atos que não devem ser compreendidos como um fim em si mesmos, na medida em que muitos deles retiram os curativos assim que saem do local. Em consequência, a escuta é extremamente valorizada como prática terapêutica pelos profissionais de saúde, sendo concebida como o principal remédio a ser oferecido. Assim, quando um voluntário do acolhimento acredita que um *sans domicile fixe* necessita de antipsicóticos, o médico responde: “O que ele precisa é ser ouvido, ele tem muitos problemas”.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diferentes situações apresentadas no decorrer do texto deste artigo mostram aspectos importantes na inserção dos *sans domicile fixe* ao Centro MDM. De maneira geral, eles podem buscar ali não só uma assistência médica, mas também benefícios materiais. O Centro os recebe, mas os voluntários insistem na necessidade de integrá-los a estruturas de direito comum. Entretanto, encontramos os *habitués* que buscam ali outras formas de relações inseridas na perspectivas de dom, ou seja, geradoras de obrigações recíprocas. Essas situações são para eles uma forma de valorização e uma visão de si mesmos menos depreciativa do que a de *sans domicile fixe*.

A possibilidade de ocupar os espaços do Centro adequando-os às suas necessidades, torna o local um espaço de acolhimento e refúgio para seus frequentadores. Da mesma forma, ali também se estabelecem relações, se partilham experiências comuns e há lugar para investimentos em relações afetivas. Há também a oportunidade de experimentar uma utilidade social não só pelos voluntários, como também por alguns dos *habitués* que, em situações diversas, realizam pequenas tarefas. Tais possibilidades oferecidas neste espaço conferem-lhes um papel original e importante.

Vale ainda reconhecer a dificuldade que o Centro encontra no tratamento e na integração social dos pacientes. Isto coloca em questão a sua missão, sem que signifique negar a relevância social das intervenções. Suprimir esses serviços corresponde a privar um grande número de pessoas do acolhimento, cuidados e tratamentos.

No que diz respeito às consultas médicas, foram observados aspectos relativos à busca de assistência pelos *sans domicile fixe*. Muitas de suas demandas não são médicas e muitas das demandas médicas não são urgentes. No entanto, elas expressam um sofrimento que reflete não só problemas físicos, mas também morais. Em consequência, o trabalho desses profissionais de saúde não implica curar, mas reparar, trabalho de fato, mas que, no cotidiano, é praticamente invisível, porque de reparação física e moral. No entanto, é um trabalho que não passa despercebido pelos voluntários, pois é justamente nessa possibilidade de reparação física e moral dos usuários que eles encontram a valorização de seu próprio trabalho. Ou seja, se por um lado o contato físico e afetivo com os *sans domicile fixe* pode ser “desvalorizante”, o mesmo, visto pelo ângulo do “acolhimento humanitário”, termina por revalorizá-los. Em síntese, para esses médicos, a implicação no voluntariado é a maneira como profissionalmente eles se identificam com a sua prática, percebem

e gerem seus investimentos humanitários, que englobam uma noção de responsabilidade, satisfação e participação.

ABSTRACT

This article discusses the interaction between humanitarian doctors and the sans domicile fixe (homeless people) in the health center of a French medical humanitarian organization, the Médecins du Monde. The research seeks to analyze how these health care professionals are forced to rethink their values and practices due to the characteristics and lifestyle of this socially excluded population. These professionals end up redefining their medical competences based on an "humanitarian user embracement" as to gain appreciation and satisfaction in their work with this population.

Keywords: sans domicile fixe, homeless, humanitarian doctors, social exclusion, medical competences.

REFERÊNCIAS

- ARBORIO, A. M. Quand le "sale-boulot" font le métier: les aides-soignants dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences Sociales et Santé*. 1995, vol. 13, n.3, sept 195, p.93-124.
- BASZANGER, I. Déchiffrer la douleur chronique: deux figures de la pratique. *Sciences Sociales et Santé*. VI IX, n. 2, juin 1991, p. 31-78.e médicale.
- BROCK, N. *Soins et Guérison*. Paris, Librairie C. Klincksieck, 1961.
- CANGUILLHEN, G. *Le Normal et le Pathologique*. Paris, PUF, 1966.
- CORBIN, A. *Le miasme et la jonquille: l'odorat dans l'imaginaire social aux XVIII et XIX siècle*. Paris, Aubier Montaigne, 1982.
- CICOUREL, A. L'Intégration de la connaissance distribuée dans le diagnostic médical d'équipe. In: *Raisonnement Médical. Un approche socio-cognitive*. Textes réunis et présentés par Pierre Bourdieu et Yves Winkin. Paris, Seuil, 2002, p.143-173.
- CHAUVIN, P.; LEBAS, J. Entre action humanitaire et solidarité citoyenne: l'exemple de la Mission France de Médecins du Monde. In: *Précarisation, Risque et Santé*. Paris, Flammarion, 1998.
- DAUVIN, P.; SIMEANT, J. *Le Travail Humanitaire: les acteurs des ONG, du siège au terrain*. Paris, Presses de Science Politique, 2002.
- DÉCHAMPS, C. Vocation médicale et choix professionnel. In: *Les métiers de la Santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Aiach, P. et Fassin, D. (org). Paris, Anthropos Economica, 1994. p. 87-119.

- DECLERCK, P. *Les Naufragés. Avec les clochards de Paris*. Paris, Plon, 2001.
- DODIER, N.; CAMMUS, A. L'hospitalité de l'hôpital. L'accueil et le tri des patients aux urgences médicales. *Communications*, 1997, n. 65. p. 109-119.
- DOUGLAS, M. *De la souillure: essai sur la notion de pollution et tabou*. Paris, F. Maspero, 1981.
- FAINZANG, S. *Ethnologie des Anciens Alcooliques*. La liberté ou la mort. Paris, PUF, 1996.
- FERREIRA, J. *Soigner les Mal Soignés. Ethnologie d'un centre de soins gratuits*. Paris, L'Harmattan, 2004.
- FREIDSON, E. *La Profession Medical*. Paris, Payot, 1984.
- GRMEK, M.D. *Histoire de la Pensée Médicale en Occident III*. Paris, Éditions du Seuil, 1999.
- HERZLICH, C. (org). *Cinquant ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et Pratiques des médecins français*. Paris, Doin Éditeurs, 1993.
- JOUSSAN, M. L'honneur perdu du généraliste. *Actes de La Recherche en Sciences Sociales*, juin 2000, p.31-35.
- LOMBRAIL, P. L'Accès aux Soins. In: *Les Inégalités Sociales de la Santé*. Leclerc, A.; Fassin, D.; Grandjean, H.; Komenski, M.; Lang, T. (dir). Paris, La Découverte, 2000.
- MUEL-DREYFUS, F. Le fantôme de la médecine de famille. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, n. 54, 1984, p.70-71.
- NAHOUM-GRAPPE, V. *La culture de l'ivresse. Essai de phénoménologie historique*. Paris, Quai Voltaire, 1991.
- PENNEF, J. *Les Malades des urgences*. Paris, Métailié, 2000.
- PICHON, P. *Les réseaux de survie. La quête, l'échange, le don*. Plain Urbain, avril 1994.
- PINELL, P. *Histoire de la lutte contre le cancer en France, 1890-1940*. Paris, Metaillé, 1992.
- RELATORIO MDM: *Éléments de réponses aux questions de bénévoles praticiens du centre Mission France Parmentier*. Junho 2000.
- ROSA, E. 1989. *Santé, Précarité et Exclusion*. PUF, Paris.
- ROSMAN, S. 1996. *Maladie et Précarité: une association d'aide aux malades du SIDA au carrefour du médical et du social*. Paris, EHESS, 1996. Thèse de doctorat.

SASIER, P. *Du Bon Usage des Pauvres. Histoire d'un thème politique (XVI-XX siècle)*. Paris, Fayard, 1990.

VIGARELLO, G. *Le propre et le sale: l'hygiène du corps depuis le Moyen Âge*. Paris, ed. Seuil, 1985.