

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TESE DE DOUTORADO**

ALINE BASSO DA SILVA

Narrativas de cuidado de “usuários de drogas”: um estudo etnográfico na rua e suas territorialidades.

Porto Alegre

2018

ALINE BASSO DA SILVA

Narrativas de cuidado de “usuários de drogas”: um estudo etnográfico na rua e suas territorialidades.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Doutorado, Área de concentração - Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, Linha de pesquisa - **Saúde Mental e Enfermagem, da** Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Agnes Olschowsky

Porto Alegre

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Basso da Silva , Aline
Narrativas de cuidado de "usuários de drogas": um
estudo etnográfico na rua e suas territorialidades.
/ Aline Basso da Silva . -- 2018.
216 f.
Orientadora: AGNES OLSCHOWSKY.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2018.

1. Pessoas em situação de rua. 2. Saúde Mental. 3.
Usuários de drogas. 4. Assistência Integral à saúde..
I. OLSCHOWSKY, AGNES, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ALINE BASSO DA SILVA

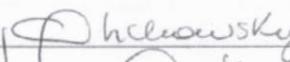
A Rua: Território de narrativas de cuidado ao “usuário de drogas”

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

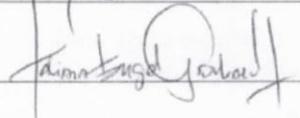
Aprovada em Porto Alegre, 09 de abril de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Agnes Olschowsky:
Presidente – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt:
Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Christine Wetzel:
Membro – PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Leandro Barbosa de Pinho:
Membro – PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Thomas Josué Silva:
Membro – UNIPAMPA



À minha mãe, Lorena, a pessoa que me possibilitou o acolhimento em momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, a todas as pessoas do Movimento Nacional da População de rua (MNPR), que me proporcionaram o apoio para conhecer e realizar o trabalho de campo de pesquisa na rua. Sua mediação, incentivo e ensinamentos foram essenciais para a conclusão deste estudo e para a formação de ideais em minha trajetória de vida.

Agradeço aos interlocutores que dedicaram tempo, afeto e contribuíram com suas experiências, sonhos, críticas e lutas para este estudo. Nosso encontro me fez refletir para além de um trabalho acadêmico, atingindo minha vida como pessoa e pesquisadora.

Agradeço em especial aos apoiadores do MNPR: Carlinhos, Veridiana e Margarete, que, com seu forte apoio, geraram possibilidades para minha entrada em campo, seja me apresentando caminhos para a rua, ou emitindo palavras de apoio, acolhimento e amizade.

Aos amigos da rua, Anderson, Carlos, Peninha, Beijo e Cícero, desejando que sempre possamos lembrar e ter nossos encontros de longas conversas, risadas e amizade.

Agradeço à banca de qualificação do projeto de tese pelas contribuições que enriqueceram o processo de construção deste estudo.

Um agradecimento especial à minha orientadora Agnes, uma pessoa a quem admiro muito. Desde o começo entendeu e apoiou minhas decisões enquanto pesquisadora e pessoa, dedicando tempo, ensinamentos, respeito e acolhimento. Sempre será lembrada enquanto uma mentora em minha trajetória e formação dentro e fora da Universidade. Que possamos ainda compartilhar muitos momentos de humor e boas conversas, como tínhamos entre uma orientação e outra.

Aos queridos professores que também marcaram a minha vida. Na graduação em Enfermagem, ao professor Thomas Josué que, através da disciplina Antropologia do Corpo e da Saúde, me mostrou outros ângulos de observação sobre o que é saúde/doença. Às professoras Beatriz e Odete que, através de seu acolhimento e ensinamentos, me apoiaram em todo o processo de formação em Enfermagem, lembrando que até hoje tenho seus livros com dedicatórias, que remetem às minhas lembranças de suas preocupações com minha formação crítico-reflexiva. À professora Christine, por sua trajetória ao meu lado, desde o Mestrado trazendo suas críticas, ideias e motivações que me fortaleceram como pessoa e pesquisadora.

Aos amigos, parceiros que contribuíram para a tese: Carol, amiga que me apresentou os primeiros contatos para negociações no campo de pesquisa; Jordana, amiga e estudante de Arquitetura que colaborou para a realização dos mapas territoriais; Rafa, amigo filósofo, que contribuiu através de longas conversas sobre a vida, a ciência e a interdisciplinaridade; Fabiane, amiga e colega de pós-graduação que colaborou com traduções para o Inglês. E Alexandra, estudante de Enfermagem, que contribuiu em todo o processo de tese, realizando transcrições e revisões.

Aos companheiros antigos de “jornada acadêmica”: Débora, Cris Kenes, Andrea e Franciele, pela trajetória, unidas desde o Mestrado, compartilhando amizade, dores, angústias, conhecimento e sonhos. A Universidade pode ser sim um ambiente de amizade e companheirismo, e nós proporcionamos espaços de abertura para esses momentos.

Por fim, um agradecimento especial para minha família, que foi lembrada na dedicatória através da figura forte de minha mãe. Sem o apoio e companheirismo dela talvez não estivesse concluindo este estudo, seja através do apoio emocional, de sua experiência e amor, e também do apoio financeiro em momentos de crise. Além dela, agradeço ao meu irmão que sempre esteve presente em momentos alegres e difíceis, oferecendo seu “ombro” irmão.

Muito obrigada a todas essas pessoas que fizeram parte de minha história de vida, de meu território, e dessa fase importante que foi o Doutorado. Peço desculpas se esqueci alguém, pois foram muitas pessoas que direta ou indiretamente me ajudaram. Reconheço que foi e é essa rede com laços de apoio, afeto e experiência que fez e faz com que hoje eu me sinta mais forte.

“...Veloso o sol não é tão bonito pra quem vem do Norte e vai viver na rua.
A noite fria me ensinou a amar mais o meu dia, e pela dor eu descobri o poder da alegria e a
certeza de que tenho coisas novas, coisas novas pra dizer..

A minha história é talvez
É talvez igual a tua, jovem que desceu do Norte
E que no Sul viveu na rua
E ficou desnortado, como é comum no seu tempo
E que ficou desapontado, como é comum no seu tempo
E que ficou apaixonado e violento como você

.....

Eu sou como você. Eu sou como você....”

(Belchior)

RESUMO

SILVA, Aline Basso da. Narrativas de cuidado de “usuários de drogas”: um estudo etnográfico na rua e suas territorialidades. 2018. 216f.. Tese de Doutorado (Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Este estudo tem por objetivo analisar como o usuário de drogas vivencia a rua enquanto um território de cuidado. A partir da Etnografia, a pesquisa mostra a saída para às ruas, buscando uma aproximação com as realidades e modos de vida das pessoas em situação de rua. Para tal, houve o apoio do Movimento Nacional da População de rua (MNPR), em que se considera uma análise macrossocial das observações participantes desse coletivo (MNPR) e a participação de alguns de seus apoiadores. E uma análise microssocial com a ajuda das histórias de vida e trajetórias pessoais dos interlocutores privilegiados com experiência no tema das drogas. Nesses percursos, encontros, escuta e diálogo construídos com os experientes da rua foi possível identificar uma cultura da rua, em que a droga aparece enquanto estilo de vida, formação de uma identidade de resistência aos estigmas, sofrimentos e construção de relações no território. Percebeu-se também que as histórias de vida nos revelam o sofrimento social, a exclusão e a não adaptação ao sistema convencional e formal, demonstrando que a área da saúde não entende essas experiências de vida/saúde/doença em seus modelos de cuidado. Observa-se que o cuidado não é só realizado pelas redes formais, como é também realizado nas redes sociais de cuidado na rua, a partir das relações com o grupo, nas aldeias, no envolvimento com MNPR, nas praças e viadutos. Assim, a rua é um território com potência para o cuidado em saúde mental ao usuário de drogas. É nesses espaços sociais que as pessoas vivem suas histórias de vida, redes sociais de cuidado, cultura e identidades. As territorialidades de cuidado apontam para a necessidade de uma atenção em saúde pensada em um modelo dialógico e sociocultural, junto às diversidades territoriais e formas de vida, entendendo o território como espaço para produção de saúde.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua. Saúde Mental. Usuários de drogas. Assistência Integral à saúde.

ABSTRACT

SILVA, Aline Basso da. THE STREET: Narratives of Care for "Drug Users": an ethnographic study on the street and its territorialities. 2018. 216f. Thesis (PhD). Nursing College, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

This study aims to analyze how the drug user experiences the streets as care territory. From the Ethnography, the research shows this environment activity, seeking an approximation with the realities and ways of life of homeless people. Therefore, there has been support from the Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), which considers a macrosocial analysis from the observations of the participants in this group (MNPR) and some of its supporters' participation as well. Also, a microsocioanalysis with life histories and personal trajectories from privileged interlocutors that have had experience in the drug's field. On these routes, encounters, listening and dialogues that were built with the experts from the street, it was possible to identify a street culture in which drugs appear as a way of life, forming an identity of resistance to stigma, sorrows and building relationships in the territory. It was also realized that life histories reveal social suffering, exclusion and non-adaptation to the conventional and formal society system, demonstrating that the health area does not understand these life / health / illness experiences in their models of care. In addition, it was observed that care is not only carried out by the formal networks, but also in the social networks on the street care, from the relations with the group, in the villages, in the involvement with MNPR, in the town squares and overpasses. Thus, the street is a territory with power to the mental health care for drug users. In these social spaces, people live their life histories, social care networks, culture and identities. The territorialities of care point out to the necessity of health care thought in a dialogical and sociocultural model, together with the territorial diversities and life forms, understanding the territory as space for health production.

Keywords: Homeless Persons. Mental health. Drug users. Comprehensive health care.

RESUMEN

SILVA, Aline Basso da. Narrativas de cuidado de "usuarios de drogas": un estudio etnográfico en la calle y sus territorialidades. 2018. 216f. Tesis de Doctorado (Enfermería). Programa de Postgrado en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

Este estudio tiene por objetivo analizar como el usuario de drogas vivencia la calle como un territorio de cuidado. Desde la Etnografía, la investigación muestra la salida a las calles, buscando una aproximación con las realidades y formas de vida de las personas en situación vulnerable en la calle. Para eso, hubo el apoyo del Movimiento Nacional de la Población de calle (MNPR), en que se considera un análisis macrosocial de las observaciones participantes de ese colectivo (MNPR) y la participación de algunos de sus apoyadores. Y un análisis micro social con la ayuda de las historias de vida y trayectorias personales de los interlocutores privilegiados con experiencia en el tema de las drogas. En esos recorridos, encuentros, escucha y diálogo construidos con los expertos de la calle fue posible identificar una cultura de la calle, en que la droga aparece como estilo de vida, formación de una identidad de resistencia a los estigmas, sufrimientos y construcción de relaciones en el territorio. Se pudo notar también que las historias de vida nos revelan el sufrimiento social, la exclusión y la no adaptación al sistema convencional y formal, demostrando que el área de la salud no entiende esas experiencias de vida/salud/enfermedad en sus modelos de cuidado. Se observa que el cuidado no es solamente realizado por las redes formales, como es también realizado en las redes sociales de cuidado en la calle, a partir de las relaciones con el grupo, en las aldeas, en la participación con el MNPR, en las plazas y viaductos. Así, la calle es un territorio con potencia para el cuidado en salud mental al usuario de drogas. Es en esos espacios sociales que las personas viven sus historias de vida, redes sociales de cuidado, cultura e identidades. Las territorialidades de cuidado señalan para la necesidad de una atención en salud pensada en un modelo de diálogo y un modelo sociocultural, junto a las diversidades territoriales y formas de vida, entendiendo el territorio como espacio para producción de salud.

Palabras-clave: Personas en situación de calle. Salud Mental. Usuarios de drogas. Asistencia Integral a la salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Espaços sociais de observação de campo e acompanhamento etnográfico	48
Figura 2 - Espaços institucionais de observação de campo e acompanhamento etnográfico..	48
Figura 3 - Alguns percursos realizados com interlocutores	49
Figura 4 - Campanha Zumbi só se for dos Palmares	56
Figura 5 – Recorte jornal Boca de Rua, junho, 2013	76
Figura 6 - Recorte do jornal Boca de Rua, abril, 2001	120
Figura 7 - Rede de cuidados construída com Ronaldo	140
Figura 8 - Rede de cuidados construída com João	143
Figura 9 - Rede de cuidados construída com Jorge	145
Figura 10 - Rede de drogas construída com Ronaldo.....	152
Figura 11 - Recorte jornal Boca de Rua, agosto e setembro, 2010.....	167
Figura 12 - Trama da droga segundo os interlocutores	196

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

CT- Comunidade terapêutica

CnR- Consultório na Rua

COFEN- Conselho Federal de Entorpecentes

CONAD- Conselho Nacional Antidrogas

EMEF- Escola Especializada em pessoas em situação de rua.

MNPR- Movimento Nacional da População de Rua.

ONU- Organização das Nações Unidas

POA- Porto Alegre

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

RD- Redução de Danos

SENAD- Secretaria Nacional Antidrogas

SISNAD- Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	Erro! Indicador não definido.
1 INTRODUÇÃO	18
2 CAMPO DE PESQUISA — CAMINHOS PERCORRIDOS	26
2.1 O Processo de Entrada em Campo: o “estar lá”	26
2.1.2 Negociações	28
2.1.3 Coletivo de Negociações	33
2.1.4 Considerações Éticas	38
2.1.5 Apresentando os Interlocutores-privilegiados	39
2.2 Etnografando: gerando e interpretando as narrativas de cuidado de “usuários de drogas” na rua e suas Territorialidades.....	46
2.2.1 “ O Estar lá”: locais, territórios e redes que compõem o campo	46
2.2.2 “O Estar aqui”: das Narrativas individuais à Descrição Etnográfica	49
3 SITUANDO LUGARES/TERRITÓRIOS CONCEITUAIS E CONTEXTOS DA ETNOGRAFIA	55
3.1 Drogas — uma questão sociocultural.....	59
3.2 Atenção ao Usuário de Drogas e Políticas Públicas: de que cuidado nós estamos falando?	68
3.2.1 A Polêmica das Internações Compulsórias	74
3.3 A Rua: território de cuidado?	78
4 A CULTURA DA RUA — A DROGA ENQUANTO ESTILO DE VIDA	86
4.1 “Comer com a colher”: primeiras compreensões da cultura da rua e da droga enquanto estilo de vida	86
4.2 As Aldeias como Modos de Vida na Rua: territórios de resistência cotidiana da exclusão social e políticas públicas fragilizadas.....	107
5 NARRATIVAS E REDES DE CUIDADO DOS EXPERIENTES DA RUA: “DROGAS, APENAS UM PEDAÇO DA HISTÓRIA”	120
5.1 Narrativas dos experientes da Rua	121
5.1.1 As Vivências de Ronaldo, Jorge, José e João	121
5.1.2 Rede de Saúde ou Redes de Cuidado? Relações Construídas na Rua	136
5.1.2.1 Relações construídas na rua	136
5.1.2.2 Relações institucionalizadas: as Comunidades Terapêuticas e o CAPS AD	146
5.1.2.3 As Redes de Drogas. “... Quando tu tem um conflito na rede de cuidado, acaba tendo vínculo forte com a droga...”	150

5.2 Refletindo sobre as Narrativas dos experientes da Rua e as Redes de cuidado na rua que transcendem o cuidado institucional	155
5.2.1 Pensando as Narrativas dos experientes da rua	155
5.2.2 Pensando as Redes de Cuidado na rua.....	161
6 O CUIDADO AOS “USUÁRIOS DE DROGAS” NA RUA.....	167
6.1 Redução de Danos: melhor “caminho para tratamento”?.....	172
6.2 Apoiadores falam sobre Redução de Danos.....	181
6.3 As Territorialidades de cuidado: por um modelo dialógico, além da institucionalização no cuidado em drogas	189
7 REFLEXÕES FINAIS	196
REFERÊNCIAS	200
APÊNDICE I - Roteiro de Entrevista/ Observação de campo	211
ANEXO I – Carta de apoio do Movimento da População de Rua	213
ANEXO II – Parecer consubstanciado do CEP.....	214

APRESENTAÇÃO

Buscando entender o cuidado a partir da cultura, da experiência e narrativa de vida dos “usuários de drogas”, abordo que essa tese foi pensada a partir de uma trajetória profissional e acadêmica que me levou a pensar as drogas na rua na perspectiva dos sujeitos envolvidos em seus processos simbólicos, culturais e sanitários.

Desde a graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) que tenho forte ligação com a Saúde Mental, na qual realizei estágios, monitorias e o Trabalho de conclusão de curso (TCC) com temas relacionados a gestão em saúde mental, serviços de saúde mental e pessoas com diagnósticos de transtornos psiquiátricos.

Foi na Especialização em Atenção Psicossocial no âmbito do SUS na Universidade Federal de Pelotas (UFPel), onde realizava em conjunto uma assessoria ao Centro Regional de Referência em álcool e outras drogas (CRR) que entrei em contato com mais profundidade no tema das drogas. Visto que, realizávamos capacitações, ações de formação em saúde para profissionais de saúde e atores sociais em relação ao cuidado em drogas.

Nessa experiência pude perceber a forte influência dos modelos morais e de doença na criação de estigmas e no imaginário dos profissionais sobre o cuidado em drogas. Isso, pois em seus depoimentos referiam sua dificuldade no trabalho em saúde com “usuários de drogas”, pois mobilizava seus entendimentos do que é “certo” ou “errado”, ou seja, o uso de drogas seria algo errado que precisava “ser combatido”. Havia, então, a ideia que a abstinência era o único caminho possível para uma boa abordagem do tema, considerando apenas a droga como o “problema” que deve ser retirado.

A percepção da complexidade do fenômeno das drogas e suas relações com o cuidado, me levou a realização da dissertação de mestrado intitulada “*O Cuidado ao Usuário de Crack: Análise da concepção de território por profissionais de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD)*” (DA SILVA, 2014). Nesse trabalho, priorizei a pesquisa com trabalhadores de saúde, buscando entender suas comunicações com o território social do “usuário de drogas”. Entre os resultados, foi destacado o território como local potente de cuidado da equipe de saúde mental. No entanto, há um distanciamento dos serviços de saúde do território social do usuário, uma vez que o

CAPS AD costuma centrar suas ações para dentro do serviço, caracterizando este local como protegido para dar retaguarda para o usuário.

No Mestrado também participei da pesquisa *Avaliação da rede de serviços de Saúde Mental – ViaREDE*, onde observei que os profissionais da equipe interdisciplinar de Saúde Mental avaliaram o Consultório na rua (CnR)¹ como um serviço importante para propor o cuidado “para fora”, para a comunidade e o território de vida dos usuários. Os profissionais avaliaram também que o consultório na rua é o serviço que realiza o cuidado no território, indo aos locais em que os sujeitos habitam.

A partir das minhas experiências e trajetória acadêmica, entendo que o profissional de saúde percebe e avalia a necessidade da incorporação de estratégias e ações de cuidado na rua para o “usuário de drogas”. No entanto, existe uma dificuldade de apropriação da rua enquanto um espaço de cuidado, pois o profissional ainda centra sua ação no espaço da instituição, local de assepsia, de estabilidade, saber clínico e de proteção.

Entendendo o território enquanto um espaço multidimensional de poder, tenho observado que o território da saúde e a rua (espaço que usuário está/habita) como local de relações e influências que produzem valores que ora aproximam ou afastam profissionais e usuários.

Sendo assim, é importante refletir de que maneira pode-se diminuir o distanciamento do campo da saúde do território social, fazendo com que o usuário tenha mais acesso ao cuidado e o profissional crie estratégias que envolvam maior interação com o contexto social, agregando mais opções de ação em saúde.

Por isso, nessa tese, considerei que para um avanço na construção de um cuidado mais amplo e integral, é necessário considerar as experiências dos “usuários de drogas na rua”, valorizando seu protagonismo e culturas. Para tal, foi importante desprender-me dos serviços de saúde como locais para entendimento do universo do cuidado, indo até os movimentos sociais e a rua. Percebendo esses espaços como essenciais na produção de saúde e cuidado.

¹ O CnR é um serviço de atenção em saúde para populações na rua, considerado atual e inovador nas políticas públicas, visto que busca a valorização da vida e da rua enquanto lugar social e de cidadania. Suas ações de cuidado e saberes procuram incorporar a experiência, a cultura e o local onde as pessoas vivem e se relacionam, tendo por base o vínculo, a redução de danos, o acolhimento e a escuta qualificada (JORGE; CORRADI-WEBSTER, 2012).

1 INTRODUÇÃO

“... Tem uma coisa que um amigo meu da rua diz que é a “Rualogia”

Sabe o que é isso? É uma espécie de ciência da rua

Tu precisa passar pela experiência para conhecer o que é

Só o povo da rua que sabe realmente o que é, mas tem alguns como vocês que podem saber, mas pra isso tem que descer a ladeira da rua, ai sim tu vai poder falar...” (José, Ronaldo)

Essa fala foi proferida algumas vezes, de diferentes formas, por diferentes interlocutores, mas o conteúdo era o mesmo, e tanto José quanto Ronaldo, em algum momento, citavam a “Rualogia”. Parecia-me que a ideia era que eu entendesse que o processo de vida nas ruas era complexo, que somente vivendo na “pele” eu poderia realmente compreender um pouco desse território. Mas mesmo não tendo sido “moradora de rua”, havia ainda a possibilidade de entendê-los, desde que eu estivesse disposta a sair das minhas “instituições” e conhecer a rua: eu desceria, então, a “ladeira”?

Sair do meu território foi um argumento marcante, revelando meus processos de saída para a rua e questionando algumas concepções da ciência e da saúde. Eu estaria fazendo uma pesquisa pertinente para a área da Enfermagem? Será que eu estava me distanciando das instituições, serviços e práticas assistenciais?

A temática dessa pesquisa tem como foco o cuidado na rua e as drogas. Meus questionamentos buscam refletir que modelos que embasam a atenção em saúde e seu atravessamento na vida das pessoas, no caso, “usuários de drogas”² que são “moradores de rua”.

Quando falamos do tema das drogas na saúde, há uma diversidade de modelos que procuram um entendimento das dimensões do problema e cada enfoque concentra um

² Percebe-se, na nossa sociedade e nas políticas públicas, que sempre houve uma forte repressão ao uso de drogas, tendo por base a eliminação do consumo. Com a Lei 11.343/2006 houve um progresso nas políticas, trazendo a diferenciação entre o traficante de drogas e o usuário de drogas. Dessa forma, as ações passaram a ser mais brandas para o usuário, incluindo medidas educativas, tratamento e reinserção social (BRASIL, 2006). Utilizo nesta tese o termo “usuário de drogas” entre aspas para problematizar esse termo, saindo de uma questão simplesmente jurídica que utiliza esse conceito. E ampliando para além da dependência química que o trata somente como “dependente” e “viciado”. O “usuário” é um protagonista no sistema de saúde, um ser político e social, o qual não se limita somente ao uso da substância.

subconjunto de aspectos a serem considerados, podendo incluir ações de prevenção e tratamento (PILLON; LUIS, 2004; TEIXEIRA et al., 2017).

Há o modelo moral/criminal que associa a moral do prazer ligado ao pecado, e ao indivíduo não capaz de discernir o certo do errado, podendo ser submetido a ações de suspensão de direitos individuais. Nesse modelo, existe uma associação entre justiça e saúde, por meio de práticas como as internações compulsórias³ determinadas pelos juízes. Há o modelo de doença que vê a utilização das drogas como risco para a dependência, uma doença biológica que requer tratamento e reabilitação. O único tratamento possível é a abstinência total ao uso de drogas, centrado em um indivíduo dependente que precisa aceitar que tem uma doença incurável, progressiva e fatal (TEIXEIRA et al., 2017).

Com base nesses dois modelos de enfoque biologicista e moral, é que a maioria das ações da área da saúde se organiza. Os tratamentos são baseados nas internações em instituições especializadas como unidades de internação, emergências psiquiátricas e comunidades terapêuticas⁴. Há uma grande utilização das internações compulsórias, buscando a abstinência. Do mesmo modo, a concepção moralista norteia a imagem social dos “usuários de drogas”, sendo estigmatizados e tendo suas histórias resumidas somente ao uso de substância. Mas o que se observa, com frequência, é que, após a saída das internações e volta aos seus territórios de vida, os usuários retornam à antiga relação com a droga.

Isso revela que o uso de drogas não deve ser considerado apenas por seu efeito no organismo, pelo prazer e dependência. É necessário olhar para outros aspectos que percebam esse indivíduo como um sujeito envolto em seu contexto social e sua história de vida. Ou seja, o uso de drogas abrange uma perspectiva dinâmica e multifatorial, que envolve diversos aspectos da vida desses sujeitos: cultura, valores, redes de relações, territórios de vida, experiências, entre outros.

³ A Lei 10.216/2001 regulamenta as internações, sendo possíveis três tipos de internação psiquiátrica: a voluntária que é a com consentimento do usuário; a involuntária que se dá sem o consentimento do usuário, a partir de uma constatação de risco pela equipe técnica; e a compulsória que é determinada pela justiça (BRASIL, 2001).

⁴ Instituições privadas, financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem gratuitamente acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas. São abertas, de adesão voluntária, ambiente residencial protegido, isoladas geograficamente, com a ideia de abstinência as drogas. O tempo de duração do tratamento pode ser de seis a doze meses (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, o modelo sociocultural compreende a utilização das drogas como parte de uma história de vida, resultado de inúmeros elementos socioculturais. É necessário perceber em que contexto/ambiente e grupo a pessoa vivencia seu uso, levando em consideração crenças, valores, relações e atitudes. Um exemplo que pode ser dado é que alguns grupos possuem uma cultura em que a abstinência pode ser regra, outros pode ser parte de um ritual religioso e cerimonial, podendo também ser aceita enquanto uma droga social e recreacional (ROMANÍ, 1997; PILLON; LUIS, 2004).

A cultura está ligada ao simbolismo, ou seja, é um padrão historicamente transmitido de significados incorporados em símbolos. Na vida cotidiana, o homem cria e expressa um sistema de concepções herdadas, de valores e crenças. Dessa forma, comunica-se e desenvolve seus conhecimentos e atitudes perante o mundo acerca de sua existência (BURKE, 2004; GEERTZ, 2008).

Então, entendo que preciso “descer a ladeira da rua” para entender a complexidade de um cuidado sociocultural que revela inúmeras facetas, não podendo desconsiderar a cultura e as relações. Para a realização desse cuidado é necessária uma dinâmica de diálogo ativa, que faz das “pessoas em situação de rua” protagonistas de suas vidas e de seus desejos por cuidado. Só na relação com o outro, na qual é necessário conhecer sua história, que é possível pensar para além da droga, dos modelos de doença, dos tratamentos centrados na biologização da vida. Assim, foi necessário me distanciar das instituições da saúde, ir até a rua, conhecer suas dinâmicas, as realidades, as histórias de vida, seus territórios e suas concepções de saúde.

As “pessoas em situação de rua” — ou o “povo da rua” conforme dizem os interlocutores — são um grupo heterogêneo que tem em comum a pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular. Dessa forma, eles utilizam os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e sustento, e também unidades de acolhimento para pernoite ou moradia provisória (CAMP, 2017).

Nesta tese utilizo diversas expressões para designar as “pessoas em situação de rua”: “moradores de rua”, “pessoas em situação de rua”, “população de rua” e “povo da rua”. Utilizo essas expressões “entre aspas”, pois elas estão em constante mudança, gerando reflexões. Considera-se, atualmente, que a “melhor expressão” é a “situação de rua” que, conforme Shuch (2008), atenta para a experiência da rua, desmistificando estigmas, pois a rua não é apenas lugar de moradia, mas habitat de modos de vida. Me inspiro nas ideias de

Lemões (2017), que revela que a categoria “situação” deve ser problematizada, pois se trata de um anseio pela reintegração de vidas em situação de risco e uma necessidade de superar um problema social e urbano. Dessa forma, utilizo as aspas para demonstrar as diferentes formas com que essas expressões e termos podem ser utilizados, sendo que, “estar em situação de rua”, “morar na rua”, “ser parte do povo da rua”, não deve ser considerado um rótulo, ou algo permanente.

Considero importante citar alguns dados quantitativos sobre a “população em situação de rua” e suas ligações com problemas de saúde, em especial o uso de drogas.

No Brasil, uma pesquisa realizada com “pessoas em situação de rua”, em 71 cidades, incluindo 23 capitais e outros 48 municípios com mais de 300 mil habitantes, identificou a existência de 631.922 adultos em situação de rua, o que equivale a 0,061% da população dos municípios pesquisados. Desses, 82% das pessoas eram homens, sendo que 53% dos entrevistados possuíam idade entre 25 e 44 anos. A maioria não tinha acesso a programas governamentais: 88,5% afirmaram não receber qualquer benefício do governo. Entre os benefícios recebidos destacaram-se a aposentadoria (3,2%), o Programa Bolsa Família (2,3%) e o Benefício de Prestação Continuada (1,3%) (BRASIL, 2008).

Os principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua se referem aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%), e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%). Dos entrevistados, 71,3% citaram pelo menos um desses três motivos (que podem estar correlacionados entre si ou um ser consequência do outro) (BRASIL, 2008).

Em Porto Alegre, uma pesquisa demonstra que 85,7% da população em situação de rua eram do sexo masculino, e 13,8%, do sexo feminino. Comparando-se essa pesquisa realizada no ano de 2007 (UFRGS, 2007) evidenciou-se uma redução proporcional da população feminina, sendo de 10,5%, enquanto a população masculina cresceu 52,7% (UFRGS, 2016).

Em relação à idade, em POA observa-se uma relativa concentração etária acima da faixa dos 35 anos. No estudo de 2007-8, encontrou-se 19,7% da população entre 18 e 24 anos, e no intervalo dos 25 aos 34 foram 30%, totalizando quase 50% da população. Atualmente, há menor participação desses jovens na composição etária da população. A população entre 18 e 24 anos reduziu-se em praticamente 50%. Na realidade, a população inserida nos intervalos entre 35 e 44 anos, 45 e 59 anos e de 60 anos ou mais teve um aumento, alcançando,

respectivamente, 29,1%, 25,3% e 7,0%. O resultado demonstra que mais de 60% da população tem 35 anos ou mais (61,4%), revelando um aumento demográfico da população e um processo de envelhecimento (UFRGS, 2016).

As doenças mais prevalentes entre os homens são a dependência química/álcool (61,6%), seguida de problemas nos dentes (47,1%) e de dores no corpo (41,1%). Já entre as mulheres figuram as dores no corpo (54,1%), em primeiro lugar, os transtornos mentais (49,3%), e os problemas nos dentes (49,3%), seguidas das doenças respiratórias (UFRGS, 2016).

As drogas mais utilizadas são o cigarro, consumido por 51,8% dos entrevistados todos os dias, e 13,7% esporadicamente. Em seguida, as bebidas alcoólicas, consumidas todos os dias por 24,6%, e de vez em quando por 36,9%. Entre as drogas ilícitas mais consumidas estão a maconha e o crack (UFRGS, 2016).

Observa-se que as “pessoas em situação de rua” estão constantemente ligadas a situações de estigmas e violências. Observa-se que, na visão da sociedade, essas pessoas são associadas à imagem de “criminosos”, “vagabundos” e “drogados” (COSTA, 2005; MATOS, 2016).

A rua é um espaço de moradia e de trabalho informal para essas pessoas: guardadores de carro, descarregadores de carga, catadores de papel ou latinhas, entre outros. Além disso, é um território de afeto e proteção para a superação das dificuldades de viver com poucos recursos e dos estigmas que sofrem. A rua, na visão do povo da rua, não é um local tão ameaçador, pois nela desenvolvem suas relações, identidades e organizações sociais (COSTA, 2005; MATOS, 2016).

Nessa perspectiva, o “uso de drogas” na rua pode ser analisado como uma atividade simbólica. O “usuário de drogas” é um sujeito ativo, não necessariamente dotado de “doença”, mas, sim, é alguém que se comunica através de símbolos e se relaciona com os grupos e o meio. Os elementos simbólicos revelam a existência de subjetividade, desejos e identidades que mostram que para entender o uso da droga não se pode avaliar somente seu efeito puramente fisiológico, e, sim, entender a relação do indivíduo com o seu grupo e meio, os significados que ele dá a sua experiência de uso e suas motivações para o consumo (BECKER, 1980; MACRAE, 2001).

Na rua há relações de troca/doação que mantêm o grupo como grupo. Ou seja, o grupo assume papel acolhedor na ausência de laços familiares e amigáveis, formando um território

de igualdade, longe de recriminações e julgamentos. Além disso, busca desprender-se da sociedade capitalista, da moral e das regras que a regem, organiza-se de forma particular, criando suas próprias regras, normas e moral (FERREIRA, 2013).

Dessa forma, o cuidado faz parte dessas redes de relações na rua, sendo a droga um elemento de comunicação, estilo de vida e cultura. A “pessoa em situação de rua usuária de droga” é protagonista ativa nesse processo de cuidado na rua devido a sua vivência nesse território.

Haesbaert (2013) enfatiza que o território é um espaço multidimensional de poder, não apenas o poder político, mas também os poderes econômico, simbólico, cultural e natural. Sendo um local de poder, as territorialidades são os movimentos e relações do indivíduo com seu espaço para controlar pessoas, fenômenos e relações, marcando também identidades culturais e apropriações simbólicas.

A área da saúde ainda é marcada por modelos de “tratamentos” que não reconhecem a existência desses territórios culturais, de poder e identidade. Nota-se uma valorização da rede formal de serviços em detrimento da importância dos espaços e redes sociais. Dessa forma, cito a importância de entender as experiências de saúde, de cuidado, de uso de drogas e a vida das “pessoas em situação de rua”, pois isso ajuda a ampliar o olhar sobre ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde no tema das drogas.

Nesse sentido, entendo que a “rualogia” mostra o protagonismo das “pessoas em situação de rua” em suas vidas e no seu cuidado. A afirmação de que existe uma ciência de rua, problematiza o profissional da saúde no seu saber e fazer, incitando-o a sair de seus territórios fechados e assépticos, conhecendo e trabalhando os espaços sociais da rua.

A “rualogia” me reporta a Clifford (2008) quando diz que a experiência etnográfica pode ser encarada como a construção de um mundo comum de significados, a partir de estilos intuitivos, de sentimentos, percepções, interferências. Não é somente a análise final que mostra o significado da cultura e da experiência do interlocutor, mas como me relaciono com ele. Há, nesse processo dialógico, diversas formas de entrar em contato com o modo de vida de um grupo, seja pela presença participativa, sensibilidade, percepção, comunicação, escuta e participação ativa do interlocutor.

Não pretendo “dar voz” às “pessoas em situação de rua usuárias de drogas”, pois entendo que essas vozes sempre existiram, não devendo ser caladas. Afinal, seu protagonismo

e vozes buscam superar um histórico de estigma e exclusão. Dessa forma, é nesse movimento processual, na problematização desses diferentes territórios “o território da saúde/ redes formais” e o “território social” em que construo a ideia da Etnografia realizada com pessoas em situação de rua no tema sobre drogas.

A Etnografia desenvolvida nos próximos capítulos mostra minha saída para as ruas, buscando uma aproximação com as realidades e modos de vida das “pessoas em situação de rua”, com o apoio do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). Portanto, o conteúdo desta tese é composto por uma análise macrossocial (observação participante do coletivo - MNPR), e pela participação de alguns apoiadores do MNPR⁵. E a microssocial envolveu histórias de vida, trajetórias pessoais de interlocutores com experiência no tema das drogas.

Frente ao exposto, o objeto de estudo dessa pesquisa foi **a rua enquanto território com potência para o cuidado em saúde mental ao usuário de drogas.**

Defendo a tese de que a rua é um território de cuidado ao “usuário de drogas”, pois neste espaço há possibilidade de aproximação com as vivências, estilos de vida e relações sociais do usuário; ou seja, na aproximação com o cotidiano do usuário, do local em que está/habita, pode-se produzir cuidados em saúde em uma perspectiva sociocultural.

A rua é um território potente para a construção de saberes e ações em saúde mental, pois nela o usuário constrói sua história, sua cultura e sua identidade. O profissional, ao ocupar esse espaço, cria vínculos com os sujeitos, podendo flexibilizar, criar e negociar cuidados de saúde.

Nesse sentido, esta pesquisa se justifica pela necessidade de explorar e investir em dispositivos que incluam o contexto sociocultural dos indivíduos, sua relação com seu território de vida, seus estilos de vida e seus desejos no cuidado em saúde; isso poderá diminuir o distanciamento do usuário com os serviços, aumentando seu acesso ao tratamento.

Essa compreensão ocorreu a partir da experiência em campo de pesquisa, pelo método etnográfico, que visou à produção de informações múltiplas, revelando os processos socioculturais e históricos do fenômeno, aprofundando as relações e as questões que envolvem o cuidado ao usuário de drogas no seu território de vida. Rocha e Eckert (2008)

⁵ O MNPR é composto por seus representantes/ militantes, “pessoas em situação de rua” ou com experiências em “situação de rua”. E os apoiadores são profissionais ou atores sociais identificados com a causa, que visam ajudar/apoiar o MNPR.

referem que o método etnográfico é um processo longo, lento e de muito trabalho para o acesso a muitas camadas interpretativas da vida social, e que conforma os fenômenos culturais tanto quanto em um trabalhoso procedimento de representar as formas culturais na qual tal vida social se apresenta para seus protagonistas.

Sendo assim, esta tese é composta por cinco capítulos que visam responder os objetivos da pesquisa: (1) Descrever as relações dos “usuários de drogas” com o território em que habitam; (2) Descrever os estilos de vida dos “usuários de drogas na rua” e suas relações com o cuidado em saúde; (3) Identificar os significados e necessidades de cuidado em saúde para os “usuários de drogas”.

No primeiro capítulo discorro sobre os caminhos metodológicos e as negociações com interlocutores e coletivos para a realização da Etnografia com as “pessoas em situação de rua” sobre o tema das drogas. No segundo capítulo realizo uma reflexão teórica conceitual que aborda conceitos principais articulados com contextos e temas identificados na Etnografia.

No terceiro capítulo inicio, propriamente, a apresentação da Etnografia, trazendo as vivências em campo de pesquisa em relação aos modos de vida/estilos de vida dos “usuários de droga na rua”. No quarto capítulo continuo a caminhada, com as narrativas de vida e de cuidado dos interlocutores privilegiados da pesquisa, incluindo a realização de suas redes sociais de cuidado na rua.

No quinto e último capítulo discuto o cuidado em drogas na rua, através de experiências de campo, narrativas e vivências dos interlocutores privilegiados e de dois apoiadores do MNPR. Por fim, apresento as reflexões finais.

2 CAMPO DE PESQUISA — CAMINHOS PERCORRIDOS

2.1 O Processo de Entrada em Campo: o “estar lá”

2.1.1 As Relações entre Pesquisador-Pesquisados: negociações e dimensões éticas

O trabalho de campo que compõe essa tese tem como referencial teórico e metodológico a Etnografia. A etnografia é um método utilizado pela Antropologia no estudo dos grupos. Ela tem por base o contexto em que as pessoas vivem, sendo personalizada e multifatorial, na qual o pesquisador se insere no longo prazo em seu campo de estudo, interagindo com as pessoas, tanto na condição de observador quanto de participante do estudo. É um método dialógico, no qual as informações podem ser discutidas com os informantes ao longo da pesquisa (ANGROSINO, 2009; VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Esses pressupostos teóricos e metodológicos orientaram a construção desta tese. Para tal, compreende-se que não se trata somente de um método, fechado e arbitrário sobre os caminhos, metas, coleta e análise de dados. Trata-se, sim, de uma inspiração mais ampla e complexa, pois, ao longo do processo, das interações com os sujeitos, da melhor compreensão sobre seus modos de vida, das observações e diálogos realizei, refleti e repensei as trajetórias de pesquisa que foram construídas nessa interação com os interlocutores. É sobre isso que me debruço neste capítulo.

A entrada em campo começou no início do ano de 2015 quando realizei uma disciplina nas Ciências Humanas, denominada Oficina de Etnografia, atenta ao objetivo de conhecer e aprofundar os referenciais teóricos e metodológicos das Ciências Sociais e Humanas. A disciplina exigia que o aluno estivesse em campo de pesquisa para realizar todos os exercícios etnográficos propostos: os diários de campo, as redes sociais, exercícios quantitativos, qualitativos, roteiros de entrevistas, entre outras atividades que se baseavam no conteúdo da disciplina: discutir, a partir dos exercícios práticos, a teoria. Essa disciplina foi o disparador para o meu interesse em construir o projeto de doutorado já com alguma experiência do contexto em que iria trabalhar.

A primeira ideia que minha orientadora e eu tivemos para realizar a pesquisa de campo era a de vincular-me a uma equipe de consultório na rua, no município de Porto

Alegre⁶, e acompanhar as ações realizadas e interagir com as pessoas em situação de rua. O serviço de saúde seria, portanto, minha ligação com o território, com as pessoas, com os lugares para a visualização do contexto macrossocial do tema. Assim, com o estímulo da disciplina, considere necessária minha articulação com o serviço em questão.

Durante o primeiro semestre de 2015 iniciei o contato com um dos Consultórios na Rua, realizando uma reunião com a coordenadora desse serviço e equipe, quando discutimos a pesquisa, seus objetivos e a contribuição para a questão social e o cuidado em relação às drogas. Nessa reunião, grande parte da equipe estava presente, e também estudantes de Saúde Coletiva da UFRGS.

O CnR, segundo relato desses profissionais, estava passando por algumas dificuldades estruturais que limitavam suas ações junto às “populações de rua”, a principal dessas dificuldades era a falta de um carro que impedia a locomoção para locais de uso e caminhos percorridos pelos “usuários de drogas” na rua.

Dessa forma, sua atuação limitava-se ao serviço em praças próximas, restringindo sua ação no território. Segundo Hallais e de Barros (2015), o CnR possui uma demanda de procedimentos de saúde na rua, consistindo de uma avaliação clínica, aplicação de testes, curativos, aferição de pressão arterial, distribuição de camisinhas e outros insumos para Redução de Danos, e também a escuta qualificada. Além dos procedimentos e a escuta, o CnR deve estar na cidade, percorrer seus espaços, adentrar em territórios considerados “perigosos” e “sujos”, trazendo à tona que a rua não é só lugar de passagem; é local de permanência, moradia, repressão e resistência.

Tendo realizado esses dois primeiros encontros, que me ajudaram na reflexão sobre práticas do CnR e sua vinculação com as políticas públicas, contribuindo para a participação da discussão da disciplina, foram surgindo dificuldades de acesso ao CnR. A equipe do serviço justificou que a falta do carro, as ações concentradas dentro da instituição e a presença de muitos alunos nesse campo impossibilitavam o acolhimento da proposta de pesquisa.

Na qualificação do Projeto de Doutorado, a partir de reflexões e questionamentos sobre as instituições de saúde (foco em ações dentro do serviço, pouca inserção no território, modelo centrado na doença) foi sugerido que a entrada em campo deveria ser a partir dos

⁶ Seu funcionamento é através de uma equipe interdisciplinar, abordando usuários de drogas em situação de rua, com o propósito de atuar na redução de danos. Devido às dificuldades dessa população em acessar os serviços de saúde, esse dispositivo visa à ampliação do seu acesso à rede de atenção. Em Porto Alegre, há dois CnR, um na região central e outra na região Norte do município (PORTO ALEGRE, 2012).

movimentos sociais. Essa ideia se justificou pela necessidade de aproximação com as diversas dimensões da rua, ou seja, pensar a saúde de um território rico e não institucionalizado. Assim, a experiência de campo possibilitaria novas vivências e olhares que pudessem compor e tensionar o cuidado em saúde.

Essa construção me fez ir às ruas em busca de um novo espaço de acolhimento para o início da pesquisa. E acredito que a rua me trouxe uma das maiores riquezas de experiência de pesquisa, possibilitando-me realizar a etnografia.

2.1.2 Negociações

O primeiro caminho percorrido foi a tentativa de interação com “moradores de rua” em seus espaços da rua e uso de drogas nas noites, pelos bares da cidade baixa (CB) que também atendem a clientela a céu aberto. Nesse bairro, há alta concentração de “pessoas em situação de rua” que ali dormem, trabalham e utilizam drogas. O trabalho é constituído por geração de renda “informal”, na função de cuidadores de carros, catadores de material reciclável e vendedores do jornal Boca de Rua⁷.

Apresentei-me a dois “moradores de rua” com o intuito de descobrir sobre as reuniões e eventos do jornal Boca de Rua, pois considerava que seria um espaço para minha entrada na rua (interação e vínculo com as pessoas). Nessa aproximação fui bem tratada, com muita educação e respeito, e acolheram de forma tranquila a minha presença e as perguntas sobre as atividades do Jornal.

Falei sobre meu interesse em conhecer mais sobre o jornal, suas atividades e apresentar, no futuro, uma proposta de trabalho de pesquisa com eles. Eles se mostraram receptivos, sem muitas perguntas sobre a pesquisa, concordaram em me informar o local e dia da reunião. No dia apazado fui à reunião, mas ao lá chegar fui avisada pelo porteiro que as reuniões não estavam mais acontecendo naquele local.

Todos os dias, à noite, durante um mês e meio do segundo semestre de 2015, eu voltava à CB e conversava com pessoas em situação de rua, o que me permitiu conhecer algumas de suas experiências e atividades. Recebi informações sobre datas de outras reuniões

⁷ O Projeto “*Boca de Rua*” é uma publicação feita e vendida por pessoas em situação de rua, na cidade de Porto Alegre. Existe desde agosto de 2000. Textos, fotos e ilustrações são elaborados pelos sem-teto durante oficinas semanais. O dinheiro arrecadado na comercialização do veículo reverte para os participantes do grupo, constituindo uma fonte alternativa de renda (ALICE, 2017).

do jornal Boca de Rua, de festas e eventos da “população de rua”. No entanto, quando eu chegava aos eventos e locais informados, não encontrava pessoas e nem atividades.

Esse processo me fez refletir sobre a grande dificuldade de iniciar um contato “formal” com as “pessoas em situação de rua”, pois, nas conversas, eu sempre era bem recebida, mas na hora de formalizar minha participação em seus espaços coletivos eu notava que havia resistência por parte deles.

Esses desafios já foram relatados em pesquisas anteriores como a de Rui (2014) que acompanhou o programa de Redução de Danos na Cracolândia, refletindo que só foi possível acessar as pessoas em situação de rua, que são usuárias de drogas, pelo contato com instituições legitimadas nesse trabalho. Velho (1998) acrescenta que essa dificuldade de contato ocorre por serem grupos que sofrem ameaças e violências, vivendo em permanente possibilidade de serem descobertos, acusados e estigmatizados.

Esses autores me possibilitaram experienciar com maior tranquilidade a dificuldade de entrada no campo de pesquisa, pois entendi que essas pessoas faziam parte de um contexto de estigma, repressão e sofrimento social em seus cotidianos. Frente a isso me propus a romper essas barreiras através de um acompanhamento constante, a fim de que as pessoas me conhecessem e criassem vínculos. O acompanhamento do coletivo (MNPR) foi essencial e legitimou minha participação formal com as “pessoas em situação de rua”, onde conheci e convivi com “interlocutores” que permitiram minha aproximação e imersão no campo da rua.

Dessa forma, o início da inserção formal em campo ocorreu a partir do contato com um redutor de danos (A1), que é apoiador do movimento e participante ativo das questões das “populações de rua”. Nesse contato, marcamos um encontro para conversarmos sobre a minha pesquisa. No dia e hora agendados relatei-lhe as dificuldades e desafios que eu vivenciava para entrar em contato com as” pessoas em situação de rua, e meu desejo de trabalhar espaços sociais que fossem além da rede de saúde. A1 ouviu-me e disse:

[...] Sou redutor de danos há 12 anos, para mim todas as pessoas que queiram conhecer a realidade das pessoas que usam drogas na rua são importantes, pois estamos buscando outra forma de ver as coisas, de falar e discutir a questão das drogas para além do senso comum e do uso abusivo, acho que redução de danos é um pouco disso.

Reforcei o fato de que era isso que eu pensava defender com minha pesquisa — desmistificar o tema das drogas para além do biológico. A1 disse-me que eu poderia

encontrar muitas dificuldades, pois muitos usuários querem respostas para suas demandas e não apenas serem pesquisados, sendo importante pensar qual o meu propósito.

Esclareci que ainda não sabia qual o produto final que adviria da construção com os participantes, mas sabia que, antes dos resultados, era necessário conhecer os contextos de vida dos “moradores de rua”. Para isso, minha pesquisa propunha uma metodologia que não se restringia às entrevistas ou observações estruturadas, mas que o foco seria a compreensão do contexto macro e microssocial; uma vivência e um contato interativo no longo prazo, os quais exigiriam vínculo e sensibilidade. A1 mostrou-se favorável à criação de vínculos:

[...] Concordo que é importante essa criação de vínculo, bem como, que a forma de abordagem das pessoas seja diferenciada exigindo interação, mas acredito que precisas de início mostrar a que veio, apresentar tua pesquisa, abrir ela para discussões, construir de forma coletiva. Que a construção coletiva e o tempo dedicado a isso poderia influir na aceitação ou não do teu trabalho... [...].

As contribuições de A1 foram essenciais para pensar sobre minha inserção em campo e a importância dos coletivos na Etnografia. Isto porque, em uma proposta de cuidado ampla e integral, há a necessidade de ouvir os sujeitos que estão, em seu cotidiano, implicados com a saúde. Isso revela uma metodologia que reconhece não somente a experiência individual de saúde/doença, mas também de que forma o grupo, o coletivo, reconhece o tema das drogas e sua vivência cotidiana.

O apoiador se dispôs a me ajudar em minha inserção no campo, me apresentando aos representantes do Movimento da População de Rua (MNPR). Realizei esse contato, inicialmente, por telefone, e dei continuidade com minha participação em reuniões, eventos, atividades com as pessoas em situação de rua.

Marcamos a reunião na Escola Especializada em Pessoas em Situação de Rua (EMEF), localizada na região central do município. Foi meu primeiro encontro com um dos representantes do MNPR e estava ansiosa em função de como seria a recepção nesse contato. Ao chegar à escola fui recepcionada por R1 e por outro integrante do movimento que estavam a minha espera. Sentamo-nos em bancos no quintal da escola, um dos locais de realização de encontros, reuniões, eventos.

Iniciei nossa conversa esclarecendo como consegui contatar com ele. Também fui informada sobre as atividades da EMEF que é especializada na educação de “pessoas em situação de rua”, oferecendo aulas até o Ensino Fundamental, oficinas, banho, alimentação e atividades de Redução de Danos.

R1 me explicou que essa escola foi criada no município devido à quantidade significativa de “pessoas em situação de rua”, sendo necessário lhes possibilitar acesso ao ensino. A dificuldade de acesso às instituições de ensino é motivada pelo fato de que os moradores de rua vivem de forma itinerante, querem retorno imediato para suas necessidades e trabalham em empregos informais, sem uma rotina fixa de horários.

Minhas primeiras impressões sobre R1 é que ele possui muito conhecimento sobre aquele lugar, as pessoas, sobre política e questões sociais. Durante a conversa, R1 provocou uma reflexão: a EMEF aumenta o estigma e a exclusão? Isto porque, completou R1, essa escola mantém os moradores de rua separados da sociedade, criando um universo particular. Mas, ao mesmo tempo, considerou importante essa atenção especial ao morador de rua, pois percebe que a escola considera as diferenças e subjetividades desse grupo.

Durante nossa conversa, várias pessoas chegaram e se aproximaram e, mesmo que brevemente, conversaram, expondo questões pessoais, e querendo notícias do coletivo que estava em um evento em Brasília. Percebi o vínculo que mantinham com R1 e o respeito que lhe devotavam, e ele sempre os convidava a se sentarem e participarem da reunião.

Apresentei-me ao grupo, disse-lhe que era enfermeira, estava cursando o doutorado, e tinha interesse em me inserir no MNPR e pesquisar a rua enquanto espaço de cuidado. Fiz uma breve explanação de minha trajetória na pesquisa, na prática assistencial e no ensino sobre o tema. Logo, R1 se apresentou, dizendo ser um dos representantes do MNPR e também trabalhava com Redução de Danos em uma oficina da escola. Contou que já havia sido usuário de drogas, mais especificamente de crack, havia sido preso, e conhecia a realidade do uso de drogas, e identificava-se com a proposta do trabalho de Redução de Danos.

Estavam presentes também dois outros “moradores de rua”. Continuei esclarecendo que meu interesse em trabalhar a rua como um território de cuidado vinha de outras experiências com pesquisa e serviços de saúde. E que eu havia percebido que os modelos de atendimento em saúde ainda eram centrados em atividades dentro dos serviços, ou seja, restritos à instituição. Ao mesmo tempo, os profissionais diziam que para entender o tema das drogas seria necessário ir até os espaços da rua.

R1 concordou comigo, pegou uma caneta, papel, e desenhou um círculo e no centro escreveu as palavras: contexto social, drogas e indivíduo. Argumentou que as drogas ainda são tratadas somente pelo foco do indivíduo e da substância, pouco se questionando a forma com que o contexto interfere no uso e no cuidado. Um dos moradores de rua se manifestou

dizendo que a estada na rua leva muito ao uso de drogas, pois, além da falta de outras oportunidades de trabalho, vida, lazer, há também o constante medo de violências, em que a droga passa ser fonte importante de prazer e de constituição de relações para as pessoas que ali convivem.

As pessoas ali presentes debateram sobre o estigma e preconceito que sofrem por serem “moradores de rua”, citaram muitas abordagens da polícia em seus espaços de moradia, sendo pressionados a sair desses lugares. Esses interlocutores falaram o quanto se sentem estigmatizados quando as pessoas mudam de calçada ao passar por eles, da falta de oportunidades de emprego por não terem um endereço residencial:

Às vezes passam por mim deitado no viaduto e dizem: Vai trabalhar vagabundo! Mas como trabalhar? Até você pode ter um currículo mediano, mas se você não tem uma casa, um endereço, isso causa uma desconfiança. Um empregador prefere, então, dar um emprego a quem tem um endereço, um lugar para ficar. Começa aí a falta de oportunidade! Imagina se além disso tu já tem passagem na polícia...

R1 aproveitou a discussão e revelou sua opinião sobre pesquisas. Disse que havia um grande número de pesquisadores e acadêmicos à procura deles naquele momento. E questionou: “Até que ponto há um compromisso desses pesquisadores com as pessoas em situação de rua e seus retornos ao coletivo? O coletivo se tornou um simples laboratório de pesquisa? Seríamos nós (o coletivo) ratos de experiência?”

Naquele instante, R1 me olhou diretamente, solicitando que eu refletisse sobre a importância da pesquisa, do retorno às pessoas e das resistências que eu teria de enfrentar, pois o grupo se sentia “usado” em algumas pesquisas. Além disso, o grupo tinha histórias de vida marcadas por violência, o que aumentava suas resistências.

Diante do exposto, disse-lhe que a pesquisa ocorre por meio da vivência em campo, não somente pela coleta de informações, ou seja, por meio do comprometimento e vínculo. A ideia era conhecer a vivência do “morador de rua”, sua saúde, cuidado e relações na rua, desmistificando a questão das drogas e preconceitos. Insisti dizendo que o foco da pesquisa não era somente o uso de drogas, mas estar com eles em seus ambientes de vida, e que a partir dessa vivência prática eu poderia ver com eles a possível contribuição da pesquisa. Disse-lhe que gostaria de me inserir às “populações de rua”, pois acreditava na possibilidade do encontro com as pessoas em seus cotidianos, na vida e na cidade. Estar junto ao MNPR poderia possibilitar a escuta das vozes do grupo sobre o cuidado. E voltando-me para uma das “pessoas em situação de rua” presentes na reunião perguntei: “O que é para ti essa vivência de

rua?” Prontamente, ele me disse que o viver na rua foi acontecendo. Muitas vezes já havia tentado sair da rua, procurar sua família, tentar outras formas de vida, mas que a rua parecia ser um círculo vicioso para o qual ele sempre retornava. Percebeu pelas experiências que teve ao retornar à família que ele estava distante do que ela idealizava, havia um enfraquecimento dessa relação familiar, muito diferente do que vivia na rua. Na rua ele era bem recebido e sentia-se parte de um todo, um contexto.

Essa resposta fundamentou, no meu entendimento, a realização dessa Etnografia, por que é somente a partir do contato com as pessoas e suas experiências de vida que se pode compreender essas vivências e suas relações com o cuidado.

R1 encerrou a reunião, convidando-me a participar das oficinas de Redução de Danos, dizendo que me esperava em outros encontros. O encontro com R1 me proporcionou a reflexão sobre a necessidade do comprometimento com as pessoas e o campo de pesquisa. E os diálogos me mostraram o protagonismo desses sujeitos na constituição de políticas públicas e na sociedade, demonstrando suas insatisfações, seu sofrimento, exclusão, estigma e a violência que sofrem.

2.1.3 Coletivo de Negociações

O coletivo de negociações envolve os encontros, reuniões e atividades que realizei juntamente com grupos de militantes e apoiadores do MNPR. Até esse momento, as negociações para a entrada em campo tinham ocorrido a partir de conversas individuais com interlocutores-chave que facilitaram esse encontro com os coletivos.

Os encontros com os interlocutores do coletivo de pessoas em situação de rua não foram lineares. Ao contrário, para conquistar o direito de apresentar a pesquisa participei de diversas reuniões e atividades do MNPR, entre elas o 4º Encontro de Pessoas em Situação de Rua do Rio Grande do Sul, em que colaborei na organização e no acolhimento nos dias do evento.

Nessa época, segundo semestre de 2015, havia uma grande demanda de atividades para o MNPR e considerei importante participar e ajudá-los, antes de “forçar” uma apresentação da pesquisa. Os espaços eram ricos de aprendizagem, e também foi uma forma de conhecer mais sobre o coletivo e sobre os temas que discutiam tanto em reuniões quanto no evento: meio ambiente, políticas públicas: escolarização, moradia, saúde, assistência

social; repressão policial: violência institucional, trabalho e renda. Nesses momentos, os militantes também puderam me conhecer mais.

Terminadas essas atividades, reconhecidas pelo grupo como mais urgentes, sugeri apresentar minha pesquisa ao grupo. Marcamos a primeira apresentação, digo “primeira”, pois, formalmente, a apresentei duas vezes, em que houve discussões e reflexões, mas foi na segunda que a pesquisa realmente foi aceita pelo grupo.

A primeira apresentação ocorreu em 27 de novembro de 2015 na EMEF. Fui acompanhada de duas colegas do doutorado para que observassem minha apresentação e realizassem anotações, colaborando com seus registros para a análise. Minha expectativa era que a apresentação da pesquisa gerasse muitos questionamentos e opiniões dos moradores de rua a respeito do que eles esperavam, do que eles pensavam sobre o tema drogas em seus contextos.

Aos poucos, as pessoas foram chegando, mas o número de participantes foi inferior à minha expectativa. Relacionei a baixa participação na minha apresentação ao evento que havia sido realizado na semana anterior, gerando muito trabalho ao grupo, portanto, as pessoas poderiam estar cansadas.

Escrevi no quadro o título do projeto e os objetivos e comecei me apresentando. Abordei minha trajetória pessoal e de pesquisa, falando sobre meu interesse pelo tema Saúde Mental, drogas e pessoas em situação de rua.

Logo fui questionada por uma das educadoras da escola:

[...]Tudo bem, mas e o que tu vais oferecer para estas pessoas? Tu como enfermeira, qual proposta de assistência para as pessoas, tu vais acionar o Hospital de Clínicas (HCPA)? Como a UFRGS vai contribuir com a saúde dessas pessoas? Por que o morador de rua precisa de atenção em saúde e eu não vejo nenhum movimento da UFRGS em contribuir com a assistência direta dessas pessoas? (A2)

Respondi que não poderia prometer assistência em saúde para as “pessoas em situação de rua”, que não estava vinculada ao HCPA, e que minha proposta de trabalho era um movimento tímido para conhecer a realidade das pessoas na questão das drogas. Diante disso, também percebia que em uma realidade institucional era necessário fortalecer a articulação em rede para acolher todas as demandas das pessoas em situação de rua.

A educadora demonstrou sua insatisfação pelas pesquisas na escola, disse que sempre abriam espaço aos pesquisadores e não viam retornos. E que a UFRGS nunca os havia

apoiado de fato, pois quando a escola estava por fechar não houve nenhum movimento da instituição para impedir que isso acontecesse, sendo assim, eu não estava ali sozinha, representava uma escola, uma instituição.

Manifestei meu entendimento sobre a reivindicação da educadora, dizendo-lhe que estava disposta a responder sobre meu comprometimento e compromisso com os participantes da pesquisa e com o MNPR. E que, sim, representava uma instituição, propondo abrir outros espaços que não se limitassem a serviços de saúde para a enfermagem, tentando entender temas de saúde em espaços também sociais.

O clima estava tenso. Algumas pessoas saíram da reunião e outras observavam caladas. A educadora informou que não era a primeira vez que ocorria essa aproximação, retirando-se da sala. Perguntei se alguém gostaria de fazer comentários sobre a pesquisa. Um dos presentes disse ter gostado do trabalho e acreditava que as drogas eram um dos temas da saúde na rua, conectando-se a outros assuntos, como HIV e tuberculose, situações de saúde que faziam parte da realidade de vida deles.

Uma estudante da universidade pediu esclarecimentos sobre a metodologia. Respondi que a pesquisa apoiava-se no referencial da Etnografia, exigindo imersão e considerando contextos sociais e políticos sobre o uso de drogas.

Outro militando do MNPR disse que a pesquisa não se centrava na droga, mas no contexto das pessoas em situação de rua, sendo um fato importante a ser considerado no grupo. Em seguida, uma das militantes disse que tinha “problemas com drogas”, estava em abstinência, mas sofria com o desejo de utilizá-las. Não entendia como poderia contribuir, sugerindo que eu acompanhasse as oficinas de RD.

Outro representante das pessoas em situação de rua disse que a questão principal não era o uso de drogas. Ele percebia que, muitas vezes, essa ideia era mais um estigma que o “morador de rua” carregava, uma imagem ruim, como outras imagens:

[...] Não querendo expor ninguém, nem dizer que tu pensas assim. Acho que muito pelo contrário, mas a droga é só uma coisa no contexto da rua, nem todos usam drogas e nem todos têm problemas com drogas. Então por que o foco na droga? Da mesma forma que eu não gosto quando vejo programas e peças de teatro, por exemplo, que mostram que morador de rua é sujo e maltrapilho, não necessariamente. Sou morador de rua, já usei drogas, uso ainda, já me prostituí, mas não só isso, nem acho que eu tenho essa imagem tão característica de sujeira, pra te ser sincero estou na rua porque também quero, ganho coisas na rua. (R2)

Esclareço que essa ideia ia ao encontro da minha proposta, que era entender esses modos de vida que ele abordava, aspectos que não se limitavam à droga, podendo diminuir preconceitos e estigmas.

Nesse encontro, não obtive consentimento do grupo para realizar a pesquisa, mas considerei ricas as discussões sobre o tema. Percebi um grande conhecimento e experiência do grupo e suas críticas às instituições. Aprendi que as “pessoas em situação de rua” sofrem diariamente o peso do esquecimento das instituições e das políticas públicas, a falta de apoio, a falta de condições básicas para a saúde, emprego, moradia, assistência social. São pessoas que sofrem constantes violências, tendo suas expectativas e frustrações. Pesquisar junto a eles não seria uma tarefa fácil, e percebi que minha entrada em campo só seria possível com o meu comprometimento a ser demonstrado no dia a dia.

Três meses após a primeira consegui remarcar nova reunião para apresentação do projeto de pesquisa. Nesse período, continuei acompanhando o grupo em reuniões, eventos e atividades, conhecendo a vida das pessoas em situação de rua. Aproximei-me de forma individual ou junto aos coletivos, onde fiquei sabendo de uma reunião em que se discutiriam as propostas do MNPR para o ano de 2016. Entendi que essa seria uma nova oportunidade para expor novamente a pesquisa.

Participaram da reunião: “Moradores de rua”, representantes com maior experiência na atuação junto ao MNPR, apoiadores de serviços de saúde, uma professora universitária e estudantes.

Uma das pautas discutidas foi a atuação do movimento em municípios da região metropolitana, e a necessidade de articulação com outros serviços que trabalham com “pessoas em situação de rua”, conhecendo suas realidades. Em seguida foram pautados três projetos. O primeiro sobre Saúde Coletiva e populações de rua; o segundo sobre Redução de Danos, em que se sugeria uma parceria com moradores de rua para realizar capacitações de profissionais da saúde, diminuindo distanciamentos entre usuários e cuidadores. Após, apresentei o meu projeto, reforçando que o objetivo era a vivência do cuidado às “pessoas em situação de rua”, buscando conhecer as realidades e estar junto a esses sujeitos.

Um dos “moradores de rua” presente disse que já havia falado em reuniões anteriores que considerava a linguagem dos apoiadores do movimento (profissionais, estudantes, professores) muito complicada, pois ele tinha apenas ensino fundamental, e para ele era como

se eu estivesse “falando grego”. E me questionou: “... Tem que falar mais claro comigo. O que é estudante de doutorado?” (R3)

Agradei por ter trazido sua dúvida e disse-lhe que era importante me chamarem a atenção sobre minha forma de “falar grego”. Esclareci o que era uma estudante de doutorado, que se tratava de uma etapa de formação/ ensino para poder realizar pesquisa. Para ficar mais claro como seria esse processo de pesquisa, perguntei se ele conhecia alguém que usasse drogas, ou se ele já havia usado, pois a minha ideia era conhecer essas realidades, modos de vida, como foram tratados na saúde, o que eles esperavam do cuidado.

Um dos participantes da reunião perguntou: “Tu entendeu, cara? Não entendeu nada...”, concluiu.

E o outro retrucou:

[...] Claro que eu entendi, cara! Agora ela falou certo. Tu tá me dizendo que tem várias formas de usar drogas, de viver usando drogas, bem como, motivos que levam a pessoa pra rua, pode ser ter usado drogas. Tu me pergunta se conheço alguém, conheço vários, eu por exemplo, mas te digo que não fui pra rua por que uso drogas, pelo contrário, fui pra rua primeiro e lá comecei a usar drogas. Se tu me perguntar o por quê? Não sei te dizer ao certo, tenho uma família, sou músico, tu já não me viu tocar? Em algum momento eu surtei e, sinceramente, me sinto mais tranquilo te falando isso aqui do que falar para um psicóloga em um serviço por aí. Entendo bem, prefiro até dizer para ti as coisas, acho que é legal tua pesquisa... (R3).

Nessa reunião fui questionada novamente por uma das apoiadoras do MNPR que me perguntou sobre o retorno da pesquisa aos “moradores de rua”. Respondi que a minha pesquisa poderia ser importante para a discussão das drogas, mas ainda não saberia afirmar o que ela poderia provocar, mas assumiria meu comprometimento com eles no que pudesse ajudar e contribuir para com o MNPR.

Também fui questionada sobre como agiria para ajudar uma “pessoa em situação de rua” que se considerasse um usuário de drogas com “problemas”. Informei que a pesquisa, por ter cunho etnográfico, envolvia a participação do pesquisador. E na condição de enfermeira eu tinha a responsabilidade ética de avaliar e intervir se fosse necessário e desejo do usuário. Também poderia acionar a rede social e institucional (saúde, amigos, assistência, MNPR, entre outros).

Um dos militantes questiona: “Enfim, Aline, o que tu esperas da gente? O que tu quer que a gente te ajude”. Esclareci que para obter a aprovação da universidade necessitava, primeiro, de uma declaração de aceitação/apoio para realizar a pesquisa.

O mediador da reunião falou sobre a importância do projeto:

[...] É inovador, poucos estudos trabalham o contexto da rua, normalmente o foco é a droga e os efeitos e a proposta vem ao encontro do que a gente acredita: o contexto é importante, o problema não é a droga em si. E que vindo de uma profissional da saúde é inovador, é um apoio importante para a população de rua (RI).

E ele perguntou se todos concordavam e se julgavam que deviam apostar no projeto. Todos os presentes aprovaram.

O apoio concedido para a realização da pesquisa me deixou confiante de que a proposta ia ao encontro do interesse e das necessidades daqueles sujeitos. Ao mesmo tempo, sentia-me desafiada. Na saída, um dos militantes, participantes da reunião, me disse: “Isso, Aline, tu não pode nos abandonar”. E outro acrescentou: “Agora não, valeu a pena esperar”.

Esses foram os caminhos percorridos de interações, enfrentamentos e negociações que permitiram o apoio para a entrada “formal” em trabalho de campo da pesquisa. Sentia-me comprometida, pois as pessoas seriam muito mais do que “interlocutores” de pesquisa, “simples massa de manobra” ou “ratos de laboratório” (figura usada por um dos participantes sobre a visão de outros pesquisadores que passaram pelo movimento). Eu estava ali de corpo e alma, não era somente a “Aline, Enfermeira e Pesquisadora”, eu deveria romper com a formalidade em muitos momentos, sendo necessário acolher, expressar sentimentos e, principalmente, estar junto a eles. Isso me tornaria, além de pesquisadora, uma apoiadora do MNPR⁸.

2.1.4 Considerações Éticas

O projeto foi registrado na COMPESC ENF e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), sendo aprovado sob o Parecer n. 1.802.718.

Aos participantes da pesquisa foi garantido o anonimato, respeitando-se os preceitos ético-legais em pesquisas realizadas com seres humanos, de acordo com Resolução n. 466, de

⁸ O Anexo I registra a carta de apoio do grupo para a realização da pesquisa.

12 de dezembro de 2012, que rege o direito de participação voluntária e desistência em qualquer momento da coleta de dados (BRASIL, 2012).

A pesquisa é embasada também na Resolução n. 510, de 07 de abril de 2016, das Ciências Humanas e Sociais que prevê especificidades em suas concepções e práticas de pesquisa.

Assim, os interlocutores que aceitaram participar da pesquisa, após apresentação dos objetivos, justificativa, riscos, benefícios e instrumentos utilizados, deram seu consentimento oral de participação voluntária (TCLE), não necessitando de assinatura de termo de consentimento, respeitando-se as peculiaridades específicas desse grupo de estudo ligado à criminalidade, ao estigma e à violência social.

Nesse contexto, o recurso audiovisual e de imagens não foi utilizado de forma individual, não houve identificação de interlocutores e os entrevistados receberam nomes fictícios. O processo de entrada em campo foi facilitado pelo apoio do Movimento da População de Rua que pôde sugerir participantes para a pesquisa.

No trabalho de campo realizei acompanhamento nos serviços de saúde, conversas terapêuticas em situações de risco e sofrimento de alguns interlocutores, respeitando o encontro etnográfico e compromisso ético e social com o grupo.

2.1.5 Apresentando os Interlocutores-privilegiados

Ao longo do trabalho de campo tive diferentes “interlocutores”, oriundos dos espaços do MNPR, eventos, conferências e reuniões das quais participei. Esses interlocutores que colaboraram na análise macrossocial são identificados ao longo do texto por R1, R2, R3... A1, A2, A3: a letra R (representantes/militantes do coletivo da rua) e A (apoiadores do coletivo da rua).

Dentre esses participantes considero **interlocutores-privilegiados** aqueles com quem realizei o acompanhamento etnográfico. Essa relação teve modos diferentes para cada pessoa, relacionado com suas histórias de vida. Essas diferenças no acompanhamento etnográfico ocorreram devido ao afastamento do interlocutor-privilegiado, seja do MNPR, dos lugares da rua que ele frequentava, necessidade de internações, viajar para outra cidade ou proteger-se de situações de risco.

Para o encontro e convite aos participantes foram considerados critérios de inclusão: (1) Estar ou ter morado/vivência na rua por pelo menos um ano; (2) Estar ou ter utilizado drogas (álcool e outras drogas) por pelo menos um ano; (3) Ser maior de idade (18 anos).

A seguir, apresento os interlocutores-privilegiados.

JOSÉ

José tem 38 anos, mora na rua há 13 ou 15 anos. Seu porte físico é de um homem de estatura média, negro. Ele é muito comunicativo, autêntico e divertido: “Já fui músico, gosto de cozinhar e gosto de estar perto das pessoas. Fazer churrasco e tocar e cantar, só ter um violão ou qualquer outro instrumento eu também toco”.

Conheci José através do MNPR. Ele frequentava as reuniões, sempre conversávamos muito e brincávamos com piadas e histórias engraçadas. Em uma das reuniões na qual apresentei a pesquisa, ele expos seu “problema” com drogas, e disse que seria bom participar do acompanhamento da pesquisa:

Quando vou a algum atendimento não gosto que eles me perguntem as coisas, não me sinto à vontade, não conheço eles, e também acho que eles não querem me conhecer. Prefiro falar pra ti as coisas, acho que participar dessa pesquisa é mais que a participação, para mim acho que vou ser ouvido porque me sinto à vontade contigo.

Tivemos vários encontros em grupo e discutíamos os temas viver na rua e suas relações pessoais e sociais. José tinha muitos amigos, conhecidos, agregados e participava de muitas atividades relacionadas ao MNPR. Notei que ele era inquieto, não gostava de ficar muito tempo falando somente sobre si, preferia estar em grupo, tinha urgência de participar de muitas atividades ao mesmo tempo.

Foi numa dessas atividades, após um comitê de trabalho intersetorial da População de Rua ⁹ (comitê POPRUA), em que José participava como representante, que nos encontramos pela primeira vez individualmente e ele me contou um pouco de sua história:

Já Fiz de tudo, trafiquei, roubei, destruí patrimônio público do governo, desacato, roubo de carro, um monte de coisa. Tu automaticamente vê aquele dinheiro fácil. Ai

⁹ Decreto nº 17.111, de 20 de junho de 2011 que institui o Comitê POP RUA. A partir do Decreto Federal nº 7053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências: a Política Nacional para a População em Situação de Rua deve instituir comitê gestor intersetorial, integrado por representantes das áreas relacionadas ao atendimento da população em situação de rua, com a participação de fóruns, movimentos e entidades representativas desse segmento da população (BRASIL, 2011a).

tu pega aquele dinheiro e toca pra cima. O que veio fácil vai fácil: festinha, drogas, aquela coisa toda. As pessoas te arrastam para um lado, te arrastam para outro. Para o lado bom ninguém quer te arrastar. Eles te arrastam pra ganhar algo em cima de ti. Eu era bobo, novo, não conhecia, achava que tudo era festa e entrei...

Em relação as drogas foram como o crime, já fiz muita coisa: Já cheirei, já fumei pedra, maconha, muito álcool. Usava frequentemente, todos os dias, toda hora. Andando sempre “noiado”, pra esquecer. Tanto que quando eu sai de casa eu não usava drogas, sai porque eu tinha orgulho, discutia, brigava. Como eu já era praticamente dono do meu nariz eu tomei meu rumo, continuo agora ainda.

Acredito que minha relação com a droga e o crime começaram no momento em que rompi com a família. Meu pai até hoje eu gosto e pouco o vejo. Minha mãe é mais difícil ainda, meus irmãos também, eles não entendem o meu caminho. Eu era um músico e tocava na noite, tinha um pouco de droga, mas não era nada parecido. Vivo na rua por que é a minha independência de alguma forma. Do emprego que meu pai queria pra mim, das coisas que ele achava.

Nesse encontro, José falou mais sobre si, suas dificuldades e seu envolvimento com drogas e crime. A conversa foi espontânea, expondo naturalmente suas ideias: Ele expunha que não achava legal seu envolvimento com o crime, mas trazia enquanto uma vivência significativa de sua vida.

Combinamos que eu o encontraria após eventos e atividades em que ele estivesse presente, e, após, poderíamos conversar individualmente como nesse dia. Ele me pediu ajuda para telefonar para um amigo e fomos caminhando pela cidade, tentando realizar a ligação telefônica pelo meu celular. Ao conseguirmos a ligação, cada um seguiu seu caminho, ficando combinado o acompanhamento da pesquisa conforme as particularidades dele: “Não tenho celular e não consigo marcar contigo dias certos, estou sempre aí pela rua em grupo, então, é melhor assim, quando nos encontramos falamos sobre as coisas da pesquisa...”

JOÃO

João tem 42 anos, reside em um abrigo para “moradores de rua” que possuem problemas de saúde, e sua experiência de rua é de 20 anos. É um homem alto, negro e magro, bastante comunicativo, considerado um líder pelos representantes da rua, alguém que fala muito bem e que sempre é chamado para representar o coletivo em eventos.

Nos encontros do MNPR, João falava sobre seu interesse em participar da pesquisa, pois há alguns anos tinha “problemas” com a utilização de drogas e sucessivas internações. Assim, certo dia, por telefone, marcamos o primeiro encontro individual. Cheguei ao abrigo

às 16h, conforme o combinado, e solicitei ao porteiro que chamasse João que veio ao meu encontro sonolento. Ele me explicou que estava tomando remédios para ansiedade.

Sáímos pela rua em direção a uma praça, onde nos sentamos e ele começou a falar. Disse-me que estava sendo “perseguido por um morador de rua que vez que outra está pelos arredores”. Refere que esse “morador de rua” é uma pessoa agressiva que já apresentou problemas de agressão com profissionais e amigos, sendo um dos motivos que demorou para me receber naquela tarde. Perguntei-lhe como estavam os eventos e como ele tinha passado a semana.

Sim, tenho bastante coisa para fazer, foi muito legal o encontro que tivemos no campus da universidade, o movimento da rua tem me proporcionado esse tipo de evento. Faço bastante coisa, mas já fiz bem mais, já trabalhei como facilitador social um ano, ajudava os profissionais de saúde a fazer abordagens de rua. Já morei muito tempo na rua também, agora estou mais calmo, quero sair da rua, mas já gostei muito de morar na rua.

Peço a ele para me contar algo sobre a história dele, que gostaria de conhecê-lo melhor.

Tenho uma relação com as drogas que considero ruim, várias internações no CAPS, às vezes estou bem, me organizo, depois começo a usar e me perco. Eu poderia estar bem de vida agora, já trabalhei bem, já construí uma casa, tinha uma companheira, não sei se sabes, mas eu tenho filhos e netos. A casa deixei com a companheira para que ela criasse minha filha. Foi complicada essa relação, morava com ela, mas por motivos de fofoca e também das drogas a gente acabou se separando. Na realidade eu sempre gostei de morar na rua, sei lá dá uma sensação de liberdade, na rua você não tem regra, não tem que cumprir o que todo mundo cumpre, faz seus horários, não tem que pensar que você tem um monte de responsabilidades.

Uso crack, álcool também, mas o crack é que é o problema, agora não tenho usado, quando começo o álcool, depois quando vejo já estou no crack, então tenho evitado. Quero sair da rua, não tenho mais a mesma saúde de antes e nem o mesmo desejo. Acho que eu poderia estar melhor de vida se não fosse as drogas e a vontade de estar na rua. Poderia ter uma casa, poderia ter um trabalho. Às vezes eu penso em ir embora daqui, para ver se a minha vida melhora, se consigo parar com as drogas, mas aí eu penso que nem sempre morei aqui, sabes que já morei aqui por perto? Aí eu penso que não foi solução e ainda ter que começar tudo de novo, fazer vínculos e amigos, então vejo que não é solução. Tenho falado com minha filha, ela não me conhece, vamos nos conhecer. Estou me organizando para ir vê-la na minha antiga cidade onde a mãe dela está...

Já tive emprego bom, como também, já morei na rua muitos anos, já tive outra companheira além desta que está com a minha filha, já morou comigo na rua... Tenho outro filho também e tenho netos que não conheço.

As pessoas vão passando pela praça, entre as quais alguns “moradores de rua”. O primeiro que passa nos cumprimenta e senta um pouco, conversa conosco. O segundo que

passa mora na praça, está um pouco agitado e percebe-se que usou álcool, conversa com João e sai, abrindo um contêiner de lixo. Nesse momento, João me olha e diz:

Este também gosta de morar na rua. A rua é isto que tu estás vendo, este monte de informação, também a gente conhece as pessoas e faz amigos, todo mundo é mais livre na rua, não tem uma regra.

Está entardecendo, e comento com João que precisamos continuar nossa conversa em outro dia, que irei viajar, mas ao retornar ligarei para ele, falo sobre minha família e minha ida para encontrá-la. Ele sorri e me diz para aproveitar, e que ele quer ver a filha dele e conhecer os netos, e que pretende, em breve, também fazer uma viagem.

Digo a ele que fico disponível para que me ligue para o que precisar e que poderemos combinar de andar pelos lugares por onde ele tem ido, as coisas que tem feito.

Tenho ido no CAPS, tem encontros lá, podemos ver de ir também. Acho que seria importante para ti ver como tem sido isso e também ver as pessoas que conheço lá, o meu tratamento.

Preciso voltar para o abrigo, pois estou com muito sono, tenho ido dormir muito cedo com estes remédios, o que é bom, pois assim não me dá desejo de sair pra rua, de usar drogas...

JORGE

Jorge tem 48 anos, atualmente reside na rua e possui uma vivência de rua de 10 anos. É um homem magro, branco. É introspectivo e quando emite uma opinião costuma provocar silêncio no ambiente, pois as pessoas param e prestam a atenção. É uma pessoa séria e, ao mesmo tempo, aberta à comunicação.

Há algum tempo havia notado sua presença forte no grupo. No entanto ficava com receio de perguntar-lhe se usava drogas, a fim de convidá-lo para a pesquisa, pois ele me passava uma imagem de seriedade. Isso me fez refletir, que também mantenho imaginários sociais equivocados de “usuários de drogas”, me questionando: por que estava com medo de falar sobre o tema com uma pessoa séria como o Jorge?

No final da reunião, em um dia de muitos debates e discussões das quais ele participou ativamente, disse-lhe que gostaria de conversar, que não iria me alongar, apenas gostaria de fazer algumas perguntas. Ele prontamente concordou e saímos conversando pelo quintal da EMEF.

Falei sobre meu trabalho de pesquisa e que gostaria de saber se ele utilizava ou já havia utilizado drogas, dizendo-lhe que me sentia um pouco “estranha” fazendo essa pergunta.

Ele gentilmente não demonstrou estranheza com meus sentimentos e respondeu positivamente.

Sabes que sou do jornal Boca de Rua também? Para mim não vejo problemas em participar da pesquisa, acho que ajudar é importante, sei um pouco dessas coisas por que participo do jornal e a gente conhece e entrevista pessoas...

Já usei muita droga e ainda uso, no momento uso mais o álcool. Há muitas coisas que eu posso falar sobre isso, acho que isso também pode me ajudar... Às vezes penso que eu deveria voltar a um tratamento, no CAPS, talvez, pois no momento estou sem nenhum tratamento. Tem dias que levo numa boa e em outros não, talvez com um tratamento?

[..] Já tive uma família, e hoje em dia moro nas ruas. Já trabalhei também. Sempre usei drogas e isso me levou à conclusão de que atrapalhava minha família...

[...] Na rua já morei em albergues, em muitas aldeias. As aldeias para mim são os melhores lugares para se viver, pois tem o coletivo que te ajuda na vida nas ruas. As aldeias tem uso de drogas e é preciso se organizar para não ficar só usando...

Muitas vezes eu perdi o albergue aí tinha que ficar na rua. Às vezes eu tinha terminado meus 15 dias lá, daí tinha que esperar 15 dias mais pra retornar, então ficava nas ruas...bebia, ficava alcoolizado então deixavam eu entrar no albergue...Daí diziam pra mim que se eu viesse são eu podia entrar. A gente ficava encabulado, envergonhado e não ia, ficava na rua. Com certo tempo fiz amizade na rua e acabei morando na rua. Hoje na realidade, faz uns três anos que não vou no albergue...

[...] Já fiz alguns tratamentos como roda de conversa, cruz vermelha, CAPS. O que mais me ajudou foram as rodas de conversa. Acho que falar sobre o que acontece me ajuda muito, estar aqui no Jornal, nas reuniões do MNPR também me ajuda, preciso me organizar para me manter sem o uso de drogas. Atualmente não faço um tratamento, apenas tento me organizar e diminuir o uso...

Nesse dia ele me pareceu bastante tranquilo em me relatar sobre seu uso de drogas e as questões da vida pessoal. Procurei ouvi-lo mais, não fiz muitas perguntas. Combinamos de realizar o acompanhamento etnográfico no mesmo local, a Escola Especializada em pessoas em situação de rua.

RONALDO

Ronaldo tem 39 anos e uma vivência de mais ou menos 10 anos na rua. Atualmente, é universitário e mora em uma casa alugada com outros ex-“moradores de rua”. Fisicamente, é um homem com estatura mediana, negro, com os cabelos compridos. É muito comunicativo, inteligente, com perfil de liderança, foi um dos primeiros a fundar o coletivo das pessoas em situação de rua.

Também foi uma das primeiras pessoas que conheci e me ajudou na inserção no campo de pesquisa. Ele é um defensor da Redução de Danos enquanto modelo de cuidado e, à época, realizava oficinas na escola, para as quais me convidou. Ele sempre relatava sua vivência de rua e de drogas nas oficinas.

Frequentávamos eventos e atividades em comum que tinham como tema drogas e “pessoas em situação de rua”. Conversávamos muito, inclusive teoricamente sobre o tema. Ronaldo tem um perfil acadêmico, e no meu imaginário era um profissional, o que dificultava vê-lo, no primeiro momento, como um interlocutor-privilegiado.

Em um evento sobre drogas, na Universidade, nos encontramos e sentamos lado a lado. Ele me contava sobre seus rituais de uso de drogas e sobre o uso que fazia. Essa proximidade me permitiu dar-me conta de que Ronaldo seria um importante interlocutor-privilegiado, e, assim, convidei-o para a pesquisa.

[...] Acho que a tua pesquisa vem a nos ajudar, principalmente que tem fundamento pro povo da rua, a gente pode pensar todos esses temas que permeiam a droga, mas que não são só a droga em si. Digo, até pensar Redução de Danos e cuidado de acordo com uma realidade que não é só a droga...

[...] Comecei a usar drogas bem novo, na casa da minha família. Eu lembro que comecei a fumar maconha com meu primo, 12/13 anos. Naquela época, para vender a gente batia no liquidificador para render, colocava orégano junto pra aumentar e coloca num papel de revista, eram os papelotes. Eu me lembro que meu primo só vendia maconha, mas usava cocaína. Um dia eu vi ele com umas seringas, eu tinha uns 14 anos. Um dia vi ele muito louco, agitado, ele tinha usado 10 gramas, é muito pra uma pessoa só. Vi ele preparando disse que queria experimentar... Foi quando eu comecei a usar mais droga...

[...] Vendia droga, tinha uma estratégia, não sou burro, eu vendia sanduíche na escola e vendia maconha também. Fui pro ensino médio, olha que ladaia, era tudo de tarde, eu continuei com o mesmo empreendimento, só que eu não conhecia o território. Não é que nem hoje, se eu fizesse isso agora, ia estar com a boca cheia de formiga. Agora tem disputa territorial, tem que vender a droga dos caras dali. Nessa época ainda era de boas. Fui estudar, pra fazer química, único negro na sala de aula, daí me juntava com os caras da praça que não tinham nem o primeiro grau. Ia para a aula e depois ia com eles, sempre com beck, daí os caras perguntavam de onde vinha, me davam dinheiro para trazer...

[...] Eu trabalhei, tive casa e tive esposa. Muito uso de drogas, medicação pra me manter acordado no trabalho... Do trabalho, da casa, fui pra rua, foi muito rápido. Lembro que antes de eu morar na Farrapos, eu morei na cidade baixa, até porque tinha o albergue, a casa de convivência, tinha uma assistência estruturada, foi antes da campanha ‘Crack nem pensar’ que estigmatizou muito o pessoal da rua...

[...] Só andava com traficante, puta, cafetão, cara que roubava. Esse mundo, por incrível que pareça, tem a ostentação lá em cima. Os caras não admitem que tu gaste o dinheiro só com droga e não com um relógio. Pode usar bastante droga, mas primeira usa um correntão, um relógio. É um clã que tu tem que ter bastante grana, e eu gostava. Comecei a fazer uns assaltos, arrumei uma parceria com uma motinho, aí assaltava posto de gasolina, farmácia, loja de conveniência...

[...] Eu roubava os bagulhos e saía caminhando normal. Eu entrei na farmácia para roubar. Eu colocava as pessoas dentro do banheiro, tirava os celulares e roubava, saía caminhando depois. Loucura. Nessa história, um dia eu fui pego e preso...

[...] Sempre teve o uso de drogas, mas posso dizer que não foi linear. Cada momento da minha vida esse uso foi diferente. Alguns momentos que estava mais depressivo e tinha perdido coisas e pessoas eu aumentava o uso, às vezes, eu diminuía...

Ronaldo é universitário, mas pouco me relata sobre essa experiência, e tem uma justificativa:

[...]Tô aqui na universidade, mas tenho uma magoa muito grande aqui. não é um local preparado, tem um pensamento errado...no meu curso, o discurso na recepção dos bixos... foi estimulando a competição dos colegas, onde quem ficar para trás é um perdedor...

[...] Aqui na academia é pouco valorizado a vivência das pessoas. Seu tu não é o fulano de tal... As referências da academia são muito latente, tu não pensa? Todo trabalho tu tem que citar... Quero falar as coisas que eu penso, mas aí vem aquela pergunta, que referências tu usou? Eu não usei referências, quero pensar, é um lugar pra não pensar. Tento ir no meu ritmo, do jeito que dá, mas não acho que aqui seja um lugar preparado pra quem é diferente...

Em nossos primeiros encontros e entrevistas Ronaldo fez relatos espontâneos, acredito que motivado por nosso forte vínculo e confiança. Apresentou sua história de vida marcada pelo uso de drogas, criminalidade, sofrimentos e trajetórias pessoais de mudanças.

Marcamos um acompanhamento etnográfico semanal, em que nossos encontros seriam na universidade, antes de assistir suas aulas.

2.2 Etnografando: gerando e interpretando as narrativas de cuidado de “usuários de drogas” na rua e suas Territorialidades

2.2.1 “ O Estar lá”: locais, territórios e redes que compõem o campo

Segundo Santos (2008), a rede urbana brasileira é dispersa, com pouca ligação entre os principais centros regionais, e marcada por um contraste de diferentes regiões do país (culturas, economias, modos de vida). De um lado, redes com estruturas de pequeno porte, e, de outro, redes mais densas, como as metrópoles estruturadas. Há também as chamadas cidades médias que estão próximas às áreas metropolitanas, mas possuem características próprias (territorialidades, relações sociais e econômicas).

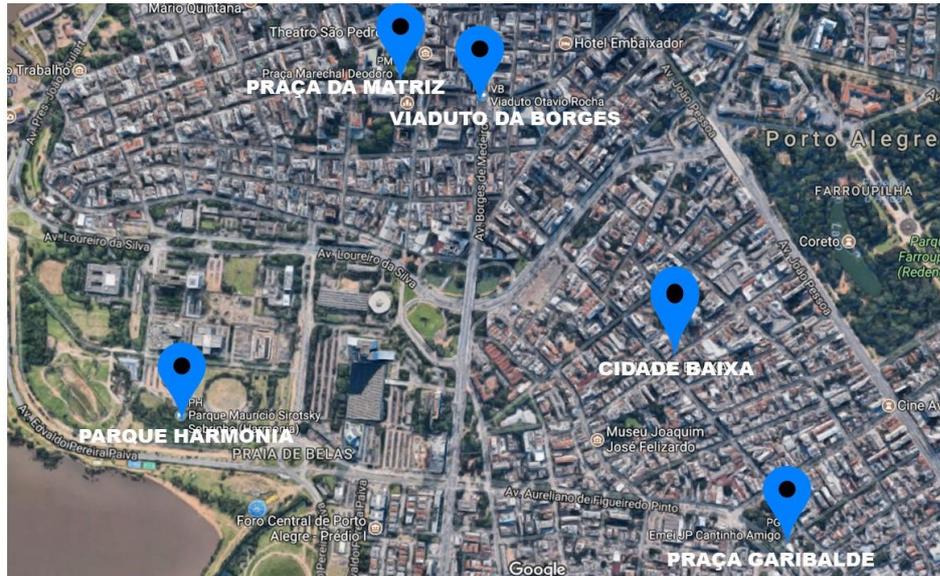
O local onde realizei a tese de doutorado é Porto Alegre (POA), no estado do Rio Grande do Sul, no Brasil. Trata-se de uma cidade com uma população média estimada em

1.481.019 habitantes, e a área da unidade territorial é de 496. 682 km². É uma cidade de grande porte, com cidades médias próximas (região metropolitana) (IBGE, 2016).

As redes (locais, territórios, lugares) em que realizei as observações de campo e acompanhamento dos “interlocutores”, ou seja, territórios que fizeram parte em algum momento da pesquisa, e diários de campo, foram: o espaço da rua (caminhando pelas ruas de POA, principalmente no centro e no bairro cidade baixa), praças, aldeias, viaduto da av. Borges de Medeiros, serviços da assistência social (abrigo Marlene e Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), serviço de saúde (CAPS AD), Educação (Escola especializada em pessoas em situação de rua (EMEF), e universidade (UFRGS). Participei desses espaços através de atividades, eventos, reuniões, entrevistas e discussão de políticas públicas.

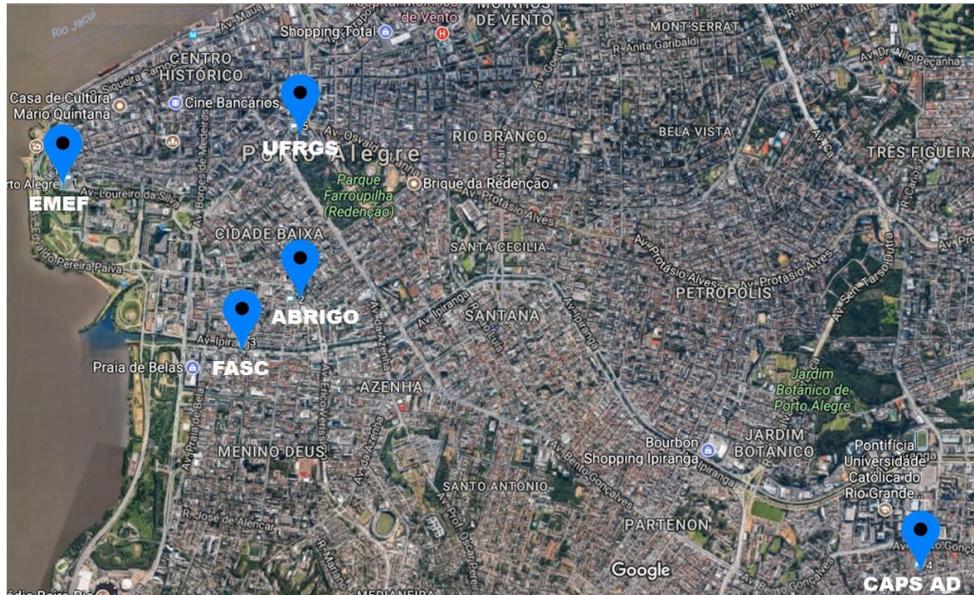
A seguir, apresento mapas com a identificação dos lugares da cidade e territórios percorridos.

Figura 1 - Espaços sociais de observação de campo e acompanhamento etnográfico



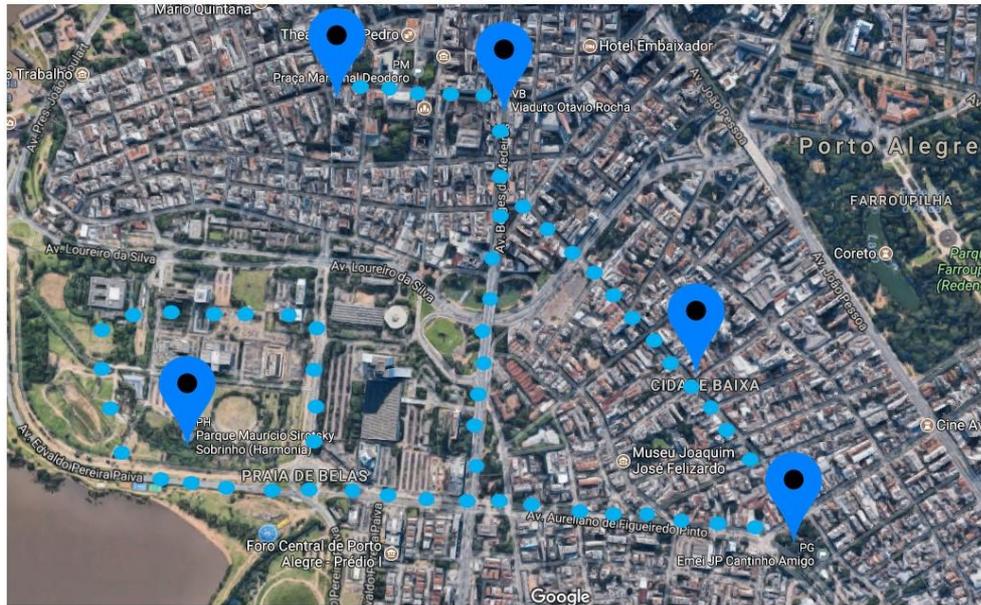
Fonte: Imagens Google maps. Adaptado por Silva, Aline Basso da, 2018.

Figura 2 - Espaços institucionais de observação de campo e acompanhamento etnográfico



Fonte: Imagens Google maps. Adaptado por Silva, Aline Basso da, 2018.

Figura 3 - Alguns percursos realizados com interlocutores



Fonte: Imagens Google maps. Adaptado por Silva, Aline Basso da, 2018.

Meu trabalho foi itinerante, no sentido de “estar onde as pessoas estão”, conhecer os lugares em que habitam e caminham, os serviços e redes que consideram importantes em seus cotidianos, tendo abertura para conhecer e vivenciar os diferentes territórios e as suas relações.

2.2.2 “O Estar aqui”: das Narrativas individuais à Descrição Etnográfica

A Antropologia é o alargamento do universo do discurso humano. O pesquisador não tem o intuito de tornar-se um nativo, mas, a partir da conversa e do estudo de campo, compreender o contexto e as relações nele estabelecidas. Os textos antropológicos são interpretações legítimas, considerando-as de segunda e terceira mão. A interpretação de primeira mão só é realizada através de nativos, que vivenciam, de fato, sua cultura. Dessa forma, a escrita etnográfica é uma ficção no sentido de que é algo retratado e confeccionado por um pesquisador através de sua vivência e interpretação dos fatos (GEERTZ, 2008). Esse autor revela uma ideia semiótica da cultura, em que o termo que a revela é a interpretação. O humano é percebido em seu simbolismo, ou seja, o sujeito tece sua teia de significados a

partir de suas vivências do mundo. A realidade, então, pode ser compreendida como uma construção.

É na Antropologia Interpretativa que obtenho subsídios teóricos para a construção das ferramentas e análise de dados. A Antropologia Interpretativa visa uma análise densa dos resultados, buscando significados. Praticar etnografia é estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear um campo, manter um diário. Mas não somente isso: não são apenas as técnicas que definem o processo da pesquisa, mas o esforço intelectual empreendido para praticar uma “descrição densa” (GEERTZ, 2008).

A descrição densa foi meu maior desafio, pois, inserir, principalmente, os registros de diário de campo, as observações e entrevistas eram elementos cruciais do meu contato com os grupos e pessoas.

Esses elementos são as suas características, seus afetos e desafetos, as facilidades, dificuldades na interação, conjuntamente com minhas emoções e minha preocupação em trabalhar essa realidade com sensibilidade: A realidade da rua não é tão cruel como é descrita pela mídia e pelo senso comum (estereótipos¹⁰); ela é mais uma realidade. E não posso romantizá-la, nem abordá-la somente de modo técnico ou simplesmente descritivo, pois esse mundo do “povo da rua” me tocou e me fez refletir sobre muitas questões que são trabalhadas nesta tese.

É nesse sentido que se revela a **alteridade**, do encontro entre pesquisador e “interlocutor”, a partir das narrativas e dos vínculos criados. Ao contar histórias são criados elos que ultrapassam qualquer dimensão estritamente pessoal ou subjetiva. Há, então, para a formação de algum repertório em comum, uma espécie de ligação entre o que narra e um outro com quem a narrativa é compartilhada. O gesto narrativo do compartilhamento demanda, imediatamente, algum tipo de interação com a alteridade: a comunicação indica também alguma participação do outro no ato narrativo (MARTINO, 2016).

¹⁰ O estereótipo é um dos redutores da complexidade social, permitindo uma compreensão mais rápida, porque é mais simples, do que está acontecendo, de uma situação ou de uma pessoa. A alteridade, nesse caso, é entendida apenas como uma caricatura, isso é, exagero de alguns traços que podem ser os negativos e o apagamento de outros. Há, no estereótipo, uma apreensão unilateral do outro, que é exatamente o contrário do que se propõe: a possibilidade de entender o outro em sua complexidade a partir de uma alteridade dialógica e sensível (LIPMANN, 1976).

O ato narrativo é parte da estética da comunicação e parte da relação com a alteridade que coloca seu foco na produtividade sensível desse contato, ou seja, a apreensão do outro é um fato não somente cognitivo, é também um desafio à sensibilidade. Para entender o outro é necessário ter capacidade cognitiva e abertura para experienciar, vivenciar esse encontro, entendendo as realidades e diferenças dessas pessoas (MARTINO, 2016).

Assim, a alteridade dialógica em que se constitui o processo. É dialógica, pois não pretende apenas revelar aspectos desse contato em um sentido unilateral, e, sim, exercitar a sensibilidade, o afeto, o encontro e a apreensão da complexidade desse universo.

No contato com meus “interlocutores” utilizei algumas ferramentas que também me permitiram a geração de dados, entre as quais a **observação participante** e a **entrevista semiestruturada** (ANGROSINO, 2009; VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). E para registro de campo utilizei o **diário de campo**. As histórias do grupo contidas na tese são derivadas de anotações em diário de campo.

A observação participante ocorreu em todos os encontros com os interlocutores da pesquisa, sendo realizada nos dois anos de trabalho de campo, sendo um importante instrumento que norteou a minha entrada e a observação das interações no grupo, a criação de vínculo e a negociação (ANGROSINO, 2009; VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

O trabalho de campo foi orientado pelo modelo sociocultural, sendo composto pela observação das estruturas macrossociais, através do coletivo das “pessoas em situação de rua” (MNPR), e as estruturas microssociais, por meio das histórias e trajetórias individuais dos interlocutores. Assim, busquei identificar o significado da vivência do uso de drogas na rua e suas relações com o cuidado em saúde.

O processo etnográfico que visou o reconhecimento das estruturas microssociais denomino-o de **acompanhamento etnográfico**, o qual revela a relação e vínculo entre pesquisador e interlocutor, modificando os instrumentos conforme as particularidades dos interlocutores. Essa forma de contato com os participantes mostrou-se importante, pois as pessoas em “situação de rua” têm modos de vida diferenciados, vivendo de forma itinerante e transitória na rua. Isso exige tempos diferentes para cada uma delas, de acordo com a disponibilidade e as situações específicas.

Esclareço que, no acompanhamento etnográfico, o interlocutor é o sujeito que teve uma relação dialógica com o pesquisador, problematizando, compondo e construindo

caminhos para o desenvolvimento desta tese. Segundo De Oliveira (1996), no ato de ouvir um “informante” o pesquisador exerce um “poder” sobre ele, colocando-se também como o mais neutro possível, considerando o nativo como alguém que vai apenas relatar dados e informações. Esse poder e a relação pesquisador/informante baseados apenas em perguntas feitas, visando respostas pontuais, revela um empobrecimento dessa interação, não dando condições para um diálogo efetivo. No entanto a relação dialógica pode ser construída se os participantes forem considerados “interlocutores”, criando horizontes semânticos em confronto, o que esse autor conceitua enquanto **encontro etnográfico**. Isto é, uma verdadeira interação, em que os atores criam um espaço partilhado, havendo “fusão de horizontes”, ou seja, o pesquisador e o nativo buscam a habilidade de ouvir e serem ouvidos, realizando um encontro entre “iguais”.

Assim, as observações das estruturas macrossociais ajudaram na compreensão do universo complexo da droga na rua, e também a estruturar formas de melhorar o acompanhamento etnográfico individual. Ou seja, antes da realização das entrevistas com o interlocutor eram reservados dias para que nos conhecêssemos e realizássemos atividades juntos: tomar um café, conversar, ir a algum evento.

As entrevistas continham um roteiro preestabelecido (Apêndice I) para nortear temas que eu desejava aprofundar com os interlocutores, e eram adequadas as subjetividades de cada um. Por exemplo, em entrevistas realizadas em ambientes diferentes (instituições, bares, a rua) era disparada a questão norteadora “Conte-me sobre sua história de vida”, e a partir da narrativa eram inseridos questionamentos que aprofundassem o objeto de pesquisa. Todas as entrevistas individuais foram gravadas, e é importante pontuar que elas foram feitas após existir um vínculo entre pesquisador e interlocutor o que fez com que houvesse naturalidade na gravação e realização das perguntas e respostas.

O diário de campo foi uma ferramenta que alicerçou as observações de campo, dando visibilidade à dinâmica e aos territórios vividos. Essa técnica consiste em registrar detalhadamente cada visita de campo. O registro ocorre a partir das observações, das entrevistas ou qualquer outra técnica de pesquisa realizada. As informações contidas no diário de campo forneceram subsídios para analisar os dados de forma mais profunda. É importante que no diário sejam registradas cronologicamente as atividades realizadas pelo pesquisador em todos os dias de pesquisa de campo (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Os diários de campo foram construídos diariamente, após a saída dos espaços e das relações estabelecidas com os interlocutores. Pude perceber, no trabalho de campo, que o momento da

realização dos acompanhamentos, reuniões, diálogos em grupo era impossível realizar anotações, pois isso poderia dificultar a minha interação e vínculo com os interlocutores.

No processo de trabalho de campo também foi incluída a análise documental das matérias veiculadas nos jornais Boca de Rua para conhecer e aprofundar as estruturas macrossociais e temas que mobilizavam as populações de rua.

Para descrever as relações dos usuários de drogas com o território que habitam foram elaborados mapas do espaço geográfico que revelam os locais de percurso da pesquisadora. Também houve a construção conjunta de imagens com os interlocutores sobre suas relações sociais com a instituição, amigos, família, espaços sociais, entre outros.

É importante ressaltar que na etnografia é necessária a atitude questionadora do pesquisador. Ao longo desse processo, a utilização de técnicas e procedimentos pode ser refletida e readaptada, caso seja considerado necessário. Essas técnicas não seguem padrões rígidos e se desenvolvem a partir da realidade e dinâmica do contexto de pesquisa (MATTOS, 2001).

No trabalho de campo foi realizada a síntese da geração dos dados durante todo o processo de trabalho. Conforme Victora, Knauth e Hassen (2000), a sistematização inicial não é o relatório final da pesquisa. Trata-se, na realidade, da organização inicial dos dados brutos da pesquisa, indicando caminhos e temas principais para serem discutidos na análise e interpretação dos resultados.

Essa sistematização inicial e organização dos dados direcionou o trabalho de campo, indicando os caminhos construídos com os interlocutores, apontando temas, incorporando novas perguntas, observações e novos participantes. Como exemplo disso, tem-se a inclusão de entrevistas realizadas com dois apoiadores do MNPR para discutir um assunto específico: a Redução de Danos.

Outro recurso metodológico importante foi o diálogo constante com os interlocutores, no qual eu expunha as minhas reflexões e organização inicial dos dados e lhes solicitava a validação ou não para uma “fusão de horizontes”, ou seja, um encontro etnográfico.

A análise e interpretação dos resultados é o aprimoramento da sistematização a fim de construir o produto final, que é o relatório de pesquisa. É na análise que se discutem os temas com o intuito de responder aos objetivos da pesquisa (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

De Cardoso (1996), ao interpretar um texto Geertz, aborda duas fases/ etapas distintas do trabalho de campo: “o estando lá” que revela a vivência do estar em campo; e o “estando aqui”, que reflete o afastamento do campo, em que o pesquisador se debruça a escrever, refletir e aprofundar toda essa vivência, experimentando a descrição densa do relatório final/ Etnografia.

Assim aconteceu o “estando aqui”, em que apresento o relatório de pesquisa/ Etnografia final, organizado em temáticas que respondem aos objetivos desta pesquisa.

3 SITUANDO LUGARES/TERRITÓRIOS CONCEITUAIS E CONTEXTOS DA ETNOGRAFIA

Inicialmente, considero essencial situar o leitor em relação aos conceitos em que me apoiei para realizar esta tese. E por que decidi falar disso?

Considero necessário contextualizar, historicamente, as questões políticas e sociais que envolvem a droga na rua, e a partir de que cenário atual, brasileiro, estou incitando esse debate. Entendo essencial abordar essa temática enquanto uma experiência/ vivência prática do “usuário de drogas” na rua e a implicação em uma rede social, de saúde, econômica, política, entre outros, que revelam um campo também de cuidado, foco de estudo desta pesquisa.

Dessa forma, para dar início ao debate, escolho a campanha “*Zumbi Só Se For dos Palmares*” como uma experiência vivenciada no trabalho de campo. Refletir sobre essa campanha revela alguns desses contextos políticos, sociais, históricos e culturais da droga na rua que disparam e me inspiram a trabalhar a Etnografia.

Em julho de 2017, o Movimento Nacional das Pessoas em Situação de rua (MNPR) lançou a campanha “Zumbi Só se For dos Palmares”, no Rio Grande do Sul (RS). Essa campanha pretendia realizar uma sensibilização e reflexão social sobre as drogas, buscando diminuir os estigmas criados pela mídia e a sociedade que associam o “usuário de droga”, principalmente quando “morador de rua”, à imagem de um zumbi, em que a única solução possível passa a ser a internação compulsória de caráter higienista, e a repressão policial. Nesse sentido, participei de reuniões e encontros junto ao movimento e dialoguei com interlocutores para compreender melhor como essa campanha nasceu, seus motivos e necessidades.

Figura 4 - Campanha Zumbi só se for dos Palmares



Fonte: MNPR RS.

Inicio essa reflexão com a fala de uma apoiadora do MNPR que aborda essa campanha.

[...] Queremos enfatizar a importância do debate sobre as drogas na rua: estamos com uma diversidade de questões que percebemos quando o assunto é droga, primeiro que ela faz parte da vida nas ruas, que ela também tem gerado violência entre os moradores de rua entre si, como por exemplo, há casos de companheiros da rua que brigaram e que se feriram e estavam sob efeitos de drogas, também o caso do Marcelo que levou um tiro e morreu, sabemos que ele estava alcoolizado e que sem medo foi enfrentar as pessoas que o ameaçavam. Mas também sabemos que a sociedade estigmatiza as pessoas em situação de rua como se todos fossem zumbis, usuários de drogas, traficantes e criminosos. Essa imagem criada pela mídia e o imaginário social aumentam a violência e o preconceito, bem como, diminuem o problema da situação de rua como sendo só a droga. Outra questão são as internações compulsórias que têm sido trazidas como a única solução para os casos de uso de drogas, entendemos que a internação compulsória como uma estratégia de cuidado em situações de risco é importante, no entanto, nessas situações tem sido utilizadas como higienização e controle social sob pessoas que precisam de uma rede de cuidados e não apenas de uma intervenção pontual, vemos o caso do Doria na Cracolândia... (A2)

A apoiadora revela a preocupação do MNPR em desconstruir o imaginário social¹¹ negativo das “pessoas em situação de rua” que usam drogas, consideradas um Zumbi e um marginal. Essa visão reforça as políticas públicas repressoras de limpeza do espaço público.

É importante pontuar que em Porto Alegre (POA) no Rio Grande do Sul (RS) a prefeitura, nos meses finais de 2016 e iniciais de 2017, estava realizando ações de retirada das pessoas em situação de rua do centro da cidade, no denominado Viaduto da Borges, um dos territórios com maior concentração de pessoas e aldeias de moradia.

Em São Paulo (SP), nos meses iniciais de 2017, já havia acontecido a ação da prefeitura do governo João Doria, em uma operação com mais de 900 policiais, retirando, de forma violenta, usuários de drogas e traficantes da Cracolândia¹², um território de vida, uso de drogas e moradia de pessoas em situação de rua (POLÍCIA, 2017).

Essas ações geraram polêmica: de um lado políticos, profissionais da saúde, atores sociais em geral que consideravam as práticas de repressão corretas, por estarem “limpando” um território que devia ser usado para comércio e circulação de pessoas na economia, e também estavam acabando com o tráfico e os “bandidos” da região. Do outro lado, profissionais, movimentos sociais, políticos e atores sociais que, ao contrário, consideravam essas ações higienistas, moralistas e desumanas, pois o Estado não sabia para onde levar aquelas pessoas (abrigo, casas, construção de políticas públicas de moradia¹³) e de que forma incluí-las na sociedade, dar-lhes novas oportunidades e prestar-lhes cuidado.

Durante essas ações na Cracolândia era comum ver e ouvir reportagens na televisão que falavam sobre o “tratamento ao usuário de drogas”, mencionando a internação compulsória como solução necessária. Essas internações duravam quinze dias, em hospital

¹¹ O termo Imaginário social se refere a um conjunto de relações imagéticas que atuam como memória afetivo-social de uma cultura, um substrato ideológico mantido pela comunidade. É uma produção coletiva, pois é o depositário do que a família e os grupos recolhem de seus contatos com o cotidiano. São as percepções dos atores em relação a si mesmos e aos outros, ou seja, como eles se visualizam como partes de uma coletividade (MORAES, 1997).

¹² As "Cracolândias" são conhecidas popularmente por serem locais onde há cenas de uso de crack. Percebemos que distintas representações do espaço engendram práticas e usos na cidade que constituem uma vida cotidiana dirigida ao consumo, organizada e programada. Assim, observam-se inúmeros aparatos de segurança e vigilância que surgem para combater o medo e a violência que provocam no imaginário social (TAVARES, 2013).

¹³ Durante a pesquisa de campo foi mencionada a importância das políticas públicas de moradia. Para as “pessoas em situação de rua”, para retirá-las de seus locais de vida na rua, não poderia apenas dar-lhes uma casa ou abrigo para morar. Era necessária uma diversidade de ações como um acompanhamento da assistência social a adaptação a essa nova moradia, o acompanhamento de profissionais de saúde para o cuidado em saúde e drogas, e o investimento em cursos, geração de renda e oportunidades para trabalho com o intuito de apoiar o “morador de rua” a manter-se longe das ruas.

geral ou em comunidades terapêuticas, feitas mediante ação policial e judicial, contra a vontade desse usuário. Essa prática de repressão e controle era questionada pelos movimentos sociais, para os quais essa ação não resolvia o problema social das drogas, desigualdade e falta de perspectiva do morador de rua. Isto porque, após esse “tratamento”, as pessoas retornavam ao mesmo território social, revivendo os mesmos problemas de exclusão e abandono na rua. Além disso, nessas ações não se considerava a importância desse território na vida dessas pessoas. Pois ali, tratava-se de um espaço de moradia e redes sociais.

A repressão e a internação compulsória enquanto prática de limpeza do espaço urbano, como aconteceu em POA e SP, mostraram que essas ações não resolveram o “problema” da droga. Ao término das internações, os moradores desses locais retornaram aos mesmos territórios e à mesma relação com a droga, pois consideravam esses locais suas casas, onde viviam.

No intuito de entender a campanha Zumbi Só Se For dos Palmares, participei de diversos encontros e eventos do MNPR, no quais se discutiam esses temas. Nesses encontros, havia uma diversidade de pessoas que se posicionavam sobre o que ocorria no país, em relação à violência e ao preconceito ao “morador de rua”, principalmente ao “usuário de drogas”. Um dos militantes do movimento, buscou me explicar do que se tratava essa campanha:

[...] Vou trazer um pouco o contexto histórico da cidade. Posso falar mais sobre o usuário de crack, que pode ser dividido em 2 etapas: o crack chegou em 97 até 2007, tínhamos poucos usuários e começou a crescer, faziam uso mais escondido. Em 2007, foi lançada a campanha da RBS TV, chamada “Crack Nem Pensar”, que deu um estereótipo dos usuários. Uma campanha forte sobre o estereótipo, colocando em ônibus, outdoor, taxi, imagens de pessoas em situação de rua desorganizadas e o usuário de crack como um zumbi. Aí escreveram um livro sobre isso, os zumbis da pedra, para ser distribuído na rede pública. Quando tu ia falar sobre crack na escola, tu usava esse livro como referência, o escritor é um jornalista. Quando você fala que é usuário do crack eles acham que tu é parecido com um zumbi. Porque nas histórias em quadrinhos os zumbis são mortos vivos, que não fazem nada e merecem morrer. O zumbi dos palmares aqui no Brasil é a mesma coisa, na escravidão, o zumbi liderava os quilombos e era visto pela coroa como um cara zumbi, desorganizado, toda aquela história, mas mesmo assim ele era um cara forte e um líder entre seu grupo. Aqui em POA, a gente decidiu lançar a campanha muito em conta do que aconteceu em SP, com as remoções do pessoal do centro da cidade, a polícia tirou eles à força, internando eles à força.... Então, a gente decidiu como uma medida cautelar, de proteção para a galera da rua, uma contracampanha. Porque se é para a gente ser zumbi, vamos ser zumbi que nem o zumbi dos palmares. O povo da rua é criminalizado e tudo mais, mas as pessoas resumem como usuários de drogas. Não é bem assim né, vamos escutar esse cara, Redução de Danos, ver a história de vida dele. A situação de rua é um caso de alta complexidade, cada caso tem que ser visto separadamente, porque não são todos iguais. Internar todo mundo e achar que tá resolvido, não é bem assim...

É importante resistir à imagem do zumbi associado ao “morto vivo”, que para o MNPR leva a relembrar a figura histórica do Zumbi dos palmares¹⁴ como um símbolo para compor o conceito do material da campanha. Assim, o conceito principal transcende a imagem de um morto vivo, ressignificado em um ser de resistência e liderança. Isso pretende sensibilizar os atores sociais na visualização de uma nova imagem para o usuário de droga na rua, que não remeta somente a algo negativo, mas que signifique luta e resistência ao sofrimento, às dificuldades de viver nas ruas, às violências, enfrentando estigmas vindos do Estado e da sociedade.

Outro elemento presente nos relatos e na imagem da campanha é o conceito de “internação forçada” — a internação compulsória — pondo em pauta a necessidade de discussão sobre esse tipo de internação como forma higienista, de limpeza social, e não no sentido de promoção de saúde e cuidado.

Nesse sentido, a campanha Zumbi só se for dos Palmares, juntamente com outros temas que serão apresentados ao longo desta tese, gera a necessidade de trabalharmos a questão da droga para além da concepção biomédica: que visualize seus fenômenos socioculturais e de vida, buscando revelar outros olhares sobre esse tema e suas repercussões na história, na sociedade e no cuidado em saúde.

Escolhi essa campanha porque ela revela facetas multifatoriais: ao mesmo tempo em que fala sobre estigma, preconceito, imagem, também fala sobre modos de vida, políticas públicas e cuidado. Assim, neste capítulo, apresento a contextualização teórica e conceitual que orienta esta tese: a droga como uma questão sociocultural; a atenção aos usuários de drogas, ações e políticas públicas, e por fim, questiono: a rua é um território de cuidado?

3.1 Drogas — uma questão sociocultural

A experiência da originalidade da experiência individual constitui um dos pontos centrais da relação entre ciências sociais e ciências do comportamento individual. Por mais que seja possível explicar sociologicamente as variáveis que se articulam e atuam sobre as biografias específicas, a sempre algo irreduzível, não devido a uma essência individual, mas sim a uma combinação de um contexto sociocultural (VELHO, 1997, p. 30).

Nesta tese, falo na condição de enfermeira, buscando problematizar a própria visão do campo da saúde que ainda se revela baseado em uma perspectiva individual, de doença e de

¹⁴ É considerado uma resistência dos negros contra a escravidão. Foi o último líder do quilombo dos palmares localizado na Serra da Barriga, antiga capitania de Pernambuco e atual Alagoas. O nome Zumbi significa guerreiro. Zumbi dos Palmares assumiu a liderança da resistência contra os portugueses durante 14 anos (PITT; FRUBEL, 2013).

comportamentos de risco¹⁵. Para tanto, amparei-me em autores das Ciências Sociais no intuito de embasar o desafio de propor uma discussão que atente para o contexto sociocultural em que os indivíduos estão inseridos, a quem, na condição de enfermeiros, devemos cuidar.

Para melhor compreensão do meu tema de pesquisa considero relevante realizar uma revisão de literatura, revelando ao leitor a perspectiva que adoto na análise sobre o uso de drogas na sociedade. É comum percebermos nos debates da mídia, no imaginário social e nas ações de saúde, polícia e redes de cuidado uma compreensão da droga sob duas perspectivas hegemônicas e dicotômicas: a droga enquanto uma questão moral/criminal e questão de Saúde Pública. Nesses casos, o “usuário de drogas” acaba tendo dois modos de “tratamento”: um deles é de repressão, criminalização e prisão; e/ou o outro voltado à cura de sua doença. Nessas duas perspectivas, a droga é considerada um “problema” de caráter individual e comportamental.

Meu intuito não é desconsiderar esses discursos, pois eles estão presentes em nossa sociedade e não estão distantes da minha realidade na condição de pesquisadora e enfermeira, pois os percebo no universo da Etnografia realizada com a “população de rua” quando me contam, por exemplo, seus problemas com a polícia, suas buscas por tratamento para a drogadição, em que, muitas vezes, é considerado somente o biológico, entre outras questões que serão discutidas no decorrer da etnografia a partir das histórias de vida desses sujeitos.

No entanto, busco realizar uma problematização desse tema complexo, tentando entender de que forma os entrelaçamentos históricos, sociais e culturais constroem as relações, os modos de vida/ estilos de vida, as dimensões sociais e de cuidado das pessoas e suas coletividades em relação ao uso de drogas. Assim, considero o fenômeno da droga não somente individual, mas construído a partir da relação das pessoas com suas coletividades e a sociedade. Portanto esse problema deve ser analisado enquanto um mosaico sociocultural que deve incluir a família, as culturas, os modos de vida, a sociedade, as redes de relações, a saúde, a assistência social, as políticas públicas, entre outros.

¹⁵ A noção de comportamento de risco restringiu-se a uma abordagem individual, ou seja, a responsabilização exclusivamente do indivíduo por seus comportamentos e atitudes de risco para aquisição da doença, criando uma postura de “culpabilização” e “punição”. Houve críticas dos movimentos sociais a esses modelos comportamentalistas e individualizantes que se refletiram sobre a importância de as práticas de cuidado envolverem a percepção de múltiplos fatores: políticos, sociais, culturais (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012).

Para chegar a esse desafio é importante citar o conceito de cultura e suas relações com a saúde. A primeira definição antropológica de cultura foi realizada por Edward Tylor, em seu primeiro livro intitulado *Primitive culture* (1871), conceituando cultura como um fenômeno natural, possuidor de causas e regularidades, permitindo um estudo objetivo e análise capazes de proporcionar a formulação de leis sobre o processo cultural. No entanto pode-se dizer que Tylor apenas formalizou um conceito que já estava “pairando na mente humana”, sendo importante, por colocar a cultura em oposição à aquisição inata, transmitida por mecanismos simplesmente biológicos. Na percepção de Edward Tylor, cultura é um sistema complexo de conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes e hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade (LARAIA, 2001).

A antropologia ligada à Saúde, em especial a Saúde Coletiva, teve crescimento a partir da década de 1990, ao tratar sobre sexualidade, AIDS, exclusão social e vulnerabilidade. A inserção da saúde nas ciências sociais ocorreu pelo espaço conquistado por seus avanços teórico-metodológicos, e também pela crescente interferência do conhecimento médico e biológico na vida social, necessitando da compreensão sociológica desse fenômeno e de estudos para que revelassem a relação entre indivíduo/sociedade, natureza/cultura, relações de poder e gênero (KNAUTH; LEAL, 2014).

Nesta tese, me apoio no conceito de cultura da Antropologia Simbólica/interpretativa, a qual define a cultura como um mapa, um receituário, um código mediante o qual as pessoas de um grupo pensam, classificam, vivem, modificam o mundo e a si mesmas. Por compartilharem esse código (a cultura), esse conjunto de indivíduos, com interesses e capacidades diferentes, transformam-se em grupo e podem viver juntos, sentindo-se parte da mesma totalidade (DA MATTA, 1986).

Assim, ao se falar em “códigos”, a droga, por meio de uma compreensão sociocultural e antropológica, é permeada pela cultura dos povos e da sociedade na qual as pessoas estão inseridas, portanto está relacionada à construção histórica e simbólica de valores e crenças que envolvem esse tema.

O termo “droga” refere-se a uma substância química tomada de forma deliberada para se obter efeitos desejados. Algumas drogas são usadas na medicina para tratar doenças; outras, por causarem efeitos prazerosos. Ambas as formas de utilização da droga têm origem bastante antiga. Os primeiros humanos eram caçadores e coletadores, e para sua sobrevivência era necessário que aprendessem a diferenciar as plantas boas para comer das venenosas, e

quais delas poderiam tratar e curar sintomas de doenças. Também buscavam, através de frutas fermentadas, algum tipo de relaxamento e prazer (IVERSEN, 2012).

Com o passar do tempo, a utilização das drogas para tratamento era exclusividade dos curandeiros, xamãs ou feiticeiros, que, ao combinarem conhecimentos médicos, magia e ritos religiosos, tornaram-se figuras importantes na comunidade. A crença em espíritos que podiam interferir na vida para o bem e para o mal, e também causar doenças, fez com que a droga estivesse ligada a um papel supersticioso (IVERSEN, 2012).

Existem muitas drogas de utilização comum na história da humanidade, porém restrinjo-me a citar o álcool, a maconha e a cocaína, por serem as mais mencionadas pelos participantes da pesquisa.

O álcool pode ter sido umas das primeiras drogas utilizadas de forma recreativa, por ser facilmente obtido com frutas e leveduras silvestres na maioria dos lugares do mundo. Há registros de casas que serviam bebidas na antiga Babilônia há mais de três mil anos, sendo comum a confecção de vinho no Império Romano (IVERSEN, 2012).

O vinho e a cerveja sempre foram considerados drogas positivas quando consumidos em doses terapêuticas. Os gregos e romanos usavam o álcool em seus eventos cerimoniais e lúdicos. Na Grécia havia restrições ao consumo de vinho, considerando-o uma droga negativa quando consumido de modo indiscriminado, pois remetia à figura do deus Dionísio, famoso por suas orgias. Em Roma, a proibição era para mulheres e menores de 30 anos (BERTONI, 2006).

A maconha sempre foi consumida em rituais na Índia e no mundo árabe, e na década de 1960 e 1970 tornou-se popular no Movimento Hippie, ligada à cultura jovem, sendo a terceira droga recreativa mais utilizada, após o álcool e o tabaco (IVERSEN, 2012). Por sua vez, a cocaína foi o primeiro anestésico local a ser utilizado em cirurgias, usada para tratamento de saúde e de forma recreativa. No início do século XX, medicamentos que continham cocaína eram vendidos livremente para a cura de uma diversidade de “males”, mas quando sua utilização recreativa tomou grandes proporções, tornando-a extremamente “viciante”, no final do século XX ela perdeu a popularidade para tratamentos medicinais (IVERSEN, 2012).

Ao se analisar a construção histórica da droga na humanidade, nota-se que ela é ligada a uma necessidade humana de sobrevivência, além de ser associada a questões médicas,

religiosas e de inclusão em ritos de sociabilidade, consolo e prazer. A droga também representa liberdade e protesto, associado ao Movimento Hippie nos anos 1960 e 1970, em que sua utilização estava conexa a uma postura de libertação e contestação (CARNEIRO, 2002; OLIVEIRA, 2014).

Outra questão pertinente, é a discussão das mudanças sociais e econômicas que permeiam a utilização de drogas em nossa sociedade atual.

Com a Revolução Industrial houve a expansão da urbanização e transformações tecnológicas no mercado de comunicação e transporte que facilitaram o comércio e a obtenção de drogas. Há também transformações nos modos de vida da população, onde se observa o individualismo e uma lógica de muita produtividade no trabalho. Em uma sociedade individualista a droga passa ser um elemento de abstração e socialização. Uma forma de amenizar o estresse das longas jornadas de trabalho, competição e individualismo (ROMANÍ, 1999).

É nessa sociedade urbana, com características sociais, de trabalho e econômicas particulares em que se inserem alguns modelos/ paradigmas de percepção e gestão, em que há uma construção de uma ideia de que a droga é um problema que deve ser reprimido ou tratado (ROMANÍ, 1997).

A partir do século XX encontramos um estatuto formal de proibição/repressão com impacto mundial, em que há a aceitação de certas drogas, e de outras, não. O álcool, embora tenha sido vítima da primeira lei seca norte-americana, tem sua aceitação nas sociedades ocidentais, no entanto, derivados de maconha mantêm-se sob interdição. Há uma justificativa médica e de saúde pública utilizada para legitimar a interdição das drogas, como a maconha e a cocaína. No entanto pode-se dizer que há uma contradição nisso, pois outras substâncias prejudiciais continuam sendo industrializadas e utilizadas livremente, por exemplo o tabaco, a cafeína, o álcool (CARNEIRO, 2002).

A concepção estigmatizante da droga se origina nos EUA, com raízes no controle do ópio nas Filipinas, e também durante os anos da Primeira Grande Guerra em países europeus, em que a fiscalização de determinados produtos ocasionavam a criminalização de seus consumidores. Nesse modelo jurídico-repressivo ou modelo Moral/ Criminal (ALVES, 2009), a concepção e a gestão das drogas têm por base o delito, o crime, produzindo um contexto de criminalização e estigmatização do usuário, criando um mercado negro cada vez mais potente,

por exemplo, as redes ilegais de produção e comercialização da droga — o narcotráfico (ROMANÍ, 1997).

A Política de Guerra às drogas, que tem por liderança internacional os Estados Unidos (EUA), visa a crescente intervenção militar para reprimir o comércio e o uso dessas substâncias. No século XX houve um excessivo aumento do mercado das drogas, e, em contraposição, sua maior proibição formal. Assim, existe uma degeneração da situação social que pode ser relacionada direta ou indiretamente ao estatuto de comércio das drogas na sociedade contemporânea, partindo-se do fato de que aumentou o tráfico, a violência urbana, o número de encarcerados e forças militares envolvidas com o controle e repressão a droga (CARNEIRO, 2002).

Outro modelo/paradigma muito utilizado para “enfrentar” a questão das drogas tem sido a percepção dela como “problema” de Saúde Pública. Podemos nomeá-lo de Modelo Médico Sanitarista (ROMANI, 1997) ou também de Modelo de Doença (ALVES, 2009). Nesse modelo, há uma concepção científica que o torna legítimo na sociedade, relacionado aos efeitos biológicos da droga no organismo: a criação de classificações das distintas drogas, seus efeitos, a dependência, a tolerância, o uso e abuso, a abstinência.

Assim, no lugar do drogado/delinquente há a criação e a concepção de um drogado/enfermo, que precisa se curar, e, para tal, é necessária a institucionalização. A medicina dará conta de decidir o melhor tratamento para esse enfermo, pelo diagnóstico, prescrição, desintoxicação, reabilitação, ou seja, o modelo de doença tem na abstinência a única estratégia de tratamento possível para a cura do enfermo (ROMANI, 1997).

Nota-se que essa política de guerra às drogas, que norteia nosso contexto político/social, tem como característica principal a eliminação do consumo, seja pelo encarceramento ou tratamento. O modelo moral/ criminal e de doença são hegemônicos em nosso país (ALVES, 2009).

No entanto há um terceiro modelo, pouco citado como paradigma no Brasil, mas que é influente, principalmente em países europeus: o Modelo Sociocultural. Esse modelo concebe a ideia de que para dar conta do fenômeno das drogas é preciso considerar que a utilização de drogas é construída a partir de uma gama de elementos e fatores que relacionam: o indivíduo, a droga, o contexto. As drogas estão ligadas a um sistema sociocultural que determina a forma com que a droga é tratada, em que ocasiões e de que maneira (uso, doses)

ela é utilizada, expectativas, significados e necessidades ligadas a esse uso (ROMANÍ, 1997).

Nesse sentido, é importante entender a droga enquanto uma experiência que não é simplesmente individual, mas que faz parte das relações do indivíduo com os grupos e seus contextos de vida. Em uma etnografia realizada com jovens, no México, por exemplo, foi constatada a utilização da droga fazendo parte das redes de relações e afetos — a família e amigos —, que marcaram a motivação para o início desse uso. Trata-se de uma prática comum que ocorre principalmente em eventos sociais — as festas — em conjunto com as redes de afeto (FACUNDO-GUZMÁN et al., 2011).

Nesse mesmo caminho, há uma diversidade de estudos etnográficos que citam o uso de drogas associado ao cotidiano de vida e às relações. A utilização das drogas é posta como um ritual de socialização e fortalecimento de relações entre aqueles que as usam. Do mesmo modo, tem sido visto, simbolicamente, como um território de reconhecimento, pois delimita um local de convivência e também de trocas/doações entre os usuários de drogas no espaço da rua, na qual o grupo assume papel acolhedor, na ausência de laços familiares, promovendo sentimentos de igualdade (GRUND, 1993; FERNANDES; PINTO, 2004; FERREIRA, 2013).

Assim, além dessa perspectiva relacional e afetiva, os modos de vida estão associados à interlocução dos indivíduos com a sociedade, com os aspectos econômicos e sociais, em uma perspectiva macrossocial. As pessoas que utilizam drogas na rua possuem vidas marcadas pelo estigma, preconceito, e pela necessidade de sobrevivência. Por exemplo, em uma etnografia realizada no espaço da rua, no Canadá, os autores observaram que grande parte dos jovens tinha como projeto do seu cotidiano sobreviver nas ruas, tendo uma vida marcada pela falta de moradia, pobreza crônica e geração de renda em atividades de risco. Por nascerem e conviverem permanentemente no contexto do tráfico, essa atividade de renda lhes era comum, e também o uso de drogas era tido como uma experiência desejável e natural (MOURA; SILVA; NOTO, 2009).

Nota-se também uma relação socioespacial e material com o consumo, ou seja, a cena de consumo é também espaço de vida, trabalho e sobrevivência. As pessoas crescem nesses lugares, e, muitas vezes, não vislumbram sua saída deles por uma série de circunstâncias culturais, sociais e dos limites geográficos, fazendo com que construam redes sociais e fortaleçam o próprio uso de drogas. Dessa forma, a falta de oportunidades de realizar outras

atividades de lazer, prazer, educação e trabalho faz com esses jovens obtenham na droga uma fonte de prazer e inclusão (MOURA; SILVA; NOTO, 2009).

Esses estudos ajudam a entender de que forma o modelo sociocultural é fundamental para que se construam ações em saúde. Isto porque revelam que as experiências/vivências com drogas, culturas, modos de vida, relações e dinâmicas macrossociais/microsociais devem ser consideradas para entender o fenômeno da droga e da vida nas ruas.

Minayo (2012), baseada em Heidegger, diz que o termo experiência tem a ver com o que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza, pois a experiência alimenta a reflexão e se expressa na linguagem. No entanto a linguagem não traz a experiência pura, porque a experiência organiza, através da reflexão e da interpretação, o que é narrado pelo sujeito. Já a vivência é produto de uma reflexão pessoal sobre a experiência, ou seja, embora diversas pessoas vivam a mesma experiência, a forma de vivenciá-la pode ser diferente para cada indivíduo, dependendo da sua personalidade e formas de compreensão da situação vivida.

Desse modo, em um modelo sociocultural de cuidado, é necessário reconhecer a experiência e a vivência individual e coletiva, que faz parte da compreensão de como os atores sociais constroem suas visões de mundo e se relacionam nos grupos. A droga passa a ser apenas mais um elemento nesse contexto, pois não é somente analisada a questão orgânica de seu uso, mas também os aspectos sociais e relacionais do indivíduo com o mundo.

O Modelo Sociocultural no contexto brasileiro pode estar associado à Redução de Danos (RD), pois esse modo de cuidado propõe considerar a experiência/vivência de vida do usuário de drogas. No entanto ainda se percebe um campo de conflito sobre que abordagens/discussões conceituais se funda a RD, em que, arriscamos a afirmar, ainda não se fortaleceu enquanto um modelo de cuidado.

Observam-se algumas dessas reflexões no trecho a seguir:

[...] A abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de *metodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem

construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003, p.10).

A redução de danos é defendida enquanto um modelo “alternativo” aos paradigmas hegemônicos de repressão e doença, sendo que, com a ideia de RD, não necessariamente se visa à eliminação do consumo. Percebe-se, por outro lado, uma forte marca de estratégias pontuais de redução de riscos, por exemplo, troca de seringas, de substâncias mais pesadas pelas que causam menos dano, orientações sobre alimentação e higiene, estratégias ainda muito ligadas ao comportamento de risco individual.

É um avanço citar a necessidade de um modelo integral de cuidado que supere o modelo médico-hegemônico, e também a pessoa como corresponsável em seu “tratamento”, o que legitima a participação social. No entanto a RD ainda fica limitada a um “método”, “caminho”, direção metodológica. Nessa perspectiva, ainda não avançamos enquanto um modelo de cuidado em uma discussão conceitual e ampla que aponte a necessidade de considerarmos os contextos políticos, sociais, culturais nas ações de cuidado, revelando um campo complexo do fenômeno das drogas.

A utilização da Redução de Danos, na condição de método de tratamento, no nosso entendimento, reduz a sua abordagem, podendo ainda estar relacionada somente a ações pontuais e mudanças comportamentais, o que faz alusão ao indivíduo como único responsável por sua “doença”. Isso pode ser apontado ao analisarmos a visão de “caminho promissor” que pode estar associado a uma mudança apenas de método, mas não de foco, pois a droga e o indivíduo parecem continuar sendo o “problema” a ser enfrentado.

Dessa forma, convidamos o leitor a refletir sobre esse campo complexo de uso de drogas, que não deve ser reduzido apenas ao método de tratamento desses sujeitos, e sim buscar a relação com as histórias de vida e as coletividades, saindo de uma visão estritamente individual. A busca nas trajetórias e vozes pode revelar contextos ricos de significado, uma rede de relações e sentidos em torno da pessoa que usa droga.

É no modelo sociocultural que buscamos embasamento teórico/ prático para a Etnografia realizada com a população de rua. Esse modelo é apoiado por estudos etnográficos e Antropológicos que trabalham a conexão de inúmeros elementos da estrutura microssocial (práticas sociais, experiências e concepções individuais, significados, trajetórias pessoais, interação com o grupo) e também macrossocial (políticas públicas, elementos econômicos, sociais, culturais, imaginário social) na utilização das drogas (ROMANI, 1997)

A campanha “Zumbi Só se For dos Palmares” procura elucidar essa complexidade, chamando a atenção para a diversidade de elementos que envolvem o tema das drogas. Não se trata somente da experiência individual do usuário marcada por sua trajetória pessoal; é também permeado por elementos macrossociais que envolvem a construção histórica das drogas na sociedade e suas implicações sociais, culturais, midiáticas, econômicas, o imaginário social, as políticas públicas e o cuidado.

3.2 Atenção ao Usuário de Drogas e Políticas Públicas: de que cuidado nós estamos falando?

A assistência em saúde em drogas no mundo ainda revela um modelo que caracteriza o indivíduo como dependente¹⁶, considerando a abstinência¹⁷ a principal alternativa para tratamento. No entanto, há o tensionamento desse modelo principalmente por usuários com histórico de uso prolongado de drogas, que não conseguiram se manter abstinentes, havendo um crescimento de pessoas que buscam cuidados de saúde que promovam o bem-estar e apoio para uma vida independente. Essa população requer uma variedade de serviços sociais e de saúde (GABATZ et al., 2013).

Dessa forma, o uso de drogas, em uma perspectiva exclusiva de ações em saúde, se mostra limitado, porque não reconhece os inúmeros fatores socioculturais que envolvem a questão das drogas, direcionando-as de modo linear, com a ideia somente de abstinência, em uma visão biomédica e biologicista. No entanto, em suas experiências/vivências de vida, muitos usuários não conseguem se manter permanentemente abstinentes. Essa observação tem trazido para a cena a importância do serviço social e de redes que trabalhem para além da saúde, reconhecendo a existência de múltiplos fatores que, em consequência, levam ao uso de drogas (PERRON et al., 2009; GABATZ et al., 2013).

¹⁶ O diagnóstico de dependência química e física é realizado com a observação de três ou mais critérios: a existência forte desejo ou senso de compulsão para consumir substância; dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, estado de abstinência fisiológico, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência; evidência de TOLERÂNCIA, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa, persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas (BRASIL, 2012).

¹⁷ Ato de privar-se de alguma coisa em prol de um objetivo. No caso da dependência química e física o tratamento é realizado com a retirada total da droga utilizada e, na maioria das vezes, há a realização de um tratamento medicamentoso e com terapias específicas para controle da fissura e interrupção do uso de drogas (BRASIL, 2012).

Assim, o cenário da atenção ao uso de drogas está intimamente ligado às políticas públicas. Considerando a droga uma questão sociocultural, percebemos que ela necessita de amplos olhares que não se limitem à área da saúde, mas que se amplie a criação de políticas públicas que abarquem as necessidades dos sujeitos — emprego, moradia, educação, alimentação, cultura, assistência e também saúde.

A política pública é um campo de conhecimento interdisciplinar que busca colocar o governo em ação e/ou analisar essa ação, e, quando necessário, propor mudanças no curso desse processo. As formulações de políticas públicas em governos democráticos se traduzem em programas, propósitos e práticas que têm o intuito de produzir resultados ou mudanças sociais (SOUZA, 2006).

No Brasil, a história da criação das políticas públicas voltadas às drogas é recente. Até a década de 1920, não havia nenhuma regulamentação oficial sobre as drogas ilícitas no país. O desenvolvimento da industrialização constituiu-se como o marco inicial no Brasil no controle sobre as drogas, isso nos anos 1921. Até aquele momento o vício, que era limitado a rapazes da classe alta, começou a se espalhar nas ruas entre todas as classes sociais, criando um incômodo no governo que começou a pensar em criar leis restritivas para a utilização de ópio e cocaína (ROSA; SOUZA; PINHEIRO, 2009).

Em 1924 há registros da primeira lei restritiva, o Decreto 4.294, propondo a pena de prisão para aqueles que vendessem ópio e os derivados da cocaína. Somado a isso, o Decreto 14.969 criou o “sanatório para toxicômanos”, com o objetivo de propiciar internamento e tratamento a toxicômanos condenados a penas privativas e realizar exames de sanidade mental e dependência. Observa-se nessa época a ação das oligarquias para se manterem no poder e manter a exclusão social dos mais pobres, em especial os ex-escravos. O País enfrentava alta tensão social, aumento da população e da criminalidade, além do consumo de drogas (ALVES, 2009; SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Em relação ao álcool, nas primeiras décadas do século XX o consumo era frequente e tolerado pelos governantes, não sendo objeto de preocupação do Estado. Essa falta de preocupação e controle gerou o surgimento gradativo de instituições de caráter privado, por exemplo, a Liga Antialcoólica, em São Paulo, e a Liga Brasileira de Higiene Mental, que promoviam a educação antialcoólica e medidas assistencialistas para alcoolistas, dando início

aos primeiros “tratamentos” a partir de concepções higienistas e moralistas (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Observa-se, na literatura, que a legislação sobre drogas, no Brasil, se ampliou e se fortaleceu a partir dos anos 1970. Foi criada, por exemplo, a Lei n. 6.368, de outubro de 1976, que tinha como proposta a prevenção e repressão ao tráfico ilícito. Além disso, a partir dos anos 1980 surgiram órgãos para coordenação de pesquisas e ações: o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), a Secretaria Nacional de Entorpecentes, ligados ao Ministério da Justiça (ROSA; SOUZA; PINHEIRO, 2009).

Até 1998 as políticas na área das drogas eram de responsabilidade do COFEN e priorizavam a repressão ao tráfico, destinando maiores recursos para a redução de oferta. Em relação ao tratamento, o Ministério da Saúde priorizava a internação em hospitais psiquiátricos (ROSA; SOUZA; PINHEIRO, 2009).

Um importante marco no final dos anos 1990 foi o ideal de construir uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas. Houve a diferenciação do usuário de drogas dependente, que obtinha substância para seu consumo, do traficante, que comprava e vendia a droga, isso para realizar tratamentos diferenciados a cada situação e sujeito. Esse ideal estabeleceu a criação da Política Nacional Antidrogas (PNAD), tendo como norte ações de repressão ao tráfico e a prevenção, tratamento ao usuário de drogas (ROSA; SOUZA; PINHEIRO, 2009).

Em 2001, houve outro marco importante, a realização da III Conferência Nacional de Saúde, com o objetivo de investigar a necessidade de tratamentos de base comunitária, ou seja, questionaram as internações em hospitais psiquiátricos, tratamentos até então realizados. Pela primeira vez surgiu, em cena, timidamente, a Redução de Danos, que seria uma proposta alternativa juntamente com os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico (ROSA; SOUZA; PINHEIRO, 2009).

Esses serviços substitutivos, denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram aprovados em 2002, incluindo a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), para tratamento específico aos usuários de drogas abusivos e dependentes (ROSA; SOUZA; PINHEIRO, 2009).

Os CAPS têm por objetivo proporcionar atendimentos individuais, em grupo e em oficinas terapêuticas, atendimentos junto às famílias, às comunidades, com atividades de cultura, expressão, esporte, alfabetização e geração de renda, buscando a integração e interação social. Já, no CAPS AD, incorpora-se o atendimento da desintoxicação, porém o mais importante são atividades individuais ou em grupo que implicam postura de acolhimento, estímulo à vida, autonomia e cidadania. A equipe passa a ser multidisciplinar, de caráter interdisciplinar, de modo a promover trocas importantes e necessárias ao melhor plano terapêutico e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2004).

Notam-se, nesse contexto, os primeiros passos significativos e mudanças em relação às formas de tratamento e cuidado. Se, antes, o modelo era exclusivamente asilar, centrado no tratamento hospitalar e manicomial, a proposta dos serviços substitutivos revelava a importância de um cuidado comunitário que incluísse os grupos e famílias e que fosse voltado aos projetos de vida e à inclusão social.

Houve o fortalecimento dessa política de serviços substitutivos e comunitários, quando, em 2003, foi lançada a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, norteando ações de promoção e prevenção em saúde (BRASIL, 2003).

A diferença nessa política foi o aparecimento de outros níveis de atenção em rede, ou seja, a proposta não se vinculava somente aos CAPS, mas à existência de ambulatórios, hospitais gerais, outros pontos da rede em saúde, revelando a importância do trabalho intersetorial. A RD foi apresentada como estratégia de cuidado às pessoas que não desejam se manter abstinente, ou seja, ela foi incorporada enquanto método substitutivo da abstinência.

Juntamente com essas mudanças nas formas de tratamento, em 2004, houve outro marco teórico importante, a mudança da Política Nacional Antidrogas, a qual passou a ser denominada Política Nacional sobre Drogas e Secretaria Nacional sobre drogas. Houve, então, a mudança de nomenclatura e também de abordagens em relação à droga: com a Lei 11.343/2006 e criação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas (SISNAD), foi desenvolvida a política que objetivava a prevenção do uso indevido, a reinserção social de usuários de drogas, ações intersetoriais e a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas (ROSA; SOUZA; PINHEIRO, 2009; DIAS, 2012).

No ano 2007 foi criada a Política Nacional sobre álcool e outras drogas pelo Ministério da Saúde. Houve um pequeno avanço na Redução de Danos, percebendo-se maior investimento nessa estratégia de cuidado, ligada à necessidade de prevenção e discussão

sobre a complexidade do uso de drogas, e articulada à questão da vulnerabilidade social e dos direitos humanos (ROSA; SOUZA; PINHEIRO, 2009).

Com esses marcos históricos nas políticas públicas sobre drogas percebem-se algumas mudanças em relação ao tema, por exemplo, a diferenciação de usuário de drogas dependente e de traficante, a criação de modelos de saúde voltados à comunidade, a observação da necessidade de estratégias de cuidado que não se limitem à abstinência. No entanto é importante problematizar que não existe ainda um modelo de cuidado que supere a visão médico-hegemônica e higienista, ou seja, ainda vemos ações fortemente marcadas pelo moralismo, repressão, higienização do espaço urbano e o foco na abstinência enquanto tratamento.

Entendemos que para haver a criação de um modelo de cuidado que leve em consideração as questões socioculturais e a complexidade do uso abusivo de drogas é necessário que as políticas públicas saiam de uma visão somente vinculada ao indivíduo usuário ou traficante. Assim, o indivíduo é marcado por sua experiência/ vivência em seu contexto social, coletividades e relações, ampliando o debate para políticas públicas sobre drogas que trabalhem as questões de moradia, educação, cultura, projeto de vida, assistência social, trabalho, entre outros.

Essa visão centrada no indivíduo “drogado” é observada na criação de outras políticas públicas. Por exemplo, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, criado pelo Decreto nº 7179, no ano de 2010. Observa-se que, no ano 2010, o cenário brasileiro estava voltado a uma droga específica, o Crack, quando havia um investimento da mídia contra essa droga e a propagação de uma dita Epidemia do Crack¹⁸ (ROMANI; ROSO, 2012).

A mídia lançava campanhas, por exemplo, “Crack nem pensar”, que, em seu título, demonizava a droga e colocava o indivíduo que fazia seu uso sem possibilidades de saída, ou seja, dominado por ela. Nessa campanha, mostravam-se figuras de pessoas deterioradas pelo uso de crack que pareciam Zumbis e famílias destruídas. Esse cenário da mídia e construção de imaginários sociais negativos, como o “drogado”, “vagabundo” e “perigoso”, fortaleceram

¹⁸ A palavra epidemia significa o aumento de determinadas doenças, em determinado lugar e tempo cronológico. O conceito foi utilizado para doenças transmissíveis causadas por vírus e bactérias, nesse caso o Crack não poderia ser visto enquanto epidemia. A partir do século XX o conceito se estendeu a outras doenças, considerando-se o aumento do número de atingidos em determinado tempo. Nessa lógica, foi construída a ideia de Epidemia do crack, indo ao encontro do aumento de consumidores compulsivos e danos à saúde. No entanto, esse termo pode ser considerado alarmista, pois outras drogas, como o álcool, também têm altos índices em certos períodos de tempo e não são tratadas como epidemia (LANCETTI, 2015).

a contrapartida do governo através de uma política pública específica denominada Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (LANCETTI, 2015).

O crack era visto como doença “diabólica” que escravizava o usuário e corrompia as famílias. A situação “epidêmica” se caracterizava pela visão de “que todos são vulneráveis”, como a ideia de uma bactéria capaz de atingir todo mundo. Nesse contexto, entre a possibilidade da vulnerabilidade de todas as pessoas, os mais vulneráveis, as pessoas em situação de rua, foram, de certa maneira, mais prejudicadas por essa campanha, que gerou estigma e criminalização desse grupo (ROMANI; ROSO, 2012).

Observa-se uma forte participação dos meios de comunicação na criação de um imaginário social sobre as drogas, em especial o crack. As drogas continuam vinculadas ao campo jurídico-policia e médico-psiquiátrico, retirando o foco de problemas sociais urgentes como a pobreza e a desigualdade. O discurso antidrogas é hegemônico e legitima as ações repressoras e as abordagens exclusivamente biomédicas (VEDOVATTO, 2010; ROMANI; ROSO, 2012).

Atualmente, o crack não tem sido discutido com a mesma intensidade pelos meios de comunicação, porém continua fortemente marcado por um imaginário social de periculosidade, associado também às “pessoas em situação de rua”. Reforçando a imagem de criminalidade, sujeira e violência a que essa população historicamente tem sido ligada, principalmente por aparecer nos meios de comunicação como a principal usuária dessa droga “diabólica”.

O uso de drogas e as Políticas Públicas referentes ao tema trazem para a cena “as populações de rua”, chamando a atenção para seus territórios de uso de drogas, como as cracolândias. Esses locais da cidade são a face dos invisíveis que desmascaram as faltas de políticas públicas sociais e de inclusão, ficando a mercê de estratégias pontuais de limpeza do espaço urbano. Para tal, são necessário estudos e aprofundamentos sobre as “pessoas em situação de rua”, demonstrando a necessidade de uma compreensão sobre seus modos de vida e de um novo modelo de cuidado.

As “pessoas em situação de rua” sempre estiveram à margem das políticas públicas, até a criação, em 2009, do Decreto n.7.053 que as “ampara”. Esse decreto institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e o Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento. Alguns de seus objetivos são os de assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação,

previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda, e criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviço (BRASIL, 2009).

Referente ao “tratamento” para o uso de drogas há um serviço específico para as “populações de rua”: os Consultórios na Rua (CnR). Esses serviços fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria n. 3.088, na qual se observa a importância de uma rede formada por diversos serviços e dispositivos: CAPS, ambulatórios, internações em hospitais gerais, estratégias de saúde da família, consultórios na rua, assistência social e a rede de apoio familiar no território. É nessa política que surge o termo “território”, na qual consta a necessidade de serviços de bases territoriais, que não se limitem às instituições de saúde e que promovam a reinserção na comunidade (BRASIL, 2012).

Esse território citado na política da RAPS é um pequeno avanço na visão das políticas públicas, pois remete a uma necessidade de mudança de modelo para um que vise à reinserção social. No entanto, ainda é confuso o conceito e formas de atuação desse território nas políticas: se somente para mapeamento de populações e controle (que lugares e quantidade de pessoas os profissionais devem intervir) ou se é visto enquanto local de uso de drogas e reconhecimento de pessoas, redes de afeto e percepção de contextos de vida.

Dessa forma, as “populações de rua” desmascaram problemas sociais que a sociedade e o governo não querem ver: a desigualdade, a pobreza, os laços familiares fragilizados. No entanto o que é posto em evidência é o uso abusivo da droga, aumentando preconceitos e estigmas referentes a essas populações historicamente ligadas à criminalidade e à drogadição. As políticas públicas para essas pessoas ainda são limitadas à assistência social, e, na saúde, ao consultório na rua, sendo negligenciadas, muitas vezes, as inúmeras facetas de seus problemas sociais: a falta de emprego, moradia, educação, entre outros. Nesse contexto, aparecem também as internações compulsórias como “solução mágica” para seu “caso”.

3.2.1 A Polêmica das Internações Compulsórias

As drogas, em nossa sociedade, são consideradas um grande mal a ser combatido. Modelos de assistência baseados na doença inspiram tratamentos que aconteçam prioritariamente com internações para desintoxicação e adoção de terapêuticas farmacológicas (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

Um marco importante na legislação de saúde mental, e com impacto no cuidado em drogas, é a Lei 10.216/2001, também conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica¹⁹, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Esse modelo, antes centrado nos hospitais psiquiátricos, agora direciona o foco para atendimentos nos serviços substitutivos — os CAPS e as RAPS.

Nessa lei há também a regulamentação das internações psiquiátricas que devem ser utilizadas somente quando outros recursos da rede se tornam insuficientes para a recuperação do usuário. Há três tipos de internação psiquiátrica: a voluntária, com consentimento do usuário; a involuntária, sem o consentimento do usuário, a partir de uma constatação de risco pela equipe técnica; e a compulsória, determinada pela Justiça (BRASIL, 2001).

Referente ao uso de drogas, há uma discussão calorosa sobre as internações de caráter judicial, as denominadas internações compulsórias, com o argumento de que uma pessoa quando internada contra a vontade pode não influir positivamente em seu tratamento, pois, na saída do hospital, na grande maioria das vezes volta a utilizar a droga. Além do mais, o procedimento fere o princípio de liberdade, retirando o direito de a pessoa escolher realizar ou não o tratamento (DIAS, 2012).

Sobre a questão das internações é necessário ressaltar alguns pontos: o primeiro refere-se ao fato de que ambas as internações, tanto a involuntária quanto a compulsória, contrapõem-se ao direito de liberdade, porque são determinadas pela família e pela Medicina sem o desejo do usuário. No entanto, a internação compulsória é a que gera mais polêmica. Esse fato pode ser entendido, pois a internação compulsória é realizada pelo sistema judiciário, onde, muitas vezes, não há solicitação anterior do juiz para uma avaliação técnica de equipes de saúde sobre sua necessidade ou não dessa estratégia, limitando-se há uma ordem de “internamento”.

As internações compulsórias podem ser resultado do pânico moral causado pela mídia e a desinformação de familiares que veem nessa estratégia a única forma de assistência. Também se referem a uma falta de comunicação entre saúde e justiça.

¹⁹ A Reforma Psiquiátrica foi marcada pela mudança do Modelo de Atenção e Defesa de Direitos dos Usuários dos Serviços de Saúde Mental. O momento atual é marcado pela consolidação das políticas públicas em torno do modelo de atenção psicossocial de base comunitária, em contraposição ao modelo clássico da psiquiatria (modo asilar), que via no hospital e no isolamento dos usuários a principal estratégia de cuidado no campo da saúde mental (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

Esse sistema de cuidado, marcado pela família, Medicina e Judiciário, demonstra a falha de uma atenção integral em saúde que reconheça a complexidade do tema. Como não existe essa atenção integral a casos agudos, urgências e crises, utiliza-se a internação compulsória como resposta e solução rápida ao “problema das drogas”, que deveria ser responsabilidade das políticas públicas do Estado.

Na área da saúde, as internações de forma involuntária e compulsória são consideradas muito importantes, pois, em muitos casos, as pessoas com sofrimento psíquico e uso problemático de drogas não possuem a consciência crítica de que necessitam de uma intervenção, e muitas vezes colocam a si mesmas e os membros da família e da sociedade em risco. As intervenções médicas e judiciais acabam sendo essenciais, e também éticas, pois revelam o caráter de proteção à vida e recuperação dos usuários (FORTES, 2010).

O tema das internações compulsórias é citado na campanha “Zumbi Só se For dos Palmares”, o qual é associado à “internação forçada”, e também em matérias do Jornal Boca de Rua²⁰ que trabalham o tema de forma negativa, conforme representado na imagem a seguir.

Figura 5 – Recorte Jornal Boca de Rua, junho, 2013.



Fonte: Jornal Boca de Rua, ano XI, número 47, junho, 2013.

²⁰ Jornal composto por um coletivo de pessoas em situação de rua em conjunto com profissionais da área de comunicação no município de Porto Alegre/RS. Nesse jornal, se discutem temas importantes para essa população e também se trata de um veículo para geração de renda, aumento da autoestima e diminuição de estigmas e preconceitos em relação às pessoas em situação de rua (Diário de campo de pesquisa, 2016)

A imagem de uma caveira retrata a figura do zumbi, ou morto vivo, que é problematizada pelo coletivo das “pessoas em situação de rua”, pois remete à ideia de sua “morte social”, ou seja, a desvalorização de seu “ser de direitos” e seus modos de vida. Ao se ler o fragmento do texto “não estamos vivos pela justiça dos homens, mas por um milagre” é possível associar a ideia ao descaso e ao desinteresse das políticas públicas, e também aos modelos de tratamento forçados aos quais são submetidos.

Ter que se submeter à “internação forçada” e ser representado por imagens de caveira e zumbi são ações que se reportam aos modelos biologista e higienista. Biologista porque se ocupa da cura da “doença”, desconsiderando modos de vida; e higienista porque são imagens e estigmas que reforçam a necessidade de retirada das “pessoas em situação de rua” de seus territórios de vida.

Assim, a internação compulsória e involuntária consideradas essenciais para o desenvolvimento de tratamentos para os usuários de drogas, principalmente quando se referem a “pessoas em situação de rua”, antes mesmo da utilização de serviços de base territorial, refletem a força das concepções biomédicas e morais-jurídicas. Essas concepções são amplamente problematizadas pela Reforma Psiquiátrica, que aborda a necessidade de redes de cuidado que incluam as pessoas em seus territórios. No entanto, a internação aparece como resposta ao clamor popular para solucionar o problema da segurança e realizar a assepsia de espaços públicos ocupados por pessoas em situação de rua, consideradas perigosas, violentas e desagradáveis ao convívio social (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

Dessa forma, não se trata de defender ou não as internações compulsórias, pois elas são amparadas por lei e são formas de tratamento em casos de risco dos usuários para si e outros. No entanto, o que buscamos problematizar é a existência dos modelos biologicista e higienista que centralizam essa forma de tratamento como prioritária. Essa centralização na internação compulsória evidencia a permanência de pontos de tensão e conflito entre o modelo asilar e o psicossocial²¹, e também a existência de políticas públicas que não consideram a questão sociocultural no cuidado em saúde.

²¹ O modelo asilar tem como centralidade a doença e a internação em instituições de longa permanência, como os manicômios. O modo psicossocial é fruto de mudanças no campo da Saúde Mental, que revelam um campo múltiplo de saber para além da Psiquiatria (modelo/paradigma focado na doença e apenas no campo médico) compreendendo o processo de saúde-doença como resultante de processos sociais complexos, que demandam

Chamo a atenção para o fato de que o modelo sociocultural não se reduz a estratégias de tratamento como a Redução de Danos, ou a existência de serviços de base territorial, como os CAPS. Trata-se de reconhecer o território de vida enquanto um espaço existencial de cuidado, compreendendo os modos de vida sobre diversos prismas: sociais, culturais, econômicos, de saúde, de educação e de trabalho.

3.3 A Rua: território de cuidado?

O modelo asilar ou psiquiátrico, nascido do modelo biomédico, tem como característica principal um sistema de “tratamento fechado”, baseado na hospitalização. Em oposição a esse modelo, as políticas de saúde mental, a partir dos anos 1980, apresentam a atenção psicossocial. A atenção psicossocial não é um modelo ou sistema fechado, mas sim um processo social que reconhece a existência de múltiplos fatores no processo saúde/doença. Ou seja, não se trata somente dos sinais e sintomas da “doença mental”, mas das experiências que produzem o mal-estar, o sofrimento, a dor (AMARANTE, 2007).

A política de atenção psicossocial apresenta a necessidade de se lançar novos olhares sobre os espaços sociais da experiência humana, sendo que esses territórios precisam ser incorporados no cuidado. A Portaria n. 3.088 que institui a RAPS aborda uma política constituída por redes de cuidado dispostas em territórios, em oposição ao modelo asilar baseado nas hospitalizações.

A palavra território é mencionada enquanto local para articulação dos serviços, entre os quais a atenção básica, o CAPS, os serviços de acolhimento, os centros de convivência, hospitais gerais e o consultório na rua. O cuidado deve ser promovido de maneira intersetorial, ou seja, que envolva a corresponsabilização de todos os pontos/serviços da rede para o atendimento ao usuário de drogas (BRASIL, 2001).

É necessário apresentar de que forma é constituído o trabalho nesses serviços de saúde. (1) O CAPS é responsável pelo atendimento de transtornos graves e severos e crises agudas de uso de drogas; (2) as Estratégias de Saúde da Família (ESF) são responsáveis pela continuidade da atenção em saúde mental junto ao seu território de abrangência; (4) os hospitais gerais fornecem suporte a casos graves de intoxicação severa; (5), e os consultórios

na rua, vinculados às ESF, com a proposta de trabalho itinerante, ou seja, indo até os espaços da rua (BRASIL, 2011).

Observam-se desafios da organização em rede que superam a lógica asilar. Há a burocratização e a dificuldade de acesso aos serviços da rede, a dificuldade de um trabalho intersetorial, delegando, muitas vezes, aos serviços substitutivos a responsabilidade pelos atendimentos. Há modelos de serviços de saúde fechados em suas rotinas, ou seja, o cuidado ainda permanece restrito a ações pontuais como consultas, grupos, vistas domiciliares, não apresentando uma inovação e criatividade para a busca do protagonismo dos sujeitos e suas experiências de vida na construção desse cuidado (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008).

Apesar do avanço que é a proposta de reorientação do cuidado, saindo do espaço asilar para o território, ainda percebemos uma composição específica de serviços e instituições fechados, ou seja, que possuem rotinas e organizações vinculadas a ações dentro da instituição. Exemplos desses serviços são os CAPS, os hospitais e as ESF.

Nesse contexto, os consultórios na rua seriam uma promessa de articulação com espaços sociais. Em um trecho da política da RAPS, em que faz menção ao atendimento na atenção básica para populações específicas, como as em situação de rua, lê-se:

Equipe de Consultório na Rua (CnR): equipe constituída por profissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, sendo responsabilidade dessa equipe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, ofertar cuidados em saúde mental, para: 1. pessoas em situação de rua em geral; 2. pessoas com transtornos mentais; 3. usuários de crack, álcool e outras drogas, incluindo ações de redução de danos, em parceria com equipes de outros pontos de atenção da rede de saúde, como Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, Prontos-Socorros, entre outros (PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011).

O CnR é apresentado pela política como “um intermediário” desse processo, pois, ao mesmo tempo em que é itinerante (precisa trabalhar a rua), também faz parte da organização da atenção básica que, teoricamente, é um serviço que trabalha o território. Quando dizemos “teoricamente” estamos nos referindo ao fato de que as ESF estão dispostas em territórios físicos específicos, no entanto ainda possuem rotinas e organizações de um serviço fechado.

As Estratégias de Saúde da Família (ESF), historicamente objetivam a reorientação do modelo de saúde, saindo de um modelo médico-centrado e hospitalocêntrico para outro, direcionado à família e ao território social. No entanto, na prática, ela ainda enfrenta diversas

dificuldades, entre as quais a organização de um sistema ainda baseado em fichas de atendimento, rotinas e procedimentos fechados no padrão queixa-conduta, falta de comunicação entre a equipe e usuários, e uma grande demanda de trabalho que se restringe ao espaço do serviço, pouco trabalhando territórios sociais (COELHO; JORGE, 2009).

Considerando-se esses argumentos, podemos dizer que as “redes de cuidado” ainda estão vinculadas à rede de serviços institucionais, ou seja, fechadas no interior da instituição. Isso faz com que o cuidado ainda se limite a procedimentos, protocolos de atendimento e burocracias de acesso ao sistema. Dessa forma, há dificuldade de saída desses profissionais e serviços para espaços sociais, o que revela a necessidade de avanços para a constituição de um trabalho no território.

Essa burocratização das redes institucionais pode ser exemplificada pela experiência das “pessoas em situação de rua”, que referem que há dificuldade por parte dos profissionais para lidarem com suas subjetividades, reais necessidades e diferenças no cuidado. Isso faz com que o atendimento nos serviços de saúde seja precário, além de exigir condições que dificultam o acesso ao serviço desses usuários (ter documentos, presença de responsáveis e higiene). Por outro lado, os profissionais têm poucos recursos, e muitas vezes se sentem despreparados para lidar com essa complexidade (MOURA; SILVA; NOTO, 2009).

O CnR que surge, muitas vezes, como a única possibilidade de acesso ao cuidado pelas “pessoas em situação de rua”, também apresenta suas limitações, pois ainda está vinculado a um “papel intermediário”, ou seja, um serviço responsável para o controle e realização de procedimentos de saúde. Há redução da ideia de território social, que se vincula a um local de intervenção e pouco articulado com a percepção da rua enquanto vivência do usuário de droga e suas repercussões nos estilos de vida e relações.

Isso pode ser evidenciado na rotina de procedimentos aos quais o CNR está destinado, como o atendimento à gestante de rua, tratamento de patologias pulmonares, de doenças sexualmente transmissíveis (HIV/AIDS), diabetes, hipertensão, e várias outras situações que ficam sob a responsabilidade da Estratégia Saúde da Família na atual política de atenção básica. Essas ações, realizadas de forma isolada, podem contribuir para a culpabilização do usuário que se sente incapaz de inserir-se em um sistema social e de cuidado. Essa atuação desarticulada, deficiente de materiais, de recursos humanos e de trabalho em rede, somada a barreiras e preconceitos existentes entre profissionais e sociedade, apoiam um cuidado cada

vez mais focado na doença e não para as coletividades inseridas no território social (SANTANA, 2014).

Considerando-se esses desafios e análises, para compreendermos melhor a ideia de cuidado territorial é importante conceituar a noção de espaço social, público e privado, e o que é território. Essas diferenciações de termos e suas ligações com a saúde ajudam a problematizar que cuidado no território e/ou rua nós temos e qual queremos?

O espaço social é a materialização da existência, ou seja, uma dimensão da realidade. Ele está contido no espaço geográfico, originalmente criado pela natureza e, após, transformado pelas relações sociais, produzindo diversos tipos de espaços imateriais e materiais, por exemplo: políticos, culturais, econômicos e de poder.

O espaço urbano é resultado de uma organização relacional das populações que migram de espaços rurais para espaços da cidade. No Brasil, esse fenômeno é recente, e sua maior ênfase ocorreu na década de 1970 (SANTOS, 2008).

No espaço urbano há uma separação entre o que é público e o que é privado. O termo privado significa “da ordem do íntimo”, ao passo que o público quer dizer conhecido por todos, destinado a pessoas e aos coletivos, aberto a todos os agentes sociais (PAGOT, 2012).

Quando abordamos a noção de espaço não é possível descolá-la do poder, que significa controle e dominação. O espaço possui características de ser politicamente instrumental, facilitando o controle da sociedade. O espaço privado está associado ao patrimônio privado de cada indivíduo, e os jogos de poder e dominação política fazem com que o espaço público seja permanentemente invadido pelo privado, no intuito de reproduzir, ampliar e consolidar relações de poder (MARTINS, 1994; SOBARZO, 2006).

A criação de espaços privados e a organização do espaço urbano estão intimamente associadas ao Estado, às classes dominantes e seus interesses. A classe dominante dispõe de um duplo poder sobre o espaço, através da propriedade privada e da ação do Estado que é representante de seus interesses (SOBARZO, 2006).

O espaço público é local de diferentes grupos sociais e de encontros interpessoais e anônimos, ou seja, há a possibilidade do compartilhamento dos mesmos territórios com outras pessoas, sem a necessidade de conhecê-las. Assim, o espaço é construído e modificado no dia-a-dia, nas ações cotidianas, no uso e na apropriação desse espaço influenciado pelas relações sociais (SOBARZO, 2006).

A rua é considerada um espaço público de relações. A vida nas ruas está, historicamente, associada aos excluídos e rejeitados da sociedade — os loucos, os criminosos e inadaptáveis às normas de convivência em espaços privados. A rua pode ser considerada, dessa forma, um espaço ambíguo, pois é um espaço de liberdade e resistência desses indivíduos estigmatizados, e também é local de abandono, sofrimento e dor (PAGOT, 2012).

Pode-se dizer que o espaço público ideal, aquele livre e aberto à circulação de pessoas, na presença de diferentes grupos sociais, tem sido exposto a muitas formas de dominação ao longo dos anos, como a criação de muitos espaços privados e/ou de políticas de controle da rua. Houve a criação de novas centralidades (os grandes condomínios, comércios, shoppings) e a expulsão para a periferia dos antigos habitantes, criando um espaço de dominação (SOBARZO, 2006).

Porém, na atualidade, existe um movimento ao contrário desse processo, que tensiona permanentemente a noção de público e de privado, em uma nova configuração de mobilidade urbana. Essa configuração remete aos habitantes da periferia que vêm buscar uma nova vida nos espaços da cidade, criando um movimento de poder e conflito. Muitos desses habitantes da periferia, ao não conseguirem trabalho nos grandes centros, acabam por viver nas ruas, ou em trabalhos clandestinos ou informais, dando visibilidade às desigualdades sociais presentes em nosso país.

Esse argumento é encontrado no conceito de Mobilidade Urbana na obra de Augé (2012) que aborda a não separação entre periferia — habitat dos pobres — e o centro das cidades — local dos ricos. Além disso há uma heterogeneidade cultural nas cidades, baseada no crescimento dos grandes centros urbanos, e há também a degradação desse espaço. Nos grandes centros não há somente ricos e os condomínios privados; há também indivíduos que vivem na clandestinidade e precariedade, em meio às desigualdades gritantes e à organização de um espaço urbano conforme as diversidades (étnicas, religiosas, sociais). As zonas vazias e porosas, como os terrenos baldios, são a face do invisível na globalização, o lugar que não queremos ver.

Nesse sentido, a urbanização brasileira remete a novas formas espaciais e novas territorialidades dos grupos sociais. Observa-se o fenômeno da “dispersão urbana”, gerando novas centralidades e novas periferias; há processos de desconcentração e reconcentração espacial da população, das atividades econômicas e da informação sobre o território. Isso

significa que há muitas formas de organização espacial, sejam elas a vivência nos grandes centros e a criação de “cidades médias”, próximas aos grandes centros (SANTOS, 2008).

O território é formado a partir de determinado espaço, pois são marcados por uma projeção de trabalho e poder, e pelos modos de produção que os caracterizam. Todo o território é um tipo de espaço geográfico, mas não apenas geográfico, ele é político e social. O ator social territorializa o espaço pelo trabalho, seja por meio de energia ou informação, revelando as relações desse sujeito com seu espaço, marcadas pelo poder. O território se apoia no espaço, mas não é o espaço, é uma produção a partir do espaço. E por causa de todas as relações que envolve, o território inscreve-se em um campo de poder (RAFFESTIN, 1993).

O termo “território usado” nos ajuda a melhor definir e diferenciar espaço de território. O segundo é um recorte do espaço habitado, ou seja, o espaço é ocupado pelo homem, tornando-se um território e obtendo as marcas sociais, culturais, econômicas e históricas de determinada população (SANTOS, 2006).

A rua faz parte de um espaço público, mas também nos remete a um território, pois ela não é o lugar somente do desgarrado e do abandonado. Ela é um espaço social, onde os usuários definem suas relações, direitos e deveres. Ela é lugar de identidades e papéis que são construídos permanente e historicamente pelos grupos que fazem da rua um lar (NEVES, 1999).

As pessoas que vivem nas ruas possuem suas particularidades, modos de vida e formas de poder (relações) que as fazem resistir em contextos de repressão, estigmas, e políticas públicas frágeis. Muitas vezes, as “pessoas em situação de rua” são tratadas com violência e repressão policial para saírem do centro das cidades, ou com o descaso e invisibilidade do governo. Elas também são alvo de filantropia e assistencialismo de igrejas e elites.

Nesse sentido, podemos dizer que a rua também é um território de controle e normalização²² dos corpos, tendo como foco a disciplina dos indivíduos. A disciplina tem como alvo a normalização do indivíduo, e a segurança se refere ao controle da população. Por exemplo, na cidade há um planejamento do que pode “circular” ou “não circular” no seu

²² A normalização é alcançada pela disciplina que demarca o que é normal e anormal. Na segurança, o normal vem primeiro e a ele se deduz a norma, ocorrendo o processo de normalização (FOUCAULT, 1978).

interior, através de controles reguladores que possibilitam a vida e a saúde das populações (FOUCAUT, 1978).

Para exemplificar essas formas de controle e dominação podemos abordar a higienização social da Cracolândia, e a limpeza dos centros da cidade de Porto Alegre, como o Viaduto da Borges. Essa limpeza social é realizada pela repressão policial, justificada pelos discursos de uso de drogas e crimes supostamente realizados pelas “pessoas em situação de rua”, sendo discursos também legitimados pela sociedade. Do mesmo modo, a existência de políticas frágeis e redes de cuidado desarticuladas reforçam as políticas de controle, culpando o “morador de rua”, sendo que para a solução desse do problema de segurança pública resta a repressão, tratamento ou morte.

A saúde também tem o discurso de controle dos corpos para higienizar/normalizar o território, tendo na instituição/ serviços de saúde a forma de buscar esse controle. A biopolítica preconiza que o Estado cuide dos seres vivos, compreendidos como populações, a partir de intervenções na vida cotidiana, na saúde, sexualidade, corpo e dieta. Os doentes tendem a perder o direito sobre seu próprio corpo, direito de viver, de estar doente, de se curar como quiserem. Dessa forma, a instituição é considerada local de controle de corpos e doenças (FOUCAULT, 1979).

Esse fato é percebido nos tratamentos de drogas baseados apenas na visão biologicista, em que prevalece o indivíduo dependente/doente. Nessa perspectiva, a droga é potencialmente um vetor de dependência física, representando ameaças e prejuízos para o funcionamento cognitivo, funcional, comportamental dos usuários, podendo ocasionar ou estar associada a transtornos mentais (HOLZ; GONÇALVES; ARAUJO, 2014).

Assim, restam as internações por grandes períodos em comunidades terapêuticas, as internações compulsórias e os tratamentos centrados na medicalização e na abstinência, em que o foco é somente a droga e não a pessoa envolta em seus processos de vida.

Essas concepções também legitimam um território de trabalho em saúde. Se, anteriormente, o território na saúde era considerado um local de circulação e vetor de doenças e bactérias, atualmente, ele é visto como um local de gestão e espaço de trabalho. Isso denominamos territorialização de ações em saúde, um método que consiste na organização dos processos de trabalho e práticas da equipe, analisando a questão da delimitação espacial do campo de abordagem. Essa territorialização é aplicada a diversos serviços do SUS, como

os programas de saúde da família, vigilância ambiental e saúde, os CAPS e os consultórios na rua (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

O desafio da territorialização é não reduzir o conceito de espaço somente a uma questão político-administrativa na gestão física dos serviços de saúde, enfraquecendo o potencial do conceito de território para compreensão das singularidades das populações e dos problemas de saúde de determinada área (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Assim, reconhecemos a importância desse desafio articulado às políticas públicas para usuários de drogas e “pessoas em situação de rua”. É evidente a emergência de novos territórios de cuidado que não se limitem às instituições de saúde e dentro dos serviços, ressaltando a necessidade de uma nova configuração de cuidado, essa não ligada a biopolítica e ao controle dos corpos. Há a emergência de um movimento ao contrário: a importância de conhecer e entender o mundo do usuário de droga na rua e seu espaço social, tendo-se nessas vezes as ferramentas para a interpretação de dissonâncias e contradições desses processos sanitários: a vivência do território na construção do cuidado.

O CnR é um avanço no cuidado na rua, pois possui eixos norteadores para a promoção da saúde em uma perspectiva dinâmica que reconheça os contextos de vida e as particularidades das populações de rua. No entanto ele precisa ser problematizado frequentemente, pois os profissionais podem trabalhar a rua como um território social de cuidado, na perspectiva da vivência do usuário, ou podem limitar a rua enquanto intervenção estritamente de saúde, um território de controle, ou seja, um espaço para impor estratégias de tratamento descontextualizadas com o desejo das pessoas.

Essa nova configuração de mobilidade urbana torna visível aos olhos da sociedade aqueles que vivem a cidade, nos centros, nos espaços vazios, nas praças e terrenos baldios, criando as aldeias e redes informais de cuidado. Esse argumento remete à necessidade de responsabilização das políticas públicas para que considerem a saúde nas suas diferenças culturais, valorizando, assim, os espaços da rua e o modelo sociocultural como potencial para compreender esses diferentes modos de vida e incorporá-los aos modos de pensar e fazer cuidado.

O cuidado na rua propõe a visualização dos espaços sociais da cidade, diferente das instituições tradicionais de saúde, podendo ser construído na itinerância, junto as ruas, aos viadutos, às praças, aos terrenos baldios, considerando as redes informais no cuidado. A rua é um espaço fundamental de ocupação dos profissionais, pois é nela que os usuários vivem,

revelando suas relações e modos de vida que nos dão subsídios para ampliarmos a produção de saúde.

4 A CULTURA DA RUA — A DROGA ENQUANTO ESTILO DE VIDA

4.1 “Comer com a colher”: primeiras compreensões da cultura da rua e da droga enquanto estilo de vida

No final do ano de 2015 estava iniciando meu contato com o MNPR e com os interlocutores, e começava a negociar a apresentação da pesquisa. Naquele período, o MNPR organizou o IV Encontro das Pessoas em Situação de Rua da Região Sul, com o objetivo de refletir e discutir sobre as Políticas Públicas de Saúde, Moradia, Meio ambiente, Assistência social, Trabalho, entre outros.

Nesse contexto, coloquei-me à disposição para ajudar na organização do evento. Prontamente, o coletivo das “pessoas em situação de rua” me incluiu nas reuniões de discussões sobre o cronograma do evento e as necessidades logísticas.

As reuniões ocorreram na Escola Especializada em Pessoas em Situação de Rua (EMEF). Na primeira reunião, após ampla discussão dos militantes, assumi o acolhimento dos participantes, sendo minha responsabilidade sanar dúvidas e atender as demandas do evento. Assim, nessa reunião pude conhecer mais sobre as pessoas ali engajadas, e iniciar uma aproximação maior por estar colaborando com a organização do evento e o andamento da reunião. Todos falavam ao mesmo tempo, às vezes perdiam o foco da discussão, e meu papel era anotar e sistematizar o que era pensado pelo grupo.

Nesse mesmo dia fui surpreendida com um convite para almoçar com alguns militantes e dois apoiadores. Não hesitei em aceitar o convite, pois queria fortalecer nossos vínculos. Saímos da escola, e com um militante e uma apoiadora, fui comprar alimentos para o almoço. Enquanto outra parte do grupo se locomoveu para o local onde iríamos realizá-lo.

Ao chegar naquele “local”, um território desconhecido, controlei minha surpresa para não ser mal compreendida pelo grupo. O lugar era um terreno a céu aberto, com algumas árvores, distante dos olhos de muitas pessoas da cidade. Ali estavam as barracas, unidas, como em uma comunidade, um bairro. A minha surpresa era porque eu nunca tinha visto um

espaço assim, e não tinha noção de que ele existisse na cidade. Aos poucos fui explorando e me acostumando ao local.

O grupo estava a nossa espera e foi logo contando que aqueles territórios eram chamados de “aldeia”, e a comunidade era composta pelas “casas” (barracas) de diversas “pessoas em situação de rua” que ali convivem em grupos para maior proteção e ajuda mútua. Esse território se localiza no centro da cidade, mas ao mesmo tempo é diferente de um espaço urbano com muitos edifícios, carros e pessoas circulando. É um espaço urbano pouco habitado, arborizado e com poucos edifícios ao redor, lembrando uma região interiorana.

Começam a preparar o almoço e me ofereço para ajudar. Eles me dizem que sou uma convidada, sento-me em um sofá velho que foi recuperado na rua, e continuamos conversando. O grupo me conta suas histórias da rua.

Essas galinhas, aqui, são galinhas de macumba (olhando para algumas galinhas vivas). Nos trouxemos elas para cá, elas moram com a gente... (João, R3,R4)

Ali atrás podes ver tem uma horta, nós plantamos e em breve teremos algo para colher... (João, R3,R4)

Fazemos comida em grupo, todos comemos juntos... (João, R3,R4)

Aqui no barraco está minha cama, os materiais para capinar a horta, coisas que acho no lixo e que podem ser ainda usadas. Tu viu como é ajeitado meu barraco? (R3)

O “barraco” é uma cabana feita de lona preta, com cama, sofá, o que encontram pela rua. Observei um cuidado na organização da “casa”, e o orgulho disso. Apesar de serem móveis encontrados na rua, há higienização, e o espaço é limpo e organizado.

A cozinha é em local aberto, perto dos “barracos”, com uma grande mesa, poucos objetos: alguns talheres, duas panelas, dois pratos e uma grande panela na qual fazem comida em fogo de chão.

Nesse momento penso como vamos comer, vejo poucos pratos e talheres, mas resolvo não perguntar e aguardar para ver como organizam a dinâmica da alimentação em grupo.

Fico sentada em um sofá pequeno e danificado perto da mesa da cozinha. Algumas pessoas do grupo continuam conversando, outras fumando cigarro ou maconha. Logo, começo a conhecer João, um dos interlocutores privilegiados, que nesse dia sentou-se ao meu lado em um banco de madeira. Mostrou-me os jornais do Boca de Rua e me contou sobre sua inserção no jornal, começando a me falar sobre sua vida.

Faço parte do jornal, como vê aqui, já entrevistei pessoas, também ajudo nas reportagens, entende? Na construção do jornal. Tenho quase todos eles guardados, esse jornal é importante, traz reportagens de discussões importantes para o povo da rua: alimentação, emprego, estigma, repressão policial, saúde. (João)

Eu, por exemplo, agora não estou na rua, estou em um abrigo por motivos de saúde, na rua não tem como ficar com a saúde debilitada. Olha para mim no passado, muito magro, desistia dos tratamentos, agora estou conseguindo me organizar melhor. (João)

Já fiz parte de um projeto social para ajudar na saúde, meu papel era mediar a entrada dos profissionais em nossos ambientes, como aqui na aldeia, porque não é fácil entrar aqui, a gente precisa confiar nas pessoas para deixar elas entrar... (João)

[...] Esse abrigo que fico tem o papel de ajudar pessoas em situação de rua que têm problemas de saúde, como já sabe tem uma avaliação de saúde feita que envolve diversas doenças, entre elas a tuberculose, o HIV, as hepatites. Eu graças a Deus só tenho tuberculose, mas mesmo assim, foi muito difícil encarar o tratamento. Agora me sinto mais forte com a ajuda desse abrigo. Pensa, o cara doente na rua, a rua diminuiu nossa imunidade... (João)

João continua a contar suas experiências na rua, inserindo o restante do grupo na conversa. Todos compartilham histórias engraçadas. A história das ‘galinhas de macumba’ é uma delas. Contam como pegaram de um ‘trabalho de feitiçaria’ na rua: “*Um dia nos disseram que se já foi oferecido para entidade lá, então já pode pegar, sabe-se lá se é verdade, mas elas agora moram com nós e são nossas amigas...*” (R4)

O militante que se ofereceu para cozinhar continua fazendo a comida, busca água para lavar os objetos e diz: “*Hoje vocês vão comer um baita rango, já fui auxiliar de cozinha, eu sei como é cozinhar...*” (R3)

Um dos apoiadores pergunta sobre como vamos comer, pois não vê muitos utensílios, e pergunta onde estão os potes nos quais comeram no outro dia. João fica calado, logo vai cortando algumas garrafas de plástico, me dá uma delas já cortada e uma colher. “*Aqui está o teu, segura porque senão se perde*“. Eu respondo, rindo: “*Pode deixar! Na hora da comida quem pode mais chora menos*”.

Na mesa é colocada a grande panela com a massa de legumes e calabresa. Todos começam a se servir. O cozinheiro me grita: “*Depois que tu comer pode passar para mim teu pote? Mas pode comer tranquila*” (R4). Respondo que sim, que vamos nos organizando para todos comerem.

João ri e diz: “*Acho que tu já foi moradora de rua e está nos escondendo*”. Dou risada e continuamos comendo.

Alguns não têm colheres e improvisam produzindo algumas colheres com garrafa plástica. Fico preocupada por ser uma das primeiras a estar comendo e por usar a colher. E pergunto: “Vocês têm certeza que eu devo comer com a colher? Sério, eu não sei se é justo, e também posso tentar fazer uma colher improvisada”.

Eles me olham tranquilos e respondem juntos: “Não te preocupa, achamos que agora deve comer com a colher. Tu é nossa convidada e está acostumada a comer assim, depois que comer tu me passa e assim vamos passando e todos comeremos. Aqui o pessoal já sabe ‘das manha’, tu vai ir entendendo...” (João, R4, R3).

Essa foi minha primeira experiência, e significativa, em contato com a realidade da rua. Não estava apenas ouvindo suas histórias, experiências e vivências; eu estava em contato com seu território, observando-o e observando as relações deles, e também fazendo parte daquela vivência.

Comer com a colher foi muito simbólico, pois ela demarcou as nossas diferenças naquele momento. A maioria estava com colheres improvisadas, ou sem colheres, ou sem potes, aguardando ou comendo como conseguiam improvisar. Eu tinha o privilégio da colher. Eu não conhecia a rua, não sabia comer sem colher, era uma convidada, alguém em quem eles estavam confiando naquele momento, e eu tinha a possibilidade de conhecê-los melhor.

É expressiva a força de suas redes de afeto, e a aldeia significava isso, a possibilidade de viver em comunidade e em proteção. A falta de estrutura e os poucos utensílios não pareciam ser um problema para que acolhessem quem consideravam em seus territórios. Estavam orgulhosos em me mostrar suas casas e por terem a possibilidade de me oferecer alguma coisa. Aquele universo demarcava seus modos de vida/estilos de vida.

Essas redes de afeto revelaram uma organização social de “parceria”. Eles compartilhavam o mesmo espaço, a mesma busca por comida, as mesmas histórias, a possibilidade de tomar um “trago”, fumar um cigarrinho ou uma maconha. Compartilhavam também a vida no espaço urbano.

A “aldeia” está na cidade, a população de rua é urbana, isso se relaciona com o urbanismo enquanto modo de vida. Segundo Wirth (1979) a noção de urbanismo sempre esteve ligada à densidade populacional e interesses político-administrativos, sendo que essa ideia define uma comunidade como sendo urbana apenas por seu tamanho e densidade. No

entanto, ao se determinar urbana uma comunidade, há a necessidade de entender a organização social das pessoas em relação a esse território.

É possível perceber algumas características sociais significativas na conceituação do Urbano. A mobilidade seria uma delas, que marca o modo de vida urbano. Há uma relação do sujeito com o seu meio, caracterizada como flutuante, revelando um alto grau de renovação de membros dos diferentes grupos, mudanças contínuas de residência e local de emprego. A heterogeneidade também é uma característica, trazendo à tona distintos modos de vida e diferentes grupos humanos convivendo no espaço da cidade (WIRTH, 1979).

Entendo que as “populações de rua” possuem modos de vida/estilos de vida bastante particulares. Essa relação não pode ficar restrita a um conceito de urbano ligado a tamanho e densidade, e, sim, à cidade que se movimenta, heterogênea e flutuante.

São populações itinerantes, não possuem residência fixa, emprego formal, seus laços sociais são fragilizados, podendo ser ligadas às situações de vulnerabilidade. No entanto, a experiência na aldeia me fez ampliar olhares há força de sua organização social: são uma comunidade, com seus modos de vida, regras e relações sociais próprias.

Esses modos de vida incluem a itinerância, mas também a criação de grupos de proteção denominados por eles de aldeias. Nesse contato inicial com as aldeias, o que inicialmente me parecia caótico e muito diferente do que eu já havia vivido, foi se transformando em um lugar de amizade, de naturalidade, em que o caótico foi se dissolvendo na possibilidade de compartilhar mesmo tendo poucos recursos. Eu, alguém tão diferente daquele universo, era respeitada por minhas limitações: “vamos dar a ela a colher”. Mais que uma demarcação de diferença, esse ato significava também o acolhimento das minhas limitações por não viver nas ruas (de ter modos de vida distintos) e, de repente, não sobreviver à rua.

Recordo-me, nesse processo, do conceito de território que envolve poder. O território é multidimensional, não se trata somente de controle físico e material, mas também do controle e do poder simbólico, por meio de construções de identidades territoriais na produção de identificações dos grupos com seus espaços vividos. Sendo assim, é local de poder político, econômico, simbólico e cultural (HAESBAERT, 2013).

Assim, viver/ estar nas ruas me faz entender que esses espaços são ricos de poder e identidade, onde esses sujeitos criam suas leis, seus significados, modos de vida, redes de

afeto e organização social. A noção de “vulnerável” ascende para a de “sobrevivente”, pois, em meio a adversidades, dificuldades, necessidades, há a possibilidade de organização de suas vidas e espaços, e esses sujeitos também possuem poder, e eu, a “pesquisadora”, poderia não sobreviver às dificuldades daquela vida por não possuir os mesmos talentos e a identidade da rua.

A aldeia é um território multidimensional, ou seja, espaço de poder, movimento, identidade e afeto. Não é somente um local de vulnerabilidade, de risco a saúde e doença como ainda é “trabalhado” na visão biologicista das instituições e do modelo de “tratamentos”. Isso revela que se as políticas públicas continuarem distantes desses espaços — enquanto locais ricos de vida —, continuarão distanciadas da complexidade de cuidado.

As “pessoas em situação de rua” estão sempre relacionadas à situação de “vulnerabilidade social”. Para entender esse termo, é necessário voltar a sua raiz histórica. A vulnerabilidade social é uma resposta para a Epidemia de HIV/AIDS no mundo. Anteriormente, os instrumentos epidemiológicos utilizaram principalmente a identificação de subgrupos populacionais, nos quais as chances de as pessoas adquirirem HIV eram maiores do que as populações em geral, criando os grupos de risco, por exemplo os grupos de homossexuais, e pessoas que usavam drogas injetáveis. Os grupos de risco foram importantes no início dos estudos sobre a doença, mas fez surgir um conceito limitado, pois desenvolveu uma identidade social para as pessoas que viviam com AIDS, criando estigmas, discriminação, afastamento social, exclusão e abordagens que não respeitavam as singularidades das pessoas (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012).

Frente a isso, foi introduzida a noção de comportamento de risco com o objetivo de diminuir estigmas e discriminação que a noção de grupos de risco indicava. No entanto restringiu-se ainda a uma abordagem individual, ou seja, a responsabilização exclusivamente do indivíduo por seus comportamentos e atitudes de risco para aquisição da doença, criando uma postura de “culpabilização” e “punição”. Houve críticas dos movimentos sociais a esses modelos comportamentalistas e individualizantes, que refletiram sobre a importância de as práticas de cuidado envolverem a percepção de múltiplos fatores — políticos, sociais, culturais (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012).

O termo estilo de vida advém dessa lógica de comportamento de risco que também foi utilizado na Epidemiologia associado ao risco individual no processo de adoecimento, por

exemplo do uso de drogas e a situação de rua. Nessa visão de comportamento de risco, esse hábito e essa vivência tornar-se-iam riscos na constituição de doenças.

Busco problematizar esse conceito de estilo de vida, associando-o à Antropologia Médica que o considera de forma mais holística, advindo de uma construção social, global, que incorpora diversos aspectos sociais, econômicos, culturais e relacionais que consideram o risco individual apenas uma variável a mais no processo dinâmico de saúde/doença (ALMEIDA FILHO et al., 1998).

Esse conceito de estilo de vida é adequado para se compreender a vulnerabilidade social caracterizada por um processo dinâmico que envolve múltiplas dimensões e a existência de um contexto social, ou seja, o indivíduo não é somente a resposta de seu comportamento, e, sim, do ambiente cultural, sociopolítico e suas relações são consideradas nesse processo (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012).

Desse modo, a entrada no universo das aldeias me faz problematizar também essa ideia de que “populações de rua” possuem um estilo de vida que revela somente vulnerabilidade social. Na realidade, existem inúmeros fatores que tornam essas populações vulneráveis, e, nas palavras de João, “a rua diminui nossa imunidade”, “só tenho tuberculose, ainda bem”, o que mostra a ciência de que há problemas de saúde. No entanto, há uma identidade de rua que revela um talento de sobrevivência, de alguém forte o suficiente para se reinventar, e da noção de grupo que se une e se protege.

Em relação ao uso de drogas é importante problematizar que seu consumo não deve ser visto simplesmente como uma experiência individual advinda da noção de comportamento de risco, mas, sim, faz parte de um conjunto de manifestações sociais e culturais de grupos, os quais constroem modos de vida em torno desse uso. Assim, cito outra vivência de campo:

Estamos em junho de 2016, é um dia muito frio. Participo de uma atividade em que o professor da Universidade da Bahia, Antônio Nery, fala sobre as drogas e direitos humanos, em um evento organizado em parceria entre MNPR e a prefeitura da cidade. Encontro João e outros representantes do movimento, além de um Psicólogo que os acompanha nas atividades de facilitadores sociais²³.

²³ Os facilitadores sociais são “pessoas em situação de rua” ou com histórico de rua que auxiliam as equipes de abordagem social, contribuindo com suas experiências no processo da construção do vínculo, do acolhimento e do acesso à rede de serviços (PORTO ALEGRE, 2014).

Sento ao lado de João e ouvimos a conferência. O professor expõe, de maneira bem-humorada, sua experiência prática no tema dos direitos humanos, da vulnerabilidade social e uso de drogas. Para ele as questões de vida são essenciais na compreensão do uso de drogas na sociedade.

Fala que para as “pessoas em situação de rua” há a questão do abandono, da falta de perspectiva e do não reconhecimento da sociedade. O que seria esse não reconhecimento? Não são vistos como humanos, como pessoas, então a droga, em muitos momentos, é um artifício de vida, a única perspectiva de sobrevivência em uma sociedade de abandono.

João está inquieto, me diz que não ficará mais, que gostaria de conversar comigo em outro momento sobre uma situação pessoal, levanta e sai. Noto o quanto a fala do professor “mexeu” com os sentimentos de João.

Continuo ouvindo o debate. Na plateia, um diálogo me chama a atenção. Um ex-usuário de drogas relata que não está preocupado com pessoas que fazem uso funcional da droga e sim com as que fazem uso disfuncional, por exemplo as pessoas da Cracolândia.

O professor expõe sua experiência na cracolândia, e diz perceber que o uso abusivo e a dependência estão intimamente ligados à necessidade daquelas pessoas em sobreviver às suas vulnerabilidades, a falta de oportunidades, o descaso no cuidado formal e a falta de políticas públicas. Refere, então, que a droga passa a ser um artifício de vida, a única possibilidade de inclusão social naquele contexto.

O conceito de disfuncional é desconstruído pelo professor ao dizer que em toda a sociedade haverá pessoas que não se adaptam ao modelo, não por estarem erradas, mas por não se sentirem pertencentes a ele. Fala que o cuidado a essas pessoas deve ser pensado de forma diferente, pois a retirada da droga seria a real morte, e que o grande desafio era incluí-las com suas diferenças no sistema.

Esse debate me fez refletir sobre as diferentes facetas do uso de drogas na sociedade. Relaciono a cracolândia às “pessoas em situação de rua”, pois percebo algumas situações em comum: a falta de oportunidades, descaso das políticas públicas e a sobrevivência a suas vulnerabilidades. Na saída da palestra, andando pelas ruas com um militante, ele relata algumas dessas situações:

R5 é um militante do movimento que sempre demonstrou o seu apoio a minha pesquisa. Ele não usa e nem nunca usou drogas, viveu muitos anos na rua e agora está no

abrigo por motivos de saúde. É um homem de estatura média, branco, com olhos e cabelos claros. À primeira vista quando o conheci acreditei que era um apoiador do movimento, não por sua aparência, mas muito mais por sua forma de se relacionar. No primeiro momento ele aparentava ser muito sério, com a linguagem bastante rebuscada, mas essa postura séria foi dando lugar a um homem delicado que gostava de conversar comigo sobre questões da rua.

[...] Aline, tu trabalha com drogas, acho que tu tem que ouvir também pessoas que não as usam nas ruas. Isso porque tu vai entender melhor esse tema. Talvez tu vai entender até o que professor disse de uma forma mais prática. Tipo a gente na rua sofre tudo que é violência, desrespeito, falta as coisas, mas a gente se acostuma. Mas a grande maioria usa a droga para suportar isso, e os que não usam são considerados os inadequados... (R5)

[...] Pois é, posso te dizer que nunca usei drogas, nunca mesmo. E as pessoas nunca entenderam como eu suportava viver na rua sem a droga, cansei de ouvir do tipo tu não vai aguentar cara. Um dia tu vai cair, não tem como suportar essa falta de tudo sem usar a droga...(R5)

[...]Já ouvi também de companheiros da rua: Se tu não usar droga esse lugar não é pra ti, aqui só estão quem usa droga... (R5)

[...] Posso te dizer, isso quero te relatar, que tem preconceito com as pessoas que não usam drogas na rua. Se ela não usa, tu acabas ficando de fora, como se eu fosse o errado. Aquilo que ele falou lá do disfuncional. Aí se tu não usa a droga tu é disfuncional naquele sistema... (R5)

Ouvi atentamente R5 e sua afirmação “Você tem que ouvir também quem não usa drogas, só assim tu vai entender como é as ruas”, retumbava em meus pensamentos. Assim, consegui levantar o argumento: para as populações de rua, pode haver um estilo de vida em que a droga possui um valor social, cultural e simbólico que também demarca a sobrevivência. Ou seja, como disse o professor Nery, “a droga é um artifício de vida e não de morte”.

R5 aborda em seus relatos que sua sobrevivência nas ruas foi sempre conturbada quando associada às relações em grupo. Sempre buscou a companhia de um amigo com ideias parecidas ou a individualidade. A afirmativa a vida nas ruas foi possível relaciono-a a uma frase que R5 sempre repetia: “a gente se acostuma”.

A conversa com R5 e a conferência com o professor Nery me fizeram pensar “a droga enquanto valor”, e me recordei do livro *Outsiders*, de Becker (2008):

Sempre que um grupo de pessoas tem parcialmente uma vida em comum com um pequeno grau de isolamento em relação às outras pessoas, uma mesma posição na sociedade, problemas em comuns, ali se constitui uma cultura. Pode ser a cultura fantástica dos infelizes que, tendo se tornado viciados em heroína, partilham um prazer proibido, uma tragédia e uma batalha contra o mundo convencional. Pode ser a cultura de um par de crianças que, enfrentando os mesmos pais poderosos e arbitrários, criam uma linguagem e um conjunto de costumes próprios que persiste

mesmo quando se tornam grandes e poderosas como os pais. Pode ser a cultura de um grupo de estudantes que, desejosos a se tornar médicos, veem-se diante dos mesmos cadáveres, testes, pacientes complicados, professores e orientadores (BECKER, 2008, p.90).

O autor refere que a cultura surge essencialmente em resposta a um problema enfrentado que é comum a um grupo de pessoas, à medida que elas conseguem se unir e se comunicar entre si de forma eficaz. Pessoas que se envolvem em atividades desviantes — por exemplo o usuário de drogas pesadas que vive também nas ruas — enfrentam a problemática de que sua concepção a respeito do que fazem não é partilhada por outros membros da sociedade, sendo que suas culturas muitas vezes são consideradas subculturas (BECKER, 2008).

A experiência de R5 revela o conflito com o grupo de “pessoas em situação de rua”, por não compartilharem o uso de drogas delas, e também a cultura do uso de drogas na rua. Mostra essa cultura como um estilo de vida que não é individual, e, sim, coletivo; o uso da droga os une frente aos problemas comuns que vivem pelas ruas: “[...] Se você não usar drogas você não irá suportar e um dia irá cair...”

Há um tensionamento na noção de normalidade, em que o desviante não possui o propósito e a intenção exatamente do desvio. Na realidade, ignora a existência da regra — em que o “normal” não é exatamente o ligado a instituições e comportamentos convencionais —, à qual a maioria das pessoas da sociedade é submetida ao longo do tempo. O que acontece é que o indivíduo adquire alguns comportamentos em consequência das experiências pelas quais passou, por exemplo, um jovem de classe média não deve abandonar a escola, pois seu futuro profissional depende dela. Nesse caso, o impulso desviante está sempre presente, porém uma pessoa convencional consegue controlá-lo, levando em consideração as consequências que isso poderia acarretar. Para o indivíduo “desviante” não existe a reputação a zelar, pois, conforme suas noções e experiências, seu comportamento é adequado (BECKER, 2008).

R5 narra que o fato de não usar drogas o coloca em posição de desvio, ele se torna “disfuncional” naquele sistema. Essa ideia está em coerência com a obra *Outsider*, de Becker, que trata daquele que se desvia das regras do grupo. Em uma sociedade “normal”, ou seja, a legitimada pelos modelos convencionais e pelo biologicismo do uso de drogas, eu poderia dizer que R5 está correto, pois ele consegue viver sem drogas. No entanto o “normal” para essa sociedade de rua é a utilização da droga, fazendo com que R5 seja o “outsider”, o outro, o diferente naquele lugar.

Alguns dias depois, encontrei José acompanhado de R5. Muito sorridente, José contou que tem trabalhando muito como facilitador social: “Tu sabe, né, Aline, tenho que ganhar meu pão, fazer minha “lida”, senão dá “ladaia²⁴”, e fomos caminhando pela cidade.

É um inverno muito frio, e vamos, os três, conversando, principalmente sobre isso. Eles contam como é a vida na rua, como eles se organizam para o frio. José diz que não costuma passar frio na rua, pois tem vários cobertores. No momento está com um colchão de um amigo que está em tratamento no CAPS AD, mas que em breve esse amigo voltará do tratamento. Então ele precisará se organizar com os cobertores que tem para montar um colchão.

Pergunto aos dois onde deixam suas coisas, os cobertores e outros utensílios que não podem estar sempre carregando. José apenas carrega uma pequena mochila nas costas e afirma que os colchões e outros objetos ficam na rua, pois sempre tem alguém do grupo que cuida dos objetos. Diz que dorme em um local específico de uma praça central (um canto da praça), ele e um grupo de amigos (uma aldeia), ali costumam montar seus colchões e fazer alimentação coletiva.

[...] Só à noite que bem dizer nos encontramos, principalmente agora que tenho trabalhado muito. Bem dizer todos trabalham, algum que outro que fica responsável por cuidar das coisas, os que trabalham e fazem sua ‘corrida²⁵’ normalmente trazem comida. A gente ajuda os outros, é coletiva a alimentação... (José)

[...] Dias e noites assim tão frios é impossível ficar de cara limpa, a canha é boa para se esquentar e aguentar esse vento forte, dormir tranquilo. Temos que cuidar também para não perder nossos cobertores nessa história, então, tomar a canha e ir se deitar... (José)

[...] Não é só de noite que bebemos, tem o dia, conforme o frio começamos desde cedo a beber... Hoje não estou bêbado por que estava na reunião, estávamos num lugar coberto. Então, tenho diminuído o álcool por causa disso, se estivesse na rua provavelmente estaria em um ‘trago’ (risos). (José)

Deixamos R5 no abrigo, e continuei acompanhando José pelas ruas em direção a uma praça do centro da cidade onde tem morado. No caminho, ele vai me mostrando lugares nos quais já morou, uma praça, em um bairro boêmio da cidade, em frente a uma danceteria, ao lado de um bar onde há algumas pessoas dormindo. Ambos os ambientes são escuros e distantes, mostrando a outra face do bairro boêmio que é iluminado e movimentado.

[...] Aqui dormíamos em grupo, fazíamos comida coletiva quando dava, trabalhávamos em trabalhos informais. Eu já trabalhei até na construção desse bar aqui, (me apontando um bar da cidade), ganhávamos uma grana por isso e nos

²⁴ Denominação nativa que se refere a problemas, brigas, desafetos.

²⁵ Denominação nativa para trabalho ou busca por coisas na rua.

dávamos bem com o dono do bar, ele não se incomodava de dormirmos ao lado do bar dele. Ah, nos até bebia umas cervejas que esse pessoal nos dava... (José)

Pergunto a José como são essas mudanças de grupo, se ele fica muito tempo em cada grupo e o que o faz mudar.

[...] É uma vida semelhante, digamos que se troca o grupo e lugar, mas a vida segue meio que parecida. Muitas vezes acontece de te conhecerem aí pelas ruas e te convidarem a ir pra determinada aldeia. Tudo depende do que tu quer, mas quem são as pessoas é importante. Agora estou na praça central porque é onde estou me identificando mais. É perto de tudo, o grupo é unido, ali não tem tanta violência pois é uma praça bem localizada. Mas isso pode mudar, já morei em vários lugares. Quanto ao grupo, eles são o principal, nós comemos e usamos drogas juntos, quem tem grana no dia ajuda o outro... (José)

[...] A comida não é difícil de conseguir, ou a gente trabalha para comprar, ou a gente consegue de algum restaurante, vamos lá depois que o restaurante fecha, normalmente sobra muita comida no dia. Tem padrinho ²⁶ que apoia a gente, dá comida, dá um dinheiro. E tem os ‘macaquinhos’ também, tu não viu hoje na caminhada eu tava só de olho se tinha algum macaquinho na rua.... (José)

Pergunto a ele o que seria o “macaquinho”?! E ele disse: “Ah, como tu não sabe? Tem muito padrinho que sabe. Assim, se tu tem uma comida em casa e ela tá boa, mas tu não quer ela, tu coloca num saquinho separado e dependura nos containers ou em alguma árvore, certamente algum morador de rua vai aproveitar o que tu não quer. Agora tu já sabe.” (José).

Dou uma risada e peço desculpas pela ignorância, eu não sabia que isso era uma “técnica comum” entre os “padrinhos e madrinhas” da rua. Realmente era algo bem sensível, ou o mínimo a ser feito, pensar na separação dos alimentos a fim de que outras pessoas pudessem reaproveitar, não simplesmente colocar tudo junto nas sacolas de lixo. Ele “debochava” de alguns de meus desconhecimentos sobre a realidade da rua: “ah, para que tu não sabes”, “tá muito inocente, Aline”, “ Ainda tem muito chão pra entender a ciência da rua: Rualogia...”. E eu normalmente ria junto e pedia que me ajudasse a entender melhor.

De fato, aquele universo era sempre surpreendente a cada conversa, cada dia era muito intenso e eu sempre aprendia coisas novas. Pensava o quanto era interessante a forma com que se organizavam em meio a tantas necessidades. Sem o outro, um indivíduo poderia não sobreviver às ruas, então essa organização social coletiva demonstrava também a alteridade.

Caminhamos a passos longos, pois já estava bem escuro, José, preocupado comigo, me diz que irá me deixar próximo a minha casa.

²⁶ Denominação nativa que significa pessoas que costumam ajudar financeiramente ou afetivamente pessoas em situação de rua. Por exemplo, eu sou considerada uma “madrinha” para o grupo.

[...]Venho pra esses lados só por causa tua, porque tenho desafetos aqui, toda essa galera desse bar da esquina, aí, por exemplo, tu não sabe, mas tem traficante no meio. E se eu passo ali e dá ladaia, e tu comigo, pode ser perigoso. Conheço essa galera, eles não são boa gente, tu tem que aprender que na rua tem gente boa e tem gente ruim, não só na rua, lá nas tuas escolas tenho certeza que é assim também, gente boa e gente ruim. Tem que saber identificar. (José)

Nesse momento fico com um pouco de receio não só pelo que me falou, mas o tom da sua voz mostrava que a situação parecia ameaçadora. Digo a ele que não há necessidade de me deixar em casa, que é melhor seguir por outro caminho até a praça de sua moradia, é mais seguro para ambos. Ele concorda e nos despedimos.

Recordo-me do estudo de Palombini (2015) sobre “moradores de rua e suas relações com o espaço urbano”, no qual ele aponta que as pessoas em “situação de rua” não escolhem livremente seus locais de moradia, normalmente é a realidade que lhes impõe certos nichos possíveis de se fixar. Essa “fixação” é temporária e efêmera, sendo transformada conforme as circunstâncias vividas. O grupo tem muita importância na escolha do lugar, dando um caráter coletivista à situação, e ao mesmo tempo em que se reconhecem vinculados a um grupo, resistem a reconhecer certos lugares como seus.

Tanto José quanto João não escolhe a aldeia de moradia pelo espaço geográfico que ela se insere, mas pelo grupo de pessoas que ali vive. Conforme diz José, “quem são as pessoas é importante”, pois essa relação de apoio coletiva é que dará a proteção necessária para a sobrevivência na rua.

Nos coletivos da rua, a droga faz parte de um conjunto de manifestações de sua cultura. R5 relata que a partir do seu não uso de drogas acaba convivendo com muitos problemas, pois o grupo não o reconhece como sendo parte dele, nesse sentido, sua sobrevivência nas ruas não é legitimada.

A sobrevivência é um termo presente na cultura da rua, expressa na fala de José: “O uso de drogas não é somente pelo prazer, mas inclusive para suportar o frio”.

Há uma oposição ao modelo de adição biológico das drogas em que a substância influi diretamente em sistemas de prazer e recompensa, fazendo do usuário um dependente. Para José e seu grupo de amigos a droga resolve o problema do frio, ou seja, o indivíduo não é somente um corpo biológico dependente de substância, revela também sua necessidade produzida através da relação com o ambiente.

Isso reflete a droga na visão do modelo sociocultural em que há uma concepção de estilo de vida em que a droga cria processos de identificação, interação e negociação. Trata-se de uma trama de relações sociais e expectativas culturais que contribuem para a construção do sujeito, orientando suas existências e uso de drogas (ROMANÍ, 1999).

Observa-se, na dinâmica de nossa sociedade, que o caso dos “usuários de drogas” e suas relações com outras pessoas passa pelo estereótipo de “doente” e “marginal”, em que há uma concepção de vida infame e expectativas negativas sobre seu comportamento e estilo de vida. Assim, resta-lhes a ação de instituições para resolver o “problema”, sejam elas instituições de saúde ou de segurança pública (RONZANI; NOTO; DA SILVEIRA, 2014).

Essa ideia me faz pensar sobre os mecanismos de poder que, historicamente, segundo Foucault (2001), trazem, em consequência, os efeitos de exclusão. Há ainda hoje mecanismos de poder exercidos sobre os loucos, os criminosos, os desviantes e os drogados, que têm por efeito a marginalização, o exílio, a privação e a estigmatização. Em meados do século XVII deu-se início à caça aos mendigos, aos vagabundos e ociosos, havendo o sancionamento da ideia de levá-los para fora das cidades, principalmente por internamento em hospitais psiquiátricos. Esses mecanismos de poder também agem no controle dessa população desviante das normas e regras estabelecidas (FOULCAUT, 2001).

O fato é que essas concepções permeiam também a área da saúde, formada por uma diversidade de mecanismos de controle e poder: os tratamentos baseados somente na retirada da droga, internação compulsória, indiscriminadamente, e medicalização excessiva, revelando o poder do Estado e da medicina sobre o corpo “drogado”.

No entanto esses tratamentos ainda estão longe de compreender a complexidade do modo de vida na rua. Quando R5 e José narram suas realidades, eles apontam para a realidade de um grupo: a droga é motivo de sobrevivência e faz parte de um estilo de vida.

Remeto-me a Geertz (1973) quando diz que a cultura fornece modelos “de” e modelos “para” na construção das realidades sociais e psicológicas. Nessa perspectiva, surgem as formas de pensar e de agir de determinados grupos, em que a cultura é importante para a construção do fenômeno de uso de drogas e vida nas ruas: as percepções, as interpretações e ações são culturalmente construídas e vivenciadas. Dessa forma, a compreensão dessas construções precisa ser incorporada à construção de redes de cuidado, em que a experiência de vida na rua pode ser o norte para as ações e práticas em saúde.

Observa-se que o mundo social dos moradores de rua é considerado uma subcultura, pois a grande maioria das pessoas não escolhe esse mundo e sim é empurrada pelas circunstâncias sociais: essas pessoas vivem uma vida precária, sofrem violências e estigmas constantes, e não há políticas públicas e redes formais adequadas para suas necessidades, e estão mais vulneráveis a doenças e ao uso de drogas. Então, partilham de um mesmo destino, sobreviver a essas circunstâncias e a difícil vida nas ruas e becos das grandes cidades (COSTA, 2005).

A cultura perpassa a heterogeneidade, há uma organização social, experiências sociais, visões de mundo altamente diferenciadas, e a coexistência de grupos de origens étnicas e religiosas muito variadas. A noção de subcultura está associada à sociedade complexa, pois se trata de diferentes classes, religiões, etnias. Pode-se exemplificar com a cultura burguesa que criou um conjunto de normas e regras dominantes: tradições, heranças - humanismo, cristianismo – e a origem pode estar vinculada à noção de classe social da burguesia. Assim, as culturas que não são dominantes — as minorias — possuem comportamentos, crenças, valores em comum, opondo-se às culturas dominantes, e são consideradas subculturas (VELHO; CASTRO, 1978).

As “pessoas em situação de rua” e o uso de drogas são percebidos como uma subcultura, pois revelam um universo de significados bastante particulares que se opõem às culturas dominantes. Porém, a partir do acompanhamento etnográfico, observo uma cultura da rua, pois a definição de subcultura ainda é considerada pelo senso comum uma cultura em subdesenvolvimento. A cultura da rua revela seus aspectos negativos da vida com poucos recursos e muito sofrimento para esses sujeitos, e, ao mesmo tempo, é um modo de resistência, a partir de um mundo de significados e identidades que o reforçam e os torna sobreviventes: a organização em grupo parece ser o mais forte desses significados.

Pensando sobre a cultura na rua, lembro-me de minhas itinerâncias com João:

É mais uma sexta-feira fria de julho de 2016 e vou encontrar João no abrigo para irmos juntos à reunião do MNPR. Saímos caminhando pelas ruas, conversávamos sobre uma diversidade de assuntos. Devido ao nosso tempo de convivência desde o segundo semestre de 2015 já tínhamos um vínculo forte. Brincávamos, ríamos e conversávamos sobre problemas. Perguntei a ele como estava seu uso de drogas e como estava seu acompanhamento no CAPS AD.

João me relatou que continuava o uso de drogas, mas mais voltado à maconha, pois na redução de danos haviam conversado sobre essa troca (trocar o crack pela maconha) e isso o acalmava. Mas disse que era muito ansioso, e muitas vezes o uso de maconha estava sendo demasiado. O que mais o incomodava era a medicação, muita medicação que produziam vários efeitos colaterais, como a sonolência e tremedeiras.

Ele estava sonolento, por isso paramos no meio do caminho para comer um doce. Contou sobre seu tratamento no CAPS AD e que possuía um bom vínculo com os profissionais, relatando a segurança e o acolhimento que recebia dessas pessoas.

Recordo-me das entrevistas e do acompanhamento realizado há um bom tempo com João, sempre muito triste com o uso das medicações, fazendo com frequência perguntas sobre elas e que se sentia desmotivado em relação ao tratamento quando se tratava de usar medicações.

João parecia ansioso, como se tivesse algo a me dizer, perguntei-lhe há quanto tempo ele não ia às reuniões do MNPR, ele me disse que já fazia muito tempo. Achei estranho o jeito dele, não estava mais tranquilo, nem sorridente, me parecia preocupado. Perguntei o que estava acontecendo, se ele queria me falar alguma coisa, se ele realmente queria ir à reunião.

Pra ser sincero não quero, mas não sabia como te dizer, tem um cara aí que frequenta a escola, um cara que conheci na rua, ele tem me ameaçado constantemente. Tenho medo que aconteça alguma coisa, tanto comigo como contigo que está me acompanhando... (João)

Perguntei-lhe quem era essa pessoa, e mais detalhes sobre a situação para que eu entendesse.

Já faz um tempinho, a escola é território dele por isso tenho evitado, ele é um cara super agressivo, brigou já com profissionais do abrigo, nos éramos amigos. Acho que ele tem problemas na cabeça, então quero evitar desafetos... (João)

Decidimos, então, que não iríamos mais à reunião. Era necessário evitar riscos. Continuamos a caminhar pelas ruas. A ideia era ir visitar alguma aldeia, ele iria me mostrar alguns lugares nos quais já havia morado.

Chegamos a um parque, onde havia várias “pessoas em situação de rua”, homens e mulheres, crianças, estavam comendo um churrasco que ganharam de uma turma de pessoas que usava o espaço público para fazer um almoço coletivo entre amigos na rua. O pessoal (pessoas em “situação de rua”) cumprimentou primeiro o João, bem animados em vê-lo, após,

João me apresentou, e uma das pessoas do grupo disse: “*Eu conheço já esta menina, está sempre com a gente nas atividades, nas coisas do jornal, se dá com o pessoal...*” (R6).

Aos poucos, os olhares desconfiados e o desconforto com minha presença foram mudando para a descontração. Terminaram de comer e nos convidaram para dar uma volta pelo parque, a ideia era fazer uma roda para utilizar maconha. No parque, estávamos todos em uma roda, éramos seis. No ritual de uso de maconha, uma das pessoas fechou o baseado. Falavam sobre uma diversidade de assuntos, inclusive como estava sendo morar naquela aldeia que era próxima a esse parque, a questão do banho, a organização da alimentação.

Uma das mulheres que estava presente contava como estava sendo difícil trabalhar por esses dias, a fome nas ruas, os dias frios. O banho costuma ser no Centro de Referência Especializado para pessoas em “situação de rua” (Centro POP). No entanto, era sempre uma “ladaia”, filas gigantes para tomar um banho. Às vezes, então, tomavam em uma torneira localizada no parque. “Então, imagina a dificuldade”, disse-me R6, com o rosto marcado por grande tristeza.

As pessoas dizem que a gente não quer trabalhar, primeiro que o que nos sobra é catar lixo ou cuidar carros, quem vai dar emprego para quem não tem casa. Segundo, que quem tem casa a vida é mais fácil, pode tomar banho a hora que quer, nós precisamos do Centro POP, ele abre umas oito, oito e meia, nessa hora em um emprego normal você já deve estar trabalhando, não? (R6)

O centro POP não pode ser referência para nada, na realidade não somos nada ali, filas pra banho, poucos profissionais, eles também não nos entende, estão cheio do saco de ter que trabalhar com nós, acho que tem nojo da gente... (R6)

Concordo com ela, não faço perguntas, apenas digo que realmente é uma vida difícil e que poucas pessoas conhecem, e as pessoas falam do que desconhecem. Ela fica pensativa, mexendo os pés sobre a terra úmida.

Na volta da roda me ofereceram a maconha, eu não aceito, dizendo que estava ali para conhecê-los e acompanhar o João. João ri, dizendo a eles que eu era enfermeira, que fazia pesquisa, que não poderiam me levar para “o mau caminho”. Dou risada em conjunto com eles, fazendo um comentário: “Pois é, pessoal, pega mal eu andar ‘chapada’ em situações de trabalho...” (pesquisadora).

Todos riem, dizem que nunca haviam conhecido uma enfermeira que ficasse tão tranquila na presença deles: “Elas são rígidas e parecem ter nojo e medo da gente, mas a gente sabe que não são todas...”.

No momento do ritual de uso de maconha fiquei ouvindo o que falavam, não me senti à vontade para fazer perguntas, sentia que estava sendo aceita naquele espaço, desde que não ultrapassasse determinado limite. A conversa entre eles era fluida, em nenhum momento questionaram nada sobre mim, ou me colocaram na roda como uma “conhecida”, eu simplesmente era aceita pela presença forte do meu interlocutor naquele espaço.

A roda de uso de maconha durou menos de meia hora. Logo, o grupo se encaminhou para a aldeia e João e eu voltamos para o abrigo. Durante o retorno ele disse que aquelas pessoas eram uma parcela de seus amigos da rua, pessoas com quem já teve uma história de amizade e companheirismo quando estava sem teto. Nos dias atuais, eles continuam se encontrando, mantendo o vínculo, isso a partir de encontros não marcados, em que usam drogas e conversam, relembrando histórias.

Ele me disse que nem todos os “amigos da rua” mantêm a mesma amizade de antes, alguns têm preconceito dele estar querendo outro tipo de vida, por querer sair da rua. Ele acha que isso é “inveja deles” porque ele está “tentando se organizar”:

Na rua tem isso, se o cara tá tentando se organizar tem os invejosos que não querem te ver bem, te ver numa situação melhor, te ver saindo de situações que te geram dor, mas isso são algumas pessoas. Tem os amigos mesmo, que estão na rua por que querem e te entendem se quer sair dela, melhorar e tal... (João)

Foi um dia intenso. Em realidade, acompanhar João sempre me trazia um conhecimento novo sobre a cultura na rua, pois ele me inseria nas cenas, não ficava angustiada de me apresentar às pessoas, mesmo vendo que no início isso causava grande descontentamento do grupo. No entanto a confiança que ele depositava em mim era passada ao grupo, que ia diminuindo a resistência e se mantinha tranquilo.

Esses contextos eram ricos de informação sobre a forma de organização das pessoas. A grande maioria andava sempre em grupo, como João também me relatava que era quando ele morava na rua, as aldeias (comunidades de rua): “ Já morei em muitas aldeias, aldeias de todo tipo, muitos amigos eu fiz na rua, por isso que agora também preciso me desligar da rua, porque eu quero diminuir o uso de drogas, e se tu tá numa aldeia tu vai usar...” (João).

A história de João me remete a refletir o grupo de “pessoas em situação de rua” e a sociedade. João diz desejar a mudança de vida, a saída das ruas e a diminuição do uso de drogas. Para tal, as instituições da rede de saúde e assistência são acionadas, tanto o abrigo que está lhe permitindo ter um teto para moradia quanto o CAPS AD, no qual faz seu

tratamento em saúde baseado em medicações, as quais ele não quer usar e em redução de danos que ainda lhe permite alguns rituais de encontro com amigos da rua.

O ritual de uso de drogas na rua é entendido como parte dessa organização social. Recordo-me do uso de cigarro e maconha no “almoço da aldeia”, sendo um modo de “estruturas de vida”.

As estruturas de vida são compreendidas enquanto atividades regulares, tanto as convencionais quanto as relacionadas à droga, que estruturam os padrões da vida cotidiana. Isso inclui as relações pessoais, os compromissos, obrigações, responsabilidades, objetivos e expectativas. No caso das drogas, a organização do usuário em relação às normas, regras e seus rituais podem formar padrões de uso, ou seja, a utilização da substância e seus padrões de uso são interdependentes do contexto social em que os usuários estão (MACRAE, 2003).

Para João a vida nas ruas só é possível com o uso de drogas, pois elas fazem parte daquela realidade social. O fato de seu tratamento lhe permitir o uso da droga, ainda que só a maconha, a partir da redução de danos, isso lhe permite também o contato com alguns de seus amigos na rua, os que restaram. Suas relações com os amigos ainda são positivas, ele ainda se sente pertencente ao grupo. Os rituais de uso de maconha são comuns nesses encontros, que podem não durar muito tempo, mas demarcam a relação: eles têm a possibilidade de conversar, lembrar histórias a partir do uso da droga.

Desse modo, a utilização das drogas é um ritual de socialização e fortalecimento de relações. Também é um território de reconhecimento, marcando um local de convivência e trocas/doações entre os usuários de drogas no espaço da rua. O grupo assume papel de acolhida e afeto, na ausência de laços familiares, promovendo sentimentos de igualdade (GRUND, 1993; FERREIRA, 2013).

Esse cenário é também simbólico e cultural, pois os indivíduos organizam processos de singularização, construção de identidades, redes simbólicas de proteção, de pertencimento, de solidariedade, para criar e reforçar os laços culturais, experimentar suas vivências no mundo e estabelecer regras e normas para cuidar de sua sobrevivência (MEDEIROS, 2014).

Percebe-se uma dualidade/contradição nessa identidade de rua que é percebida pelo povo da rua²⁷ como uma resistência, em que o uso das drogas também é visto como sobrevivência, e a possibilidade de organização mesmo em meio às dificuldades. Isso é

²⁷ Denominação nativa para grupo de pessoas em situação de rua.

exemplificado pelo relato de R6, ao citar as diversas faces da vida nas ruas, através de sua história sobre o banho e a falta de emprego. Para a sociedade, somente a droga e o crime estão em evidência quando se trata das populações de rua, desconsiderando a complexidade de suas estruturas de vida.

É impossível descolar a cultura da rua da noção de estigma que, segundo Goffman (2015), é um atributo depreciativo conferido a um indivíduo, e parte de determinada característica, tornando-a totalizadora. Por exemplo, as pessoas em “situação de rua” que são o oposto do estereótipo criado sobre como as pessoas devem ser ou agir (não têm casa, comem e aproveitam coisas do lixo, catam lixo, não possuem um emprego formal, usam drogas e vivem na sujeira).

Historicamente, o estigma foi criado pelos gregos que se referiam a sinais corporais com os quais procuravam evidenciar alguma coisa extraordinária ou má sobre o status moral das pessoas. Os sinais eram feitos com cortes ou a fogo no corpo, os quais avisavam quem era o portador, podendo ele estar na categoria de escravo, criminoso ou traidor. Essa pessoa, marcada nos rituais, era naturalmente poluída e devia ser evitada. Na era Cristã, dois níveis de metáfora foram acrescentados: sinais corporais com forma de flores sobre a pele significavam graça divina, e a alusão médica que demonstrava que qualquer outro sinal corporal era característica de um distúrbio físico. Hoje em dia, o estigma é mais aplicado à desgraça do que à própria evidência corporal (GOFFMAN, 2015).

O estigma, na atualidade, parte de uma noção de relações da sociedade, em que as pessoas costumam categorizar outras conforme o que consideram “normal” e aceitável. Quando um estranho nos é apresentado seus primeiros aspectos nos permitem ver sua categoria social e os seus atributos, nos fazendo visualizar a sua “identidade social”, incluindo atributos como “honestidade” e “ocupação” (GOFFMAN, 2015).

O estigma causa um efeito de descrédito, sendo considerado um defeito, fraqueza e desvantagem. Constitui também uma discrepância entre identidade social real e a identidade social virtual. Um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode afastar aqueles que os encontra, destruindo a possibilidade de atenção a outros atributos que possui. Ele possui um estigma, uma característica diferente do que se havia previsto, ou seja, das características e expectativas esperadas pelos “normais” (GOFFMAN, 2015).

Dessa forma, o estigma existe a partir das relações entre as pessoas, ou seja, do choque entre os “normais” e os “anormais”; o estigma é atribuído a partir de determinadas características da pessoa e passa a ser reconhecido apenas por isso, formando uma identidade. Em oposição, os indivíduos estigmatizados vão manipulando sua identidade, tentando mostrar sua melhor face. Esse processo é de racionalização e relativização da identidade que também a constrói, a partir de como a pessoa se vê, a que grupos pertence e como os demais membros da sociedade concebem suas ações e condutas (GOFFMAN, 2015).

A cultura da rua é estigmatizada pela sociedade. Ela possui marcas que incluem as corporais (a sujeira), e a identidade social de desgraça que carregam em suas existências vulneráveis e tristes, pela visão de mundo dos ditos “normais”. Viver nas ruas pode ser sinal de “desonestidade” e “vagabundagem”, revela uma marca de má conduta, que é marcado por elementos como a não existência de um emprego formal, a moradia sem o teto, a fragilização de laços familiares, catar lixo.

A identidade da rua da mesma forma que é questionada pelo sistema dos normais, ou seja, os estabelecidos, na ideia das populações de rua, ou seja os *outsiders*, torna-se relativizada. Dessa forma, eles não são os desviantes, apenas sobrevivem a uma situação de vida com muitas dificuldades. Isso remete aos conceitos de *establishment* (estabelecidos) e *outsiders* (desviantes). Os estabelecidos fazem parte do grupo da “boa sociedade” que possuem uma identidade social construída a partir de uma combinação singular de tradição, autoridade e influência: seu poder é formado, pois são um modelo moral para os outros. O *outsiders* são os que não entram nesse conjunto moral, por isso são estigmatizados pelos estabelecidos, tendo seus atributos associados à delinquência, violência e desintegração (ELIAS; SCOTSON, 2000).

Percebe-se que na criação desses grupos na vida das ruas, desenvolve-se também uma relação diferente com as instituições sociais. Da mesma forma que julgam necessária a influência desses serviços, muitas vezes para questões de vida básicas, como um banho, eles se sentem rechaçados por eles. A organização do serviço prejudica diferentes formas de vida, como arrumar um emprego formal, e os profissionais parecem estar constantemente os julgando-os e estigmatizando-os. Por exemplo o que foi dito em relação às enfermeiras: “elas parecem ter nojo e medo da gente...”.

João, nesse momento, aceita a influência das instituições, pois deseja “se organizar”, buscando o CAPS, abrigo e a redução de danos. E, em consequência da rua, sua identidade é

problematizada pelos amigos, sendo isolado por eles. Ou seja, João torna-se um desviante na rua.

Atualmente, há uma tendência de discussão sobre a estigmatização social, como se se tratasse somente de uma questão individual, pessoas que têm um despreço acentuado por outras, classificando-as por preconceito. No entanto não é possível discernir, no plano individual, algo que não pode ser descolado de uma relação em nível de grupo. Observam-se grupos estigmatizando outros não por seus valores e qualidades individuais, mas por pertencerem a determinado grupo, coletivamente considerado diferente e inferior ao próprio (ELIAS; SCOTSON, 2000).

Nas cenas de R6 e João essa relação fica mais clara: há uma “pessoa em situação de rua” e outra que deseja sair das ruas e não está mais nessa situação. Ambas conhecem a vida nas ruas e criaram grupos para compartilhá-la, mas as histórias, no momento, são diferentes. R6 se incomoda com a forma com que outras pessoas estigmatizam a si e seu grupo, por serem “pessoas em situação de rua”, ao passo que João não deseja mais essa vida, deseja uma vida “normal” e organizada como a de outras pessoas, sendo também estigmatizado por determinada parte do grupo por querer e sentir isso. Nesse momento ele representa as ideias de outro grupo: os estabelecidos.

A cultura da rua resiste à cultura dos estabelecidos. Porém o enfrentamento dos estigmas pelo coletivo oferece uma resistência a essa ideia de que são “os desviantes”, ou seja, conseguem ver e relativizar seus modos de vida, sua organização, suas estruturas sociais como uma forma de sobrevivência.

4.2 As Aldeias como Modos de Vida na Rua: territórios de resistência cotidiana da exclusão social e políticas públicas fragilizadas

As aldeias aparecem como um modo de sobrevivência e relações, já mencionado anteriormente. Para aprofundá-las, insiro as narrativas de José, João, Jorge e Ronaldo. Começo com a experiência de José. Nossos encontros, sempre na itinerância das ruas, eram marcados por caminhadas pela cidade, ou em bares em que comíamos um lanche ou tomávamos uma cerveja. As entrevistas ocorreram no bar, para que pudéssemos gravar melhor.

Quando pergunto, curiosa, sobre sua relação com as aldeias, dizendo-lhe que eu já havia vivenciado esse lugar e que ouvia muito “falar dele”, ele me responde:

Bom, tem vários locais, tem praças, viadutos, lugares mais retirados, eu já morei em vários lugares. Então esse negócio de aldeia é assim, mano. Antigamente o pessoal te acolhia mais, hoje já é diferente, tem que vir com o papel dos antecedentes criminais, dependendo da sujeira que tu fez eles não deixam tu dormir na aldeia. Tem que investigar sempre a vida da pessoa, de onde ela veio, o que ela tá fazendo ali. A maioria das aldeias são organizadas, tem os caras que cozinham, os que colhem água, lenha. As aldeias dão menos ladaia do que dentro de uma vila onde todo mundo se conhece. Ali, ninguém se conhece. É isso aí, cara. Quem faz a aldeia é quem mora, tem regras, 'não entra no meu barraco', blábláblá, tudo tem regra. E a gente faz o máximo pra cumprir e não dar ladaia. Geralmente quando da algo e a gente conversa, conversa com aquela pessoa e não deu certo a gente pede pra se retirar: ah, na moral, acho melhor tu dar uma banda. Isso pra gente não se estressar né... (José)

[...] Ah, tem aldeia e aldeia. Tem aldeia que é droga 24/48 (todo o dia). Na nossa a gente não deixa... (José)

[...] Usam, mas tudo bem controlado. Pô, o cara tem dinheiro pra usar droga todo dia, o cara também tem que ter dinheiro pra comer. E a gente come todos os dias, a gente cozinha de manhã e de tarde. São 2 kg de arroz e 2kg de feijão e o resto que vir. São vinte e poucas pessoas, então tem que ser organizado. Sem correria em volta da cozinha, vai cada um para dentro da sua barraca, usa lá e não incomoda os outros... (José)

[...] Agora praticamente assim: o pessoal que tava solteiro, que não queria nada com a vida, casou e querem mais...ta cuidando na guriuzinha dela, ele que é o chefe da aldeia, bem dizer, é aquele que chegou primeiro e comanda a aldeia e parou por causa da filha. Agora ele tem responsabilidade, tem a mulher e uma criança pra cuidar, tem que pegar o dinheiro e dar pra alimentar uma criança e uma mulher. Diminui mais ainda o uso... (José)

[...] Então tu tem que ver isso de quem tá na aldeia, como que é a vida dessas pessoas. Tipo eu, eu tava trabalhando e tinha reunião todo o tempo, domingo, sábado no bagulho da pesquisa...não tem como usar. Como tu aí acordar no outro dia de manhã? Amanhã de manhã tenho que acordar cedo, e aí? Não tem festinha essa semana. Segunda-feira tenho que acordar cedo pra ir lá pro coisa, quarta-feira tem reunião lá do outro lado, sexta-feira tem reunião do movimento então não tem como fazer festinha hoje, se não no outro dia tu sabe como que é beber. Não é nem pela droga, eu sou mais de beber. Eu não sou muito da droga, sou mais de encher a cara. Daí começo a beber e provoca vontade de usar, né. Essa semana lá no protesto eu tomei todas e não usei nada... Mas tinha uma responsabilidade, eu não tava em casa, tava querendo arrumar uma namorada, daí não dá pro cara chutar o balde. Não arrumei uma namorada, mas não dá pra chutar o balde. Vim consciente pra casa... (José)

Com João eu realizava a entrevista no abrigo, em uma sala apropriada. Pedi-lhe que falasse mais sobre as aldeias.

[...] As aldeias funcionam assim: se tu não der jeito de nada, arrumar uma carne, um feijão, ou tu vai ter que fazer outra coisa, ou lavar louça, ver a lenha, arrumar, varrer, uns vão atrás da comida e outros arrumar as outras coisas. Onde a gente está a gente faz, quero te mostrar uma aqui perto depois. Tem o fogãozinho, tem as panelas deles... (João)

[...] É uma comunidade na rua, e tem que fazer as coisas, tu não vai comer se tu não fizer as coisas, e outra coisa quem faz a comida serve todo mundo pra não faltar pra ninguém e não é tu chegar e se serve quantas vezes quer. Só come quem ajudou, aí quem chega depois só come se sobrar. Por que tem as leis da rua, mas eu te conto aos poucos, tenho que lembrar, são várias... (João)

Pergunto a João sobre as drogas nas aldeias:

[...]Tem certas aldeias que só usam drogas, e outras que não usam drogas, só a redução de danos que é a maconha no nosso ver. A pessoa que não usa droga não fica perto de drogado, se tu não usa droga eles falam contigo: aqui a gente usa droga e a gente vai usar e tu não vai poder falar nada, por que quem ta aqui usa droga, ela não é expulsa, mas ela acaba saindo por que não vai se sentir bem naquele lugar, lá onde não usam... (João)

[...]A curiosidade que leva às drogas na rua, pra ver como que é a droga, querem ver por que que é assim, o pessoal da rua né que eu digo, e te oferecem e tu nem pode reclamar porque não era pra ti estar ali e aí te perguntam se tu quer, mas depois não vem dizer que o cara que te mandou. Aí tu quer agradecer a aldeia, aí tu traz dinheiro, começa o vício... (João)

As entrevistas com Jorge foram realizadas em lugares mais calmos. Sempre muito sério e concentrado, ele me diz que o melhor lugar é a escola especializada em pessoas em situação de rua. Questiono sobre as aldeias:

[...]Eu já morei em diversas aldeias. A primeira que morei foi na cidade baixa, ali era uma aldeia que tinha os fixos, mas era muito rotativo. Ali na realidade morava uns quatro ou cinco. Teve dias que eu contei 21 deitado embaixo da árvore numa noite, manhã, cinco da manhã. É legal porque a gente fica mais protegido, mais protegido quando as aldeias são de moradores fixos, que a gente se conhece, sabe muito da vida daquele que ta ali no dia-a-dia, a gente sabe o que faz durante o dia. (Jorge)

Enquanto vem uma pessoa uma vez por semana que tu não sabe o que ela tá fazendo o resto da semana. Sabe como é. Geralmente nas aldeias nunca pergunta de onde veio e quantos dias vai ficar, então é livre. Portas e janelas abertas, ninguém questiona nada. A gente se sente mais protegido quando são pessoas fixas. É bem legal porque a gente consegue se organizar na parte da alimentação, fica mais tranquilo nessa parte, um traz uma coisa, outro traz outra. A gente consegue se revezar melhor na parte da alimentação e da segurança. (Jorge)

[...]A gente faz uma amizade né, acaba se transformando numa família. Em 2012, numa outra aldeia que a gente fez, fizeram a reformulação da orla, a gente morava nos canos, tinha 11 pessoas. Eram três aldeias, cada uma tinha de nove a 11 integrantes. E nunca, quando eu falo em segurança, um protegia o outro. As aldeias vizinhas cuidavam dos outros. Nunca tinha suspeito, a gente morava na prainha né, no gasômetro, era um lugar que eu conhecia tudo que podia acontecer: trafico, assalto, roubo, prostituição. Durante a noite a gente falava pra ninguém se afastar muito da aldeia, se afastasse dizia aonde aí. Então, eu tive boas experiências com a aldeia, é uma boa alternativa pra viver na rua... (Jorge)

Sobre as drogas na aldeia ele me refere:

[...]Tem uso da droga, acho que uma grande dependência química, uso de álcool, droga. Tipo um colega tomava os remédios dele de manhã, porque na hora de café,

porque quando tomava de tarde ele fazia uso da química de tarde ou de noite. Faz quatro meses que ele não faz tratamento por virar a noite usando, aí passa o horário e não toma. Isso basicamente é por causa do uso excessivo da química ou acaba perdendo receita, medicação. Antes tinha a Enfermagem no pop que guardava a medicação, independente do horário que tu fosse tomar tu pegavas, hoje não tem mais. Era uma forma de ajudar que a pessoa tomasse. Se o outro visse na aldeia, até alcançava o remédio, se o camarada tava dormindo, a gente cuida um do outro na aldeia. Mas também, pra quem vive na rua é difícil, bem complicado essa coisa de tratamento, manter a organização do tratamento, acho que a gente precisaria de uma ajuda de fora, tipo como a história das enfermeiras, tem que ter um olhar diferente pra gente... (Jorge)

Com Ronaldo as entrevistas foram no espaço da Universidade, e um dia foi em um bar. Ele dedicava uma tarde de sua semana para conversar comigo.

Em nossas entrevistas eu costumava pedir aprofundamento dos temas, mas normalmente ele já os levantava sem que eu formulasse uma pergunta para isso:

[...]Eu morei em uma ali na cidade baixa, onde é o terreno onde está sendo construído o teatro, a galera acaba... na periferia não tem muita concentração da galera que tá na rua, se tu aborda ele, ele vai dizer que não mora na rua, só tá dando um tempo ali, já no centro tem essas aldeias, a galera se identifica de morar junto, é uma maneira de se proteger também. Uma coisa é tu pegar uma pessoa, outra coisa é pegar cinco, dez. Já dá problema, se tem cinco já estão mais preparados, chama a madrinha que liga para a mídia. É uma maneira de resistir também... (Ronaldo)

[...]Não tem vaga para todo mundo em albergue, Quando eles vão dar jeito de atender?! Não tem vaga pra todo mundo na assistência. Se pegar o dado de agora, as vagas não chegam em 600. São 1.000 e pouco, as pessoas, o que tu faz com os outros? A aldeia, a rua, é a opção... (Ronaldo)

[...]Não tem dispositivos pra todo mundo aí acaba se fazendo uns protocolos que quem acessa os abrigos são as pessoas que tem problema de saúde.... Sim, tem prioridades, idosos, mães com filhos, pessoas com problemas de saúde. Se tu tem como se proteger, o Estado não precisa te proteger. Não quer investir que o cara tenha outras possibilidades. Querem te dar uma vassoura pra varrer ou um colete pra “cuidar” carro, ganhar umas moedinhas de quem acha que aquilo é trabalho ou te largar nesses galpões de reciclagem nas vilas. O pessoal da vila tem outra visão sobre morador de rua, dá um conflito territorial, diz que fulano é preguiçoso. As pessoas falam muito no anarquismo, a figura que é mais anarquista é o morador de rua, mas ele nem sabe, ele nem tá aí pro Estado, faz as coisas no ritmo dele, no tempo dele, tem que ter uma baita organização na rua. Não é fácil... (Ronaldo)

Nesse processo da organização na rua, e da formação de aldeias, Ronaldo fala mais sobre se organizar na rua e viver em “situação de rua”:

Por exemplo, tu vai num local procurar trabalho, tu tem que se organizar pra chegar cedo, dormir no albergue tem que ir cedo pra fila... O morador de rua tem uma demanda que ele cumpre todos os dias. Isso é normal, todos se organizam de alguma forma... sim, se tu observar todo cara que tá na rua tem uma organização, como vou te dizer... sabe aquela coisa que a mãe da gente colocava de tarefa na porta da geladeira, não sei se tu é filha única, mas lá em casa era três irmãos, daí era assim. Tinha uma escala, que nem a galera da rua, pra se organizar. Tem um

esquema, tal hora tenho que estar em tal lugar. A galera da rua é bem organizada nisso... (Ronaldo)

[...]Eu sei que tem amigos meus que gostam da rua, já se acostumaram com a vida nas aldeias. Eu particularmente não acho legal o cara ficar em situação de rua, porque tu sofre violência, seja pelo Estado que te nega alguma coisa, seja pela sociedade que te olha de forma pior que pra um cachorro sarnento, acho que até o cachorro tem mais respeito. Por isso não gosto, tem muita violência, preconceito. Se todo mundo tivesse casa, trabalho, saúde... mas daí se tivesse um lugar pra eu descansar, tomar banho, guardar minhas coisas, usar minha droga. Mas você apanha da polícia, se tu fazer uma caminhada, por exemplo se eu morasse na rua agora que to, na Faculdade, ia tomar banho aonde? Não tem lugar pra tomar banho... (Ronaldo)

Sobre as drogas nas aldeias ele diz:

Não é só a questão da droga. A galera da rua tem uma amizade, vi isso agora. Esses dias fui lá na aldeia do Marcelo entregar uns negócios, e ele disse que se eu não tivesse onde ficar, podia ficar lá. Quem fala isso pra lá? A galera da rua tem disso, não interessa se tu discutiu, de alguma forma eles se protegem, ninguém nega pra ti. Vamos dizer que tu não tem grana pra pagar teu aluguel, as tuas amigas vão segurar pra ti lá? Te emprestar dinheiro. Tenho certeza disso. Uma ou duas vai te dizer pra ficar uns dias, mas passa uma semana pergunta se tu já arrumou um lugar... (Ronaldo)

A partir dessas histórias identifico que as aldeias são um lugar de organização, de amizade, de companheirismo e demarcação de espaço, ou seja, ali “pessoas em situação de rua” constroem seu território, podem perambular pela cidade, mas retornam para esse lugar. As pessoas se fixam em um território por determinado tempo necessário e partem para outro, devido à itinerância e a necessidade de pertencimento.

As aldeias também demarcam um modo de vida na rua, pois elas são constituídas de territorialidades e rituais de pertencimento, como o uso das drogas, a vida coletiva e territórios de proteção e afetividade.

As aldeias são territórios de poder, os quais denomino de resistência cotidiana, pois são construídos também no intuito de superar as adversidades da exclusão social. Ronaldo diz que não há albergues, abrigos e políticas de inclusão suficientes, assim, existe a organização da rua para dar-lhes a sobrevivência. Jorge relata que há a dificuldade de compreensão do universo da rua por parte das instituições governamentais, da saúde e das ciências, transparecendo o descaso das políticas públicas, empurrando-os para a vida nas aldeias, nas ruas ou para a morte.

Ao longo da história, a aldeia demarcou o processo de relação do homem com o espaço, sendo parte das cidades. No dicionário da língua portuguesa, aldeia é definida como

uma pequena localidade, com poucos habitantes, sem autonomia administrativa, tratando-se de uma comunidade rural. Na história da humanidade o homem viveu em aldeias no período Neolítico, ao deixar de ser nômade, buscando melhores condições de vida para fecundidade, nutrição (a partir da agricultura) e proteção através dos grupos de pessoas (SPOSITO, 2005).

A história, portanto, mostra que a aldeia precedia a cidade, mas não era considerada urbana, principalmente pelas atividades primárias ligadas à agricultura e à criação de animais que desenvolvia, além disso as aldeias não possuíam uma divisão de trabalho. Foi pela produção de excedentes alimentares que surgiu a necessidade de uma divisão formal do trabalho, o nascimento das instituições e a divisão de classes, marcando o surgimento das organizações complexas que são as cidades (SPOSITO, 2005).

As aldeias dos interlocutores não são aldeias rurais, são comunidades na rua, ou seja, organizações grupais constituídas na cidade. Não se trata somente de um local de identidade e pertencimento; elas também demarcam o enfrentamento dos problemas da exclusão social e políticas públicas fragilizadas, por isso as defino como um território de resistência.

O processo de desenvolvimento do capitalismo foi lento e complexo a partir de transformações políticas importantes no interior das classes sociais, entre as quais: a comercialização de excedente alimentar, a transformação da terra em mercadoria, a constituição de uma classe social — a burguesia, a criação da moeda, a migração de servos para a cidade e a busca por cidadania. Dessa forma, em uma estrutura capitalista nasceram as cidades (SPOSITO, 2005).

Mais tarde, a industrialização demarca o aumento da urbanização e crescimento das cidades. O termo urbanização se refere também à saída das pessoas do campo, buscando melhores condições de vida nas cidades. Uma das características da sociedade capitalista e da urbanização são a intensa mobilidade espacial da população, sendo que, atualmente, essa mobilidade se diferencia das antigas (rural para o urbano) tendo chamado à atenção para migrações de países mais pobres para os ricos, e à saída das periferias para o centro das cidades, que se tornam verdadeiros aglomerados humanos (SPOSITO, 2005; BRITO, 1995; AUGÉ, 2012).

A mobilização urbana também propiciou que a Medicina e a Saúde Pública lançassem diferentes olhares em relação à demarcação do controle e tratamentos de saúde às populações. No processo de urbanização, a força produtiva do proletariado e dos pobres foi essencial para

o desenvolvimento das cidades, criando a ideia de corpo enquanto força de trabalho, que é biológico e individual, objeto da medicina e da pública (FOUCAULT, 2011).

A Medicina Social teve três etapas de formação: a de Estado, Urbana, e a Medicina da força de trabalho. A primeira, desenvolvida especialmente na Alemanha, no século XVIII, nasceu da preocupação do Estado com a saúde de sua população, visando a manutenção da economia e da política do Estado, além do desenvolvimento das populações: controle de natalidade, mortalidade. Um dos fenômenos importantes daquela época foi a formação/normalização de médicos para aplicar a noção de normal e doente, sendo subordinados ao Estado (FOUCAULT, 2011).

A Medicina Urbana, tendo-se como exemplo a França, no século XVIII, em que não há suporte da estrutura do Estado, acompanha outro fenômeno: a Urbanização. Essa Medicina surge em um universo cheio de manifestações/razões econômicas, sociais e políticas. Há um aumento do proletariado e dos conflitos entre a burguesia e a plebe. Há o medo das epidemias urbanas devido ao amontoado de populações (FOUCAULT, 2011).

A Medicina Urbana tinha por objeto o controle da circulação das coisas e dos elementos, como água e ar. Há a noção dos efeitos do meio sobre o organismo, e a noção de salubridade que tem por objetivo assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos. Surge também a ideia de higienização pública, a partir de técnicas de controle do meio. Portanto a ideia fundamental dessa medicina foi o controle político-científico desse meio de circulação de pessoas e elementos (FOUCAULT, 2011).

Com a Medicina Urbana observou-se formas de exclusão social, tendo por objetivo mecanismos de exclusão e de exílio²⁸ de quem não estava “apto ao convívio social”. Pode-se citar como exemplo a formação de lugares comuns para leprosos e loucos, que eram distribuídos, isolados e individualizados, formando, assim, o grupo de loucos, leprosos, marginais (FOUCAULT, 2011).

Foi somente a partir do século XIX que o pobre começou a representar perigo social. A lei dos pobres iniciou na Inglaterra (que estava passando por um grande desenvolvimento industrial e aumento do proletariado) com a ideia do médico do pobre. Havia a noção de uma assistência controlada, em que a intervenção médica era tanto para ajudar os pobres quanto

²⁸ Esses mecanismos têm por ideia principal a purificação do ambiente, a proteção dos “sadios” aos miasmas e doenças. (FOUCAULT, 2011)

para proteger os ricos para que não fossem vítimas de eventos epidêmicos originários da classe pobre (FOUCAULT, 2011).

Em 1970, houve um complemento da lei dos pobres, com um sistema de controle médico da população, denominado “*Health offices*”. Esse controle era baseado em vacinação obrigatória, organização dos registros das epidemias, organização de doenças perigosas e lugares insalubres para destruição desses focos de risco. O espaço social apareceu como um elemento de controle coletivo e da proliferação de agentes de risco. Nesse século evidenciava-se o controle individual dos corpos a fim de torná-los mais aptos ao trabalho (FOUCAULT, 2011).

No Brasil, esse processo não foi muito diferente. O projeto da medicina social e da Saúde Pública, no início do século XIX, era, sobretudo, vinculado à higiene pública e à medicalização do espaço urbano. Nesse sentido, havia um controle e organização do espaço social, tendo uma vigilância massiva as causas das doenças, buscando um controle social a partir da ideia de cientificidade e saúde (DUARTE NUNES, 2000).

A noção de território geográfico aparecia na saúde pública com a teoria miasmática, tendo duas categorias de análise, o natural e o social, sendo necessário o conhecimento do meio básico, o exame minucioso do urbano os quais representam perigo, desordem e doença. Houve, então, o intuito de medicalizar e instituir os hospitais, as escolas, os prostíbulos, quartéis, fábricas (DUARTE NUNES, 2000).

Até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde, no Brasil, era considerada ausência de doenças, e os programas médicos desconsideravam que os problemas de saúde estivessem vinculados às questões sociais, de cidadania e direitos humanos. Na década de 1970 houve grande produção intelectual e movimentos de trabalhadores que iniciaram a discussão da necessidade de mudança do modelo de medicina curativista (focada na doença) para uma política de saúde democrática (MENDONÇA; AMORIM, 2010).

A Enfermagem também acompanhou essas mudanças sociais e políticas, tanto as vinculadas ao nascimento da Medicina Social quanto da Saúde Pública, controlando o espaço e os procedimentos voltados ao corpo individual do trabalho. Essa profissão, junto à Medicina, assumiu o papel de transformação nas mudanças de modelo que culminaram com

a Reforma Sanitária²⁹ e Psiquiátrica³⁰. Foi necessária a readaptação do profissional Enfermeiro à necessidade de um cuidado comunitário, que envolvesse políticas públicas integradas, universalizadas e de acesso à população (MEDONÇA; AMORIM, 2010).

O SUS é um marco teórico importantíssimo na noção de políticas de saúde, pois requer a ampliação da assistência para as coletividades, possibilitando novas práticas assistenciais norteadas por princípios e diretrizes: universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade da assistência; equidade; descentralização político-administrativa; participação da comunidade; regionalização e hierarquização (REIS, 2003).

A grande participação dos movimentos sociais no país, na década 1970, buscaram o Estado não como inimigo, mas como legitimador de suas necessidades e reivindicações, e o SUS é uma dessas conquistas. No entanto é importante pontuar esses dilemas entre instituído e instituinte, pois, apesar dos avanços políticos nas ações e programas de saúde, os retrocessos estão sempre presentes na difícil missão de que as políticas públicas incluam a construção de redes de cuidado que percebam o indivíduo e suas coletividades — a educação, a cultura, o trabalho, a inclusão. A Reforma não conseguiu alcançar uma profunda mudança política e institucional capaz de transformar a saúde e o bem público. Assim, seria necessária a continuidade da reforma como um processo ainda inconcluso (PESSOTO; RIBEIRO; GUMARRÃES, 2015; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Segundo Moreira (2015), a cidade que atualmente se conhece é, geograficamente, um produto da revolução burguesa, sendo que o urbano é fruto da revolução popular.

Refliço que a cidade é o reflexo de processos históricos e sociais que se associam ao poder e ao controle da burguesia. Porém há uma diversidade de “modos de vida urbanos” e culturas que movimentam a cidade, dando-lhe colorido. Os “moradores de rua”, apesar de sua

²⁹ O movimento sanitário constitui-se em um movimento inovador, caracterizado pela prática política alternativa, centrada na luta pela democratização do Estado e na formulação de um projeto contra-hegemônico direcionado à ampliação da consciência sanitária e do direito à saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

³⁰ Surgiu no final da década de 70 no Brasil e teve no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental a base para a crítica ao modelo asilar, excludente e centrado no manicômio. O movimento ultrapassa a natureza, exclusivamente, técnico-científica e o caráter baseado nas propostas de desospitalização. Trata-se de um movimento social pela transformação do campo da Saúde Mental e construiu um contexto de discussões políticas relacionadas à desconstrução da doença mental e a reestruturação da assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1996).

exclusão social, pertencem a uma forma de vida nas cidades, produzem movimentos e buscam visibilidade nela.

O contexto político das cidades sempre foi marcado pelo processo de modernização e industrialização. Isso acompanha a ideia de um ser humano individualista e livre, que é autônomo, e, por isso, tem direitos. A pessoa tem responsabilidades sobre seu futuro, e precisa dar-lhe sentido. Essa concepção foi historicamente criada pela industrialização como uma forma também de desconstrução das comunidades e da organização das “massas”, “pessoas preguiçosas e movidas à paixão”, que deveriam ser disciplinadas para a longa jornada de trabalho nas fábricas, sem reclamar. Seus hábitos comunitariamente sustentados seriam substituídos pela ideia de liberdade individual (BAUMAN, 2003).

Nas cidades de hoje a exclusão social é o reflexo de uma sociedade de consumo que ascende para as classes trabalhadoras e médias que têm maior possibilidade pelo crédito e a informação de adquirir bens, criando novos hábitos muito voltados ao forte consumismo, e essa ideia de individualização também é muito presente. A expansão da modernização e do consumo gera competição, endividamento, diminuição de salários e empregos (XAVIER, 2015).

Romani e Roso (2013) trazem a noção de uma sociedade capitalista de grande consumo, onde não é possível aceitar os consumidores falhos, incompletos e imperfeitos, restando a eles a exclusão, a rejeição, o estigma de “resto, lixo e refugo”.

O preconceito e estigma que a sociedade destina aos grupos sociais que compõem as “diversidades” são fatores prejudiciais na produção da exclusão ao acesso a direitos, bens e benefícios públicos. Há documentos oficiais do governo que demonstram essas situações de diversidade e exclusão. O SUS sustenta a retórica de integralidade e universalização, no entanto, a equidade não deve restringir-se a tratamentos iguais para todos, mas propiciar o respeito às diferenças e às necessidades de cada pessoa, sendo que os serviços devem reconhecer e criar condições concretas para que as necessidades específicas sejam atendidas (AMARANTE; COSTA, 2012).

Nas cidades, as “pessoas em situação de rua” fazem parte timidamente desse processo de industrialização e de consumo. Elas têm uma vida caracterizada pelo abandono, exclusão e invisibilidade, muitas vezes alimentando-se dos restos do consumo capitalista. Elas mostram a

outra face desse processo de industrialização e individualização, pois ainda vivem em grupos como um modo de sobrevivência e resistência cotidiana.

Haesbaert (2011) explica que há diferentes formas de território que podem ser vistas separadas ou em movimento. Há a política que remete a um território marcado e delimitado pelo poder do Estado; há a econômica que reflete um território como fonte de recursos, e da relação capital e trabalho. Há também a cultural que aborda um espaço marcado de relações entre a comunidade ou o grupo social, sendo um espaço vivido e transformado pelos grupos sociais.

O território de resistência cotidiana da “população de rua” vai ao encontro da ideia de Crestani (2014) que aborda um território de dimensões simbióticas (cultural, política, economia). É um campo de dimensões vividas, espaços ordinários do cotidiano, que, às vezes, nem se percebem os limites e fronteiras entre diferentes possibilidades de construções territoriais (CRESTANI, 2014).

A organização social desse grupo revela, além de um lugar de amizade, de experiências, culturas e valores, também um território que impõe regras e instrumentos de controle. Isso aparece na fala de Ronaldo: “o morador de rua faz as coisas no ritmo dele, no tempo dele, tem que ter uma baita organização na rua...”. Essa organização pode ser diferente de outros grupos populacionais, o que gera o estigma e o estereótipo de “vagabundo”. No entanto viver nas ruas requer que o “morador de rua” tenha maior organização social para sobrevivência, o que significa que seus ritmos diferentes dos de consumo da cidade são modos construídos e reconhecidos entre eles.

Nesse sentido, é importante a diferenciação da noção de lugar e território: o primeiro remete à experiência do homem com o espaço, em que o espaço vem a significar cultura, valores. O segundo tem mais proximidade com a questão de poder e domínio, em que esse indivíduo, ou grupo, se vê identificado, seja pelos documentos, pelas regras de convivência, dominação do espaço de vida e convivência comum (CRESTANI, 2014).

O território de resistência cotidiana é um lugar e um território, pois ele exprime essas dimensões simbióticas de caráter subjetivo, cultural e de poder. A noção de afeto é uma superação também das adversidades e das violências institucionais do capitalismo: os sujeitos precisam se organizar em redes na rua, com seus rituais e regras, para superar um sistema contrário a suas formas de vida.

Bauman (2003) fala em “comunitarismo” das minorias, citando como exemplo as minorias étnicas. Essa vida comunitária ocorre mais naturalmente quando é negado às pessoas o direito de fazerem parte do todo, da sociedade (assimilação). A elas resta o estigma e suas origens “alienígenas” de uma comunidade diferente das “normais”, sendo que, então, se reúnem para compartilhar essa mesma experiência de rejeição, buscando abrigo na suposta “fraternidade” de um grupo nativo como opção.

A experiência vivida com João ajudou-me a visualizar e aprofundar essa organização das aldeias. Ele falou muito sobre as aldeias, e percebendo minha curiosidade, disse-me que me acompanharia a uma aldeia “diferente” da que eu conhecia.

Sáímos do abrigo e nos encaminhamos para um local próximo, no centro da cidade. Quando chegamos logo percebi de que “diferenças” João falava: notei que não havia barracos com utensílios individuais, apenas vários colchões dispostos lado a lado, no chão, com alguns cobertores sobre eles. Também havia “carrinhos de supermercado” ao lado, cheios de material para reciclagem, e algumas sacolas dependuradas nas grades de um grande portão. Apesar de ser um local com mais circulação de diferentes pessoas da cidade, não havia residências próximas.

A diferença mais marcante que percebi foi o fato de a aldeia estar localizada na frente de um serviço da assistência social. Pergunto a João o motivo, e ele me responde que é para facilitar o acesso a banho e doações.

Era uma tarde fria do inverno de 2016, e a aldeia era composta por seis pessoas, homens e mulheres, a maioria deitada e coberta pelos cobertores. Um dos homens varria o lugar. Eu estava tranquila, mas percebi que a minha chegada havia causado desconforto para algumas pessoas. Uma das mulheres perguntou ao João: “Por que você trouxe ela aqui”, e ele prontamente respondeu: “Por que ela é gente boa, é pesquisadora, faz pesquisa comigo e ela queria conhecer vocês”. Digo à mulher que eu gostaria de conhecê-los, mas desejava que não se sentissem incomodados com a minha presença, afinal eu estava na casa deles e não tinha sido convidada. Um dos moradores de rua gritou de longe: “conheço essa moça, não se preocupem, ela está sempre lá com o pessoal da rua, vai no jornal, vai em reunião...”.

As mulheres que estavam mais desconfiadas começaram a conversar comigo, após eu perguntar como era passar os dias frios ali. Elas relataram que havia dias em que era muito frio, e que o vento atrapalhava muito na rua, mas que estavam acostumadas, e ficar embaixo

das cobertas acabava sendo uma boa solução. Um dos homens me disse que tinha só um cobertor, e por isso passava muito frio na rua.

Uma das mulheres levantou-se do colchão e foi até uma sacola de plástico pendurada nas grades e pegou um cigarro de maconha. João me olhou e disse: “ali eles guardam”. Ela sorriu e falou “Que isso! ela não sabe por acaso o que é isso, acho que até ela fuma”. Naquele momento dei risada e expliquei que ele só falou isso porque sabe que trabalho com o tema das drogas na rua, e que também estava tentando ver como era esse “assunto” na vida deles ali na aldeia, mas que não ficassem preocupados, eu não os estava vigiando, somente gostaria de conhecer a realidade.

Todos sorriram e me disseram que aquela era a realidade: dura, mas já estavam acostumados. Um dos homens continuou falando comigo sobre o frio, a falta de cobertor, e que ali na frente do serviço era um pouco mais fácil para se organizarem, tomar um banho, não enfrentar tantas filas e também conseguirem roupas, calçados e cobertores. Ele me disse também: “as mulheres têm prioridade, sofrem mais com o frio, por isso devemos dar mais atenção às necessidades delas, logo, por isso estou sem coberta, mas isso também acontece, tem dias que temos, outros perdemos. Antes eu estava em outra aldeia, na mudança perdi algumas coisas...”.

Estava escurecendo, eram quase seis horas da tarde, eu sabia dos horários restritos de João no abrigo, então decidimos retornar.

Naquela experiência pude perceber uma organização social para a sobrevivência na rua, por exemplo construir uma aldeia próxima ao serviço de assistência social. Há um fortalecimento de vínculos e a criação do comunitarismo como um modo de resistência cotidiana à exclusão social e às violências.

A aldeia é afeto, é relação; é um território de reconhecimento entre os seus, um espaço organizado, com regras e controles. Nessa forma de organização social, as “pessoas em situação de rua” visam buscar formas de pertencimento, sobrevivência e superação de estigmas na cidade.

5 NARRATIVAS E REDES DE CUIDADO DOS EXPERIENTES DA RUA: “DROGAS, APENAS UM PEDAÇO DA HISTÓRIA”

Figura 6 - Recorte do jornal Boca de Rua, abril, 2001.



Fonte: Jornal Boca de Rua, Ano I, número I, abril de 2001.

Neste capítulo insiro um recorte do jornal Boca de Rua, do ano de 2001, para falar brevemente sobre as drogas e a situação de rua. Essa edição revela que o tema da droga não é recente nas ruas, e não veio acompanhado somente pela dita “epidemia do Crack”, no ano de 2010. Essa foi a primeira edição do jornal, e a trama se desenvolveu através de muitas histórias de vida, de “moradores de rua”, narrando como acontecia o uso de drogas, as expectativas desses moradores para sair das ruas, das drogas e as necessidades de acolhimento pelo sistema de cuidados.

Há uma entrevista com um padre que falava sobre uma campanha “vida, sim, drogas, não”, em que as “pessoas em situação de rua” questionavam se essa era a melhor maneira: “drogas, não?”. Na reportagem não houve a resposta para essa pergunta, porém percebe-se o quanto o campo da religiosidade sempre esteve presente na criação de “tratamentos” para as drogas e também voltada à abstinência, sendo o foco principal de assistência a dependência. Outra questão pertinente de levantar refere-se ao título da matéria “Drogas, apenas um pedaço da história”.

É isso que me proponho a abordar nesta tese, agora no ano de 2018, utilizando outras histórias e novos contextos: a droga é um “pedaço” de uma grande história vivenciada pelos interlocutores que participaram de minha pesquisa. O processo de chegar à rua, as trajetórias que levam a ela e as diferentes situações que cada interlocutor privilegiado possui, me mostrou uma vivência múltipla, rica e contraditória.

A entrada e o processo de trabalho de campo são muito complexos, pois exigem uma forte interlocução com o contexto e, ao mesmo tempo, o afastamento para reflexão quando necessário. Nesse processo, aprofundi vínculos com as pessoas e percebi expectativas em relação à pesquisa e à minha presença na vida dos interlocutores, o que dificultou momentos de afastamento.

Nesse momento de redação da tese, em que realmente estou afastada do campo, a organização textual tem sido um processo difícil, pois o material empírico que existe é rico, e as opções para reflexão são múltiplas. Então, optei, neste capítulo, por inserir, inicialmente, as narrativas de meus interlocutores, deixando os leitores sentirem inúmeras propostas e questões que poderiam ser levantadas antes de fazer reflexões teóricas sobre elas. O motivo disso é conhecer, de fato, essas pessoas e suas vidas, fugindo um pouco das discussões acadêmicas, pois o que quero mostrar é que existe uma vida rica de contextos e histórias. Portanto, meu objetivo, agora, não é apresentar uma receita ou resposta para tudo isso, mas me dedicar a uma parcela disso, fazer um recorte de ideias sobre essas narrativas.

Para tanto, apresento algumas dessas narrativas que me foram feitas nas Etnografias e que me apontam subjetividades, encontros e cuidado na rua.

5.1 Narrativas da Rua

5.1.1 As Vivências de Ronaldo, Jorge, José e João

RONALDO

Uma trajetória marcada por muitos conflitos pessoais, perdas, prisão, rua, drogas e mudanças. Uma vivência que não é linear; é cheia de idas e vindas.

Filho de uma empregada doméstica que saiu de uma cidade do interior, Ronaldo nasceu em Porto Alegre. Cedo, teve uma vida marcada pelo contato com as drogas, pois morava perto de uma “boca”. Aos 12 ou 13 anos começou a usar algumas drogas — cigarro e bebida alcoólica. Havia forte influência de seu primo, que costumava ficar cuidando da casa

quando sua mãe saía para o trabalho. O primo usava drogas e também costumava vendê-las na frente de sua casa:

Começou a fazer minha casa de boca, sem minha mãe saber. Ficava na frente do prédio vendendo bagulho. Eu estudava, ia pra escola de manhã e de tarde ficava na função dele. Não cheirava todos os dias, mais final de semana... ele vendia as maconhas dele e eu cheirava, coisa pouca... (Ronaldo)

Adulto, ele se recorda que trabalhou em uma empresa, e naquela época começou a ter uma relação mais intensa com a cocaína e remédios que tomava para ficar acordado. Possuía um cargo de responsabilidade técnica na empresa. Conta que viveu sete anos com a primeira companheira, conhecendo o crack:

[...]Eu lembro que eu ia pra lá e a gurizada fazia crack no final dos anos 90 : é, a droga que tem pra vender é de baixa qualidade, naquela época era mais... durava mais tempo. Eu via eles fazendo e comecei a fazer... mas eu gostava mesmo é de cocaína... Isso eu tava no meu primeiro ano de casado com a companheira que fiquei sete anos. Eu já tinha experimentado nessa época, já usava... (Ronaldo)

Com o passar do tempo começou a apresentar problemas com a companheira, estava também mantendo duas relações, outra com uma estagiária no trabalho. Intensificou o uso intenso de droga para conseguir aguentar as jornadas de trabalho. No entanto estava muito cansado, a companheira querendo se separar e ele não concordando. Nessa mesma época começou a ter problemas no emprego:

[...] Foi tudo bem rápido, eu me separei e em menos de um ano tava morando na rua. Entrei num quadro depressivo, tinha casa, tinha carro e perdi tudo. Eu acordava, ia usar droga e dormia. Eu morei na rua ali no território da Farrapos e cidade baixa. Aí eu conheci as putas, comecei a me dar bem com as putas e comecei a fazer 'aviãozinho'³¹ pra elas, porque elas não iam buscar droga. Eu tinha duas casas, era casado e em menos de um ano eu tava na rua... (Ronaldo)

Ronaldo me relatou seus primeiros contatos com o crime. Começou a realizar alguns assaltos para manter sua vida na rua, num desses assaltos ele foi preso pela polícia:

[...] Fiquei oito meses preso e saí pra responder o processo em liberdade. Tomei 12 anos, assalto, crime qualificado e cárcere... Nessa época tinha minha segunda companheira... Ela usava droga também. Buscava as coisas pra ela e pras amigas dela. Ela ganhava uma grana na 'quadra'³², só que eu não queria que ela fosse pra quadra, ninguém quer... (Ronaldo)

³¹ Denominação nativa para “busca de drogas em uma boca”

³² Denominação nativa que significa lugar de prostituição.

Com essa companheira Ronaldo conta que viajou para algumas cidades, morando inclusive no Paraná, onde conseguiram emprego e mantinham um uso controlado de drogas. Ela estava tentando recuperar a guarda de uma filha, no entanto, não conseguiu, começando o uso intensivo de drogas. Após retornarem a POA, em alguns meses houve o falecimento dela com o diagnóstico de gripe A:

Fui na Emergência, falei que queria dar entrada nela, expliquei tudo. Pediram o endereço, eu disse que a gente morava na rua. Disseram que ali não era hospital pra esse tipo de gente. Tem um hospital que atende teu tipo de gente, e é lá no Hospital 'X'... Ai falei que não tinha como ir. Então, já que não era hospital pro meu tipo de gente era pra ligar pro SAMU pra levar ela pro outro hospital. Porque era SUS né, SUS é SUS, mas ela disse que tinha um acordo, que o hospital que atendia gente da rua era o outro... (Ronaldo)

Ronaldo retornou às ruas após a morte da companheira, com o uso mais intensivo de crack: “... Comecei a ir de cabeça no crack. Acordava usando e dormia usando. Uma maneira de tentar esquecer isso...” (Ronaldo)

Nessa época ele procurou a ajuda de profissionais da Redução de Danos que o conheciam e tinham um bom vínculo:

Tu conhece a história de vida de cada um, leva tempo. São anos pra entender a história de vida de cara. A gente foi conversando e conversando e aí eu tava com medo da minha situação judicial, por causa daqueles ‘crimezinhos’, né. Pedi pra eles irem comigo no Fórum, tirei uma ficha lá e vi que os processos ainda tava rolando, me apresentei pra ir nas audiências e tudo mais. Na época, uma juíza meio que deu ‘canetaço’ pra eu fazer tratamento e diminuir a pena, uma coisa alternativa... (Ronaldo)

Nesse momento, comento com Ronaldo o relato dele.

[...]Tu teve usos esporádicos e controlados e alguns eram muito intensos. Parece que tu entrou em conflito e tinha um acontecimento. Primeiro tu se desorganizou e perdeu o emprego. Aí tu colocou ‘o pé na jaca’ e fez os crimes, começou o uso intenso. Depois tu te organizou, foi pro Paraná, tinha casa. Aí teve a questão de não conseguir a guarda da criança, os dois entraram em uso intenso. Aí pararam de usar porque ela ficou doente. Mas ela morreu, teve o descaso do hospital, e ‘ferrou total’. Me parece que tem situações específicas, momentos de muito sofrimento que te levam a situações de uso intenso... A tua relação com a droga nunca foi algo linear, foi uma relação conturbada, tendo a ver com essas situações que tu não sabia lidar? (Pesquisadora)

Ronaldo concorda comigo, dizendo que quem o ajudou a pensar mais sobre a relação que tinha com a droga, pensando sua vida, foram os profissionais da Redução de Danos, dos quais me fala com carinho. Teve ajuda deles para conseguir um abrigo e também conheceu o MNPR, com o qual foi aprendendo mais sobre políticas públicas. Apesar de estar melhorando

de vida, ainda estava com problemas em relação a ter de realizar o tratamento em uma comunidade terapêutica para que diminuísse sua pena:

Fiz muitos tratamentos. Acho que o melhor foi a Redução de Danos, frequentei o CAPS AD também. Eu falava muito em redução de danos dentro do CAPS, mas eles trabalhavam com abstinência, tinha que fazer um plano de acompanhamento terapêutico e dizia quantos dias tu tinha que ir no CAPS. Eu falava bem abertamente que tinha usado, aí eu era o problema do CAPS, porque não aderiu ao tratamento... Aí comecei a mentir. Aí aumentaram minha estadia no CAPS pro dia inteiro, tomava medicação... Eu colocava o remédio do lado da bochecha e cuspi fora, não ia ficar tomando aquilo que me deixava chapado... (Ronaldo)

Depois de muitos tratamentos, muitas saídas e retornos para a rua, passando por muitas instituições, entre as quais o abrigo e o CAPS, Ronaldo contou-me sua história na comunidade terapêutica.

[...] Em 2011, tava com saco cheio do abrigo, fui na audiência dos meus processos, porque eu ia tomar cadeia, meio desesperador, porque a juíza falou que pra eu fazer tratamento e eu não fiz. Aí, fui pra comunidade terapêutica, fiquei nove meses, porque era uma ordem judicial, com encaminhamento do judiciário. Na real, se todo mundo quisesse ir pra comunidade terapêutica, não ia ter vaga pelo SUS. Às vezes, tu espera um mês pra ir pra comunidade, aí acaba desistindo, mas como eu tinha encaminhamento judiciário e fui pra lá. Era trabalho, oração e disciplina. Doze passos dos alcoólicos anônimos que aprendi... A comunidade terapêutica tem uma coisa assim, pelo menos na que eu frequentei, era católica, daí tinha que seguir isso, seis horas tem que rezar o terço, domingo tem missa, sábado as 6 horas tem missa. Eu não tomava medicação dentro da comunidade eles substituíam os remédios por Deus... (Ronaldo)

[...] Tu trabalha nas piores coisas, limpa merda e tal. Uma coisa legal lá, é que todo mundo é igual. Apesar de tu ser o cara que limpa o chiqueiro dos porcos tu almoça junto com o diretor da fazenda. Todo mundo é igual. Essa hierarquia são processos, onde tu te esforça pra passar de fase. Se tu aguentar os três primeiros meses tu aguenta o resto. (Ronaldo)

[...] Uma coisa ruim é a coisa da punição. Tem um monte de fruta no pomar e tu não pode comer. Tinha horário pra colher e comer a vontade... Depois desses três meses, na comunidade terapêutica tem grupos, o de estudo de 12 passos, e eles são divididos por grupos. Tem o de espiritualidade, vem a tiazinha da igreja, tem os dos textos... (Ronaldo)

E Ronaldo também fala sobre as “punições” na comunidade terapêutica.

[...] Nunca tomei muita punição, só um dia... eu acordei e tomei banho antes do horário. O monitor viu, e domingo eu fiquei cortando lenha, porque tinha fogão a lenha e domingo de tarde eu abri um buraco enquanto todo mundo tava dormindo. Depois que abri tive que pegar toda a terra e colocar de volta. Não sei qual o intuito terapêutico disso. É punição... (Ronaldo)

E também relata os “pontos positivos” dessa comunidade.

[...] Tem coisas legais, o cara filtra, eu ia na missa, fui até o cara que leu a liturgia da palavra. Tinha um grupo da sexta-feira, chamado grupo de Deus, que não tinha monitor, era só o pessoal da comunidade, tu contava uma história e tal. Um olhar pra dentro, era legal, conseguia refletir sobre a vivência do cara ali... Foi uma experiência legal, levo pra minha vida que a única coisa que a gente tem poder no

mundo é de mudar a ti mesmo. Eu vou mudar o mundo, mudando a mim. Aprendi isso lá dentro...

E narra suas experiências institucionais de cuidado.

[...] A internação compulsória, se tu pensar se fosse feita para uma pessoa que tá fazendo uma autoviolência, eu concordo, porque às vezes a pessoa tá em surto e tá com alguma dificuldade, é necessário... Se tu partir do momento que se o cara tá usando crack e usuário de cachaça, porque tomar cerveja tudo bem, né? Agora o cara que bebe cachaça e crack ele tá tão louco, então, na visão deles que ele não tem condição de responder por ele... O médico tem poder, é tipo papa do mundo ocidental... Eles levam pra comunidade terapêutica, já tive numa e posso falar, o SUS tá investindo nisso, numa grana grande, mas não investe em redução de danos... (Ronaldo).

[...] Se tu perguntar pra galera da rua, eles querem redução de danos. Acho que tem que ter comunidade terapêutica, mas pra quem quer. Elas têm cunho religioso e pregam como parte do tratamento tu ter uma religião. Se tu perguntar pro cara da rua sobre qual tratamento eles querem, eles querem redução de danos... RD tem pessoas preparadas pra isso, tem vivência, o povo da rua não coloca fé no cara que não tem vivência. Pode funcionar na academia, onde o que vale é a produção de artigo científico, mas na rua não é assim. Tu precisa ter experiência, tu sabe do que eu estou falando, estas a uns dois anos com nós, te respeitam não por que é da academia, mas por que tem vivência... (Ronaldo).

Atualmente, Ronaldo é universitário, mas pouco fala sobre essa experiência. Quando o questiono sobre a importância da universidade na vida dele, ele faz algumas críticas.

[...]Tô aqui na universidade, mas tenho uma mágoa muito grande aqui. não é um local preparado, tem um pensamento errado... no meu curso, o discurso na recepção dos bixos... foi estimulando a competição dos colegas, onde quem ficar pra trás é um perdedor. Não acho que isso seja um acolhimento... (Ronaldo)

[...] As instituições do Estado não trabalham em rede, os vulneráveis continuam vulneráveis. A casa grande não se mistura com a senzala. Quem quer te ajudar quem é pobre, e tá um pouco organizado. Aqui na universidade não muda isso, Tenho bolsa e ela atrasa, é difícil se manter, se organizar para continuar estudando, mas poucos entendem isso que acontece... (Ronaldo)

[...] Já fui até proibido de vender jornal Boca de Rua aqui (universidade)... são regras, mas na real é um lugar com muito preconceito... Colocaram essa história de se identificar, porque os negros reclamavam que só eles eram barrados, daí eles dizem que todo mundo tem que se identificar. Se uma pessoa branca, negra com outro perfil passar ali... as pessoas reparam a aparência... Quem vai se identificar não é o branco bem vestido... (Ronaldo)

E Ronaldo fala sobre sua relação com a família e a importância do MNPR na vida dele.

[...] Às vezes fico na casa da minha mãe. Meus irmãos não sabem o que eu passo, falo que atrasa a bolsa e aí eles dizem que tudo bem eu ficar na casa da minha mãe... É difícil, a bolsa atrasa, não ter onde ficar, sofro para pagar um aluguel... Mas meus irmão não sabem nada do que acontece... (Ronaldo)

[...] Nem sempre a família é tua rede de apoio, não necessariamente, né. Tua família até pode ser, a mãe do cara, pode até ser rede de apoio, mas no meu caso

ninguém disse vem aqui em casa... A família acaba te apoiando, mas não na questão de falar da tua vida necessariamente, nem tudo que acontece eles sabem... (Ronaldo)

[...] Se não fosse o MNPR, eu não teria entrado na UFRGS. Se não tivesse sido preso, talvez também não tinha entrado. Eu não acredito em destino, mas acho que tu tem que passar por algumas coisa pra te fortalecer. Hoje o MNPR tá firme e forte, com dois comitês de discussão, reconhecimento de outro movimentos de luta. A galera daqui, dentro das suas dificuldades de se expressar, mas a gente se entende muito bem. Não precisa falar o vocabulário da academia... (Ronaldo)

[...]. O MNPR me ensinou muita coisa, não só sobre política, mas de vivência mesmo. Somos uma rede de apoio... O movimento foi quem me acolheu, quando eu voltei. Todo esse processo de formação política, de falar com as pessoas, meus momentos de fala, tudo isso foi a minha vivência pessoal do dia-a-dia... (Ronaldo)

[...] Uma coisa que a gente conseguiu foi a Kombi do consultório da rua lá do Santa Marta. Primeira coisa que conquistamos... E assim, pelo MNPR houveram outras conquistas para o povo da rua como o não fechamento da Escola Especializada na população de rua e o restaurante popular... (Ronaldo)

JORGE

Jorge sempre foi mais sucinto e sério durante as entrevistas. Ele costumava resumir, narrando memórias mais marcantes, exemplificando suas ideias. Na história de Jorge percebe-se também a preocupação em pontuar e criticar o cuidado em saúde para as “pessoas em situação de rua”.

Ele costumava me dizer que esse processo da pesquisa o estimulava a melhorar de vida e poder contribuir com algo mais amplo, pensar sobre o cuidado para todas as “pessoas em situação de rua”. Além disso, disse-me que o fato de estar envolvido em pesquisas, em reuniões e no movimento o ajudava a diminuir o uso de drogas.

Jorge me falou que faz mais ou menos nove anos que está em “situação de rua”, desde quando, em 2008, rompeu com os laços familiares. Esse rompimento foi marcado por sua saída da “vila” em que morava até o centro da cidade.

[...] Tinha família, mulher, casa, filho, vizinhos, sogro, sogra. Eu sempre tive uma dependência química, o álcool, que eu considero a minha dependência química mesmo o álcool. Mas nessa época as drogas, porque eu usava cocaína, tava bastante agravado em função da cocaína. Nessa época eu me separei da minha família sai pra rua. Me separei porque eu achava que tinha que sair de casa. Na verdade eu tava atrapalhando minha família, criação dos meus filhos, então não era uma boa vivência pra eles... (Jorge)

[...] Não dava mais pra ficar em casa, pra construir aquela família, daí optei por ficar sozinho, viver separado da minha família, acho que era o mínimo que podia fazer. Nessa de morar sozinho muitas coisas aconteciam, eu vivia numa família, aí fui morar separado, a gente fica mais vulnerável a qualquer tipo de substância... (Jorge)

O ingresso de Jorge às ruas

[...] Eu aluguei uma peça, aí fiquei um bom tempo, desde 2002 até 2008, fiquei morando sozinho numa peça. Primeiro numa peça alugada, depois numa invasão. Parei de trabalhar também, abandonei o emprego, as coisas começaram a ficar mais difícil até chegar 2008. Aí em 2008 eu não aguentava mais aquela agonia de drogas e bebida. O que aconteceu foi que eu saí pra rua, eu pensei pra onde é que eu vou, pra algum lugar, não posso ficar no bairro, tenho que sair daqui e a opção foi vir pro centro... (Jorge)

[...] Porque no centro foi onde me identifiquei com a rua e aí aquela coisa de tu ficando e se acostumando com aquilo ali, não querer voltar mais pro bairro, por causa de vergonha né. De aparecer em casa, sujo, desleixado, perdido na vida, vamos dizer assim porque foi o que acabou acontecendo. Eu fiquei uns quatro anos perdido até eu começar a me encontrar... Deixa eu ver quando eu comecei a me encontrar, em 2008... 2010, é levei uns dois anos mais ou menos. Aí comecei a fazer a Cruz Vermelha... (Jorge)

Jorge fala sobre a busca por cuidados em relação ao uso de drogas que para ele sempre foi uma dependência.

[...] Eu morava em albergues, dois anos eu vivi em albergues, muito difícil ficar na rua, rua mesmo. Aí foi onde conheci a Cruz Vermelha. Comecei a fazer a Cruz Vermelha, os grupos sabe. Eu nunca acreditei em medicação pra dependência química, sempre achei que a melhor forma era o diálogo, roda de conversa, bate papo, foi onde eu me encontrei. Aí abandonei, tive recaída de novo... (Jorge)

[...] A Cruz Vermelha é uma ONG só de voluntários que trabalha no Haiti, nessas coisa de guerra, cada país é um tipo, sei que aqui em POA é com dependentes químicos. E aí comecei a frequentar os grupos, o que acabou acontecendo é que em dois anos eu fiz os grupos direto, amenizou a dependência química, tanto que eu parei de usar. Eu usava drogas sintéticas também né, isso aí desde 2012 eu nunca mais usei. Nessa parte eu to limpo e isso eu consegui da Cruz Vermelha, com os grupos. Lá a gente usava medicação pra dormir, só pra dormir, às vezes, não usava esses remédios que deixa que nem um zumbi... (Jorge)

[...] Eu abandonei a Cruz Vermelha depois, mas pra mim foi uma experiência importante. Era uma roda de conversa sobre dependência química, como tu vivia com ela e como lidava com isso. Até que ponto tu conseguiu lidar com ela até chegar esse lugar. Cada um de uma forma diferente... (Jorge)

[...] O foco era ficar abstinente, mas não à base de remédios. Por mim assim. Era muito puxado na parte da psicologia, muito trabalhado com a cabeça. Acho que isso é o mais importante, tu ter a liberdade de colocar pra fora sem ter vergonha, de sofrer preconceito... É uma troca de experiências... (Jorge)

Pelo fato de Jorge falar sempre em “dependência da droga”, peço-lhe que me explique o que isso significa para ele.

[...] A gente que vive nesse mundo aí, sabe, louco de dependência química, que são usuários que são ou que foi, ele se torna dependente pelo simples fato que teu organismo pede, porque ele se acostuma. Eu lembro que um tempo que eu me via dependente, eu levantava às cinco da manhã e tinha que ter uma garrafa de cachaça pra eu tomar uns dois goles antes de fazer qualquer coisa. Isso eu vejo como uma dependência. Naquela hora tu tem que fazer o uso. Pode ta envolvido com qualquer coisa, teu organismo pede porque ele já vem fazendo uso... teu

organismo sente a necessidade... Porque a dependência não é assim, ah vou lá fazer uso, é teu organismo que pede... (Jorge)

E Jorge relata seus processos de recaídas e a relação com a família, o rompimento dos laços e a reconstituição deles.

[...] Isso muito é força de vontade, hoje eu tenho dois netos, um com quatro anos e um com quatro meses, mais pela família mesmo, tenho dois filhos. Eu já vivo na situação de vício, nunca escondi nada sobre minha dependência. Sou alcoólatra, talvez ano que vem eu seja um ex-alcoólatra, mas eu ainda faço uso, então sou dependente do álcool. O organismo necessita, às vezes eu fico dois dias sem e no terceiro tenho que tomar alguma coisa. O que me leva bastante é a questão familiar mesmo de quando eu me lembro e quando eu bebia em casa, ou ia visitar eles alcoolizado de eles pedirem pra eu não ir daquele jeito... (Jorge)

[...] Retornou minha ligação com a família, acho que hoje eles acreditam mais em mim, porque eu percebo que eles param mais tempo pra me dar atenção. Um tempo atrás eles paravam pra conversar comigo, mas era diferente, eu vejo que é diferente de cinco anos atrás e um ano pra cá. Muito que às vezes, tipo esse ano aí eu vi umas duas, três vezes, acho que uma duas vezes, os três juntos sabe. Consegui juntar os três, porque sempre um está trabalhando, estudando, passeando. Eu vejo muito com isso aí, da atenção maior... (Jorge)

Jorge fala sobre o tratamento no CAPS e as medicações.

[...] Uns quatro meses atrás ou mais, no começo do ano, por abril, eu tive uma recaída grande. Fiquei uma semana bebendo e bebendo por umas coisas que andaram acontecendo. Eu andei bebendo e fazendo outras coisas que não tinha feito, usando drogas, cocaína. Fiquei uma semana bem perdido no mundo. Aí fui lá pro CAPS, cheguei lá e falei com a pessoa que me atende lá, aí ela disse que faz dois anos que tu não aparece mais... (Jorge)

[...] Ela (enfermeira) puxou uma planilha e me mostrou que tem um caso de um cara que fazia 15 anos que estava sem usar nada e o cara teve recaído e estava lá internado, usando medicação direto, que isso ir ter de fazer. Aquilo que ela me falou, por isso nem voltei lá, havia combinado de voltar dali um mês, mas ela me disse como seria meu tratamento, tinha que tomar medicação, e eu disse que não queria mais aquele remédio, porque o que eu conseguia me segurar legal era as reuniões e a participação, não com a medicação, entende? ... (Jorge)

[...] A medicação deixa sem condições de fazer nada, porque se eu beber hoje, amanhã vou me levantar com dor de cabeça e não é sempre que bebo sabe. Sábado, a gente bebeu e quando terminou, terminou, vamos dormir agora e foi cerveja... (Jorge)

[...] Hoje já estou consciente, sei que estou fraco, mas ainda hoje eu consigo um certo controle e a medicação eu sou contra ela, porque já tenho problemas de álcool e vejo pessoas que tomam medicação, e continuam bebendo, vai chegar que te dará vontade de beber e acho que faz mais mal ainda, usar os dois... (Jorge)

[...] Com a medicação não, a medicação te deixa daquele jeito, por exemplo, um amigo nosso, estávamos conversando, fazendo uma janta e eu precisava de um pedaço de papelão onde outra pessoa estava dormindo em cima, eu precisava rasgar, mas eu estava com a mão ocupada... eu pedi pra ele rasgar, ele tava sem força nenhuma pra rasgar o papelão, dopado de remédio. Então prefiro usar a droga quando eu quero ou quando meu organismo pede do que ter que tomar todo dia contínuo porque aquilo não vai fazer tu melhorar... (Jorge)

Tava no tratamento no CAPS, a base de medicação... Nessa época eu estava no abrigo, pra ver se a Kombi podia me levar, eu disse que precisava ir na consulta... perguntaram se tinha condições de ir, eu falei que ia sozinho, sai do CAPS às 9h30min. e fui chegar às 15h da tarde porque eu peguei três ônibus errado, eu me perdia, não era pra eu descer em um lugar, descia em outro, então perdi a consulta bêbado de remédio... (Jorge)

Atualmente, Jorge não frequenta o CAPS, apesar de gostar do tratamento em relação às rodas de conversa e oficinas. Ele diz ter mais acolhimento em sua rede informal.

[...] É uma coisa que fortalece, porque enquanto tô envolvido com o movimento, reuniões, palestras... eu podia estar fazendo outra coisa, fazer uso, sabe, ilícita digamos. Eu tô sempre pensando em fazer alguma coisa, eu acho que tenho alguma coisa a mais pra dar pra aqueles irmãos que estão ali na minha volta. Pra mim um orgulho muito grande de fazer parte do movimento na época da conquista do não fechamento da escola de Porto Alegre. Talvez se não fosse o movimento hoje a gente não estaria aqui fazendo esse trabalho. É interessante saber que eu posso fazer uma coisa além pra mim e o movimento me ajuda. É dessa forma que eu vejo o movimento... (Jorge)

[...] Estar aqui conversando contigo pra mim é uma ajuda, eu não bebo nas terças-feiras, venho pras reuniões e venho conversar contigo, isso é importante pra mim, por que vejo que posso fazer algo de importante... (Jorge)

Em seu depoimento Jorge crítica o sistema de saúde.

[...] A questão que eu te falo é de se preocupar com a saúde e aquela coisa de ter várias doenças na rua: tuberculose, sífilis, HIV, então a gente, eu me preocupo, sempre pergunto se ta fazendo tratamento... Aí vão passando pra outro o histórico, ontem o pessoal do consultório da rua, que é um pessoal que vem, o serviço de saúde que vem. Então eles são bem persistentes, sempre insistindo pra fazer o exame de escarro... Quem tá na rua é difícil fazer tratamento, quem vive na rua faz acompanhamento e não tratamento... (Jorge)

[...] Pra quem vive na rua é difícil, bem complicado. Por isso muitas pessoas morrem na rua, principalmente essas pessoas que tomam medicação forte tinham que ter outro tipo de tratamento qualificado ou uma atenção diferente. De que forma não sei te dizer. O governo deveria ter uma visão diferente pra essas pessoas, tanto pra dependente químico como pra aquele que faz tratamento pra HIV, tuberculose. Tenho um camarada do jornal que ele fez tratamento, não completou a gente não sabe onde ele anda, não sabe se ta vivo. Com pessoas assim tinha que ter um olhar diferente... (Jorge)

[...] Temos uma prova viva, nosso colega aí faleceu a semana passada. Aí eu acho que isso traz o fato que aconteceu também com a Rosa, atrás o que falei, são as pessoas com HIV, tuberculose e sífilis, que são as três doenças mais terríveis da rua. Essas três doenças essa criatura tinha. ... Quando falo em cuidado e atenção, do governo, prefeito e instituições governamentais é que eles podem deixar de ter negligência... As pessoas estão passando mal e são levado ao posto ou pros CAPS. O posto, como aconteceu com a Rosa, ela foi encaminhada e lá disseram que não atenderiam ela, porque não tinha assistente social junto. Ela era moradora de rua, e não tinha assistente social, começa por aí... (Jorge)

Ela não foi atendida, depois não quis voltar e acabou falecendo. Falo do cuidado que precisa ter com essas pessoas que estão no nível que a amiga Rosa estava. Acho que nesse caso deve ter um espaço diferente, para essa pessoa fazer o tratamento, pode ser no posto ou no CAPS, pode ser em qualquer lugar, mas não pode

acontecer isso. Tu levar a pessoa doente, ela vive na rua, ela não vai sozinha, já é uma dificuldade tremenda de convencer essa pessoa que ela deve ir e acompanhada, aí chega lá e dizer lá que não vou atender a fulana. Eu sei porque não atenderam ela, ela gritava, não queria ser atendida, não queria tomar injeção, aí que eu falo a questão do cuidado e da atenção que as pessoas que trabalham com esse tipo de gente, que acompanham, que é o pessoal do centro pop, são as assistentes social e as psicólogas, não interessa, precisa entender que essa pessoa vive diferente, pensa diferente, não sabe se adaptar a esse sistema... Então, é o só a morte que resta? (Jorge)

[...] Não acredito que uma pessoa que ficou quatro ou cinco anos estudando pra se formar, pegou um diploma só pra dizer que eu tenho pra deixar pendurado na parede, que nem tu disse, optou por uma profissão de extrema necessidade, essa psicóloga também é uma profissão boa e de extrema necessidade. ... Acho que deve haver mais escuta, sobre o que escutou, tu conseguir organizar a necessidade daquela pessoa... (Jorge)

Eu, por exemplo, só vou ali no centro pop pra tomar um banho, não precisa fazer a coisarada que eles fazem, me chamar pra conversar, eu tô bem, quero só o banho, aí outro que precisa fica ali na fila horas e não é atendido... acho que essa é a atenção que me refiro, das duas partes, do governo e das instituições e do trabalhador que atende as necessidades lá. As pessoas estão sobrecarregadas com a demanda, elas mesmo acabam ficando doentes com defasagem no serviço, elas acabam ficando doente também... aconteceu um fato, um dia, no centro pop, são três profissionais com planilhas de acolhimento, né, e três pessoas na fila assim, loucos pra entrarem... Funciona à base de ficha, eles se enrolam com as fichas, algumas pessoas se perdem nisso, como eu que acabei ficando sem banho, perdi toda a manhã na fila... (Jorge)

JOSÉ

José nasceu em Porto Alegre e conta sua vida a partir de sua saída de casa para às ruas.

[...] Acho que a primeira coisa que quero falar é quando eu cheguei, né. Daí eu não conhecia nada, não conhecia ninguém. Automaticamente, cheguei na rua por causa de orgulho, briga com a mãe, com o pai, de não querer me submeter a eles. Então acabei vindo pra rua, sem nada, praticamente, só com uma mochila e a roupa do corpo. Até no começo minha mãe não deixava eu trazer nada. Só perguntava onde eu estava e eu não queria falar. Nos primeiros dias eu perdi minha mochila, dormi e eles levaram. Nos primeiros dias eu dormia muito de dia e de noite eu procurava caminhar a noite toda... (José)

Saí de casa com 23, 24 anos. É, eu sou de 1979. Porque eu briguei em casa por causa que eu fazia... a minha mãe se matava pra pagar um curso de datilografia e daí eu larguei tudo e tocava na banda. Eu nem ficava em casa, fiquei uns seis meses lá sem ir pra casa... (José)

[...] Eles foram na delegacia pra colocar como se eu estivesse desaparecido... Foi por essas que tive as primeiras brigas com a minha mãe. Que daí minha mãe pagava pra eu fazer natação, os 'bagulho', eu larguei tudo. sumi, não comparecia... Porque meu pai dizia que era pra eu ficar na casa da minha mãe pra estudar e eu disse que não ia voltar, aí a gente acabou discutindo também. Eu era muito orgulhoso, aí cai na rua. Não era nem um pouco por causa de droga, que os cara acha que é por causa de droga, não usava droga, um pouco de maconha e bebia pouco... (José)

[...] Logo que vim pra rua não usava nada, das pesadas eu não usava nada. Isso depois, ali, a depressão, tristeza por não estar em casa, depois de quase dois, três anos na rua aí que eu fui conhecer vila tal, vila fulano de tal que os guris me

levavam. Porque até então eu não conhecia nada. Até era bom, eu só curtia. E aí foi indo então, conhecendo uns, conhecendo outros. Meus primeiros amigos foram o Paulo, Pedro, essas foram as primeiras amizades que eu fiz. São meus amigos até hoje... (José)

[...] Eu procurava uma praça pra mim dormir, tinha os bancos lá, eu colocava minha mochila ali, deitava ali e dormia. De dia só, porque de noite eu não ficava ali, eu ia pra rodoviária tentar dormir um pouco ou ficava mais caminhando. Aí depois que eu conheci a rapaziada, que eu comecei a morar nas aldeias. Os guris me convidaram pra morar ali. Aí começaram a me levar nos lugares. Na moral até que eu dei sorte, eu sou um cara de fazer amizade fácil. (José)

Aquele tempo não era que nem hoje, era tudo bem mais calmo. Hoje o cara vai chegar numa aldeia e perguntam quem tu é, sempre tem que ter uma recomendação de alguém se não ele não deixam ficar. Não sabem o que tu fez ou o que deixou de fazer. Hoje preocupa mais, naquele tempo não preocupava tanto se tivesse aprontado na vila ou roubado algo de alguém. Não tinha muito isso. A cidade era mais calma... (José)

José fala sobre o uso de drogas.

[...] Eu já fiz tudo, trafiquei, roubei, destruí patrimônio público do governo, desacato, roubo de carro, um monte de coisa. Tu automaticamente vê aquele dinheiro fácil né, aí tu pega aquele dinheiro e toca pra cima. O que veio fácil vai fácil: festinha, drogas, aquela coisa toda. As pessoas te arrastam pra um lado, te arrastam pra outro. Para o lado bom ninguém quer te arrastar. Eles te arrastam pra ganhar algo em cima de ti. Eu era bobo, novo, não conhecia, achava que tudo era festa e entrei... (José)

[...] Foi quando eu comecei o uso, comecei o uso na rua, começou bastante o uso. Ficava pensando que agora não tem mais solução. Tô na rua, tô usando, o que eu vou fazer?! Acabar matando, acabar morrendo, acaba acontecendo o que eles falam, não aí passar de não sei quantos anos de idade vou aguentar. Mas tô nem aí, né... (José)

[...] Já fiz muita coisa, já cheirei, já fumei pedra, maconha, muito álcool. Usava frequentemente, todos os dias, toda hora. Andando sempre “noiado”, pra esquecer. Tanto que quando eu saí de casa eu não usava drogas, saí porque eu tinha orgulho, discutia, brigava. Como eu já era praticamente dono do meu nariz eu tomei meu rumo, continuo... (José)

José também se manifesta sobre o uso de drogas e tratamento.

Na moral mesmo, o que que eu penso, eu fico muito tempo sem usar. Não sou dependente. Fiquei 28 dias dentro de uma ocupação sem usar nada, mas tem uma hora que o corpo pede.... Daí o cara vai lá e usa, então eu fico muito tempo sem usar, só que chega uma hora que eu uso... (José)

[...] No começo eu achava bem prejudicial, mas mesmo assim usava. Era uma forma do cara esquecer os problemas. Era diário, todo dia, toda hora, só parava quando dormia. Tu percebe quando as coisas estão te prejudicando, entende?! Tu tá mais frágil às doenças. E daí andava com muitas gurias na rua, aí o que acontece, peguei uma doença e tive que me tratar, onde eu parei uns 15, 20 dias, sem uso contínuo. Foi onde deu pra eu dar uma concentrada na minha mente, pra ver o que eu tava fazendo, o que eu tinha escolhido pra minha vida, mas não foi o suficiente naquele tempo e eu voltei, direto. Aí eu fui pra uma comunidade, que eu aprendi o jeito que eu tinha que fazer pra não usar mais, encontrar um caminho pra mim e foi a Igreja. Claro, o “bagulho” era de igreja, mas eu gostava. Era evangélico, tinha um violão pra eu tocar, tinha bateria. Fiquei lá praticamente um ano... (José)

[...] Tive uma internação jurídica, O juiz disse que eu só ia ficar na rua se eu ficasse um ano na comunidade terapêutica, porque eu disse que não ia me internar, mas

não fui. Aí o que acontece, na minha próxima entrada, na audiência o juiz falou que só ia me liberar se eu fosse me internar, tinha problemas com a Justiça, dos bagulho errado que eu fiz... Aí fiquei lá um ano, saí de lá, vim pra rua de novo. Fiquei um pouco na casa do meu pai, na casa da minha mãe e rua. Assim foi indo... (José)

José relata sua experiência na comunidade terapêutica.

[...] Quando eu cheguei lá era tudo precário, de madeira, de compensado. Tinha um cara lá que pedia doação foi me ensinado pra ver como fazia isso aí. Nisso ele me levava junto. Íamos nas madeireiras, conseguíamos caminhão de areia, de pedra e montamos bem dizer essa comunidade. Depois não quis mais ficar, porque estar lá era meio ruim... tava faltando alguém, o cara quer casar, não quer ficar pra sempre no bagulho. O cara quer arrumar uma esposa. Lá é as coisa das Igreja, aí me arrumaram uma esposa, uma irmã. Só que pediam pra nós orarmos. ... Daí fiquei mais três meses só orando... Passaram os três meses e o pastor disse que não era de Deus que nós ficássemos juntos, que não ia ser uma boa pra mim, que Deus havia falado com ele... Fiquei brabo, abandonei lá, voltei pra rua... (José)

E fala sobre seus aprendizados na rua.

[...] Na rua tu não podes ser orgulhoso, brabão. Tem que olhar com os olhos e fazer de conta que não viu, ouvir e fazer de conta que não ouviu pra que tu vá bem, pra sobreviver. Não tem como vir pra rua e ser brigão, vai te dar mal... (José)

Às vezes é difícil, porque tem que ter um lugar pra guardar as coisas do cara, tem que ter um lugar pra guardar as coisas, tem que ter um lugar pra te organizar. Claro, na rua tu não deve satisfação pra ninguém, ta entendendo? Se tiver um lugar bom pra morar onde as pessoas vão ficar mexendo nas tuas coisas ou te “chineliando”, te roubando. Que tu possa guardar tuas coisas... (José)

José também narra suas relações com a família.

Meu pai demorou pra entender o que eu queria, até ele entender que o jornal Boca de Rua é o que eu quero fazer, que eu quero ser militante. Até ele compreender demorou muito tempo, demorou anos. Fui julgado dentro de casa... quero vender meu jornal, quero fazer notícia, entrevistar, lutar por direitos. Muitas vezes isso acontece nas famílias, os pais querem que os filhos sejam o que eles querem e pra mim não é legal. A relação com a minha mãe, fazia muitos anos que eu não via ela, quarta-feira foi aniversário dela e daí eu fiz uma surpresa, fui pra casa... (José)

[...] É difícil de entender como alguém pode preferir a rua, a família e a sociedade não entendem... Me vê catando latinha, sentado numa praça bebendo e vão lá e falam que o cara tá atirado... Mas nem sabem que eu tô na praça e tenho uma reunião marcada no Boca de Rua, no movimento, ou outra reunião. O cara tá ali parado, mas nem todo mundo que mora na rua é ladrão. Daí as pessoas falam demais. ... Claro, tem uns dias que o cara não quer nada com nada, fica atirado nas ruas. Mas na maioria dos dias o cara tá bem, tá fazendo alguma coisa. Retomei a amizade com minha mãe, com meu pai. (José)

Ao falar sobre seus “tratamentos” em relação a droga, José faz críticas à medicalização.

[...] Fui no consultório na rua, eles me mandaram pro CAPS. Aí fiquei lá uns 14 dias e não gostei muito dos remédios, não gostei nada. Tavam me dando uma dose muito alto de um remédio laranja e eu acordava “grogue”. Briguei pra não tomar mais, disseram que eu teria que ir embora se não tomasse o remédio. Falei com o médico e ele diminuiu a porção de três pra um. Dormia e acordava no outro dia legal... Mas não entendo por que desses remédio? (José)

[...] Eu do meu jeito, se eu fosse parar eu iria pra igreja, fazer lavagem cerebral que nem eles falam. Dizem lá do CAPS que é lavagem cerebral, e eles então o que fazem? ... É lá que eu me sinto legal, tá entendendo, na Igreja mesmo que seja, mas aí eu não uso, não preciso tomar remédio e ainda faço meu som, sem estar chapado e mal. Então pra mim é tranquilo a comunidade terapêutica e as coisa de Igreja. O CAPS eu já não gostei, porque nos primeiros três dias eu fiquei... parecia que eu tava no sanatório, o remédio tava me deixando mais mal, com mais dor do que se eu estivesse usando droga. É uma coisa que eu acho equivocada. Mediram minha pressão, viram que eu tava com a pressão alta, me deram remédio pra pressão, remédio pra isso e aquilo, diabete não tinha, até aí tudo bem, mas aí meta remédio, já tava tomando pra pressão e depois pra droga... eu dormia e acordava no outro dia mal. (José)

Pergunto a José: como seria um “bom tratamento”?

[...] Poderia até ser como é no CAPS, mas sem o uso da medicação. Como eu vou dizer, te dar algo pra ti fazer, interagir, que chame tua atenção, jogos, inventar algo que chame tua atenção, que todo mundo vai querer. Lá tinha uma assistente que saía com nós pro campo de futebol e inventava outras brincadeiras, com bola, time, um negócio legal. Acho que isso poderia ter mais. E eu vi que lá tinha, mas poderia ser mais. Eu ficava sem fazer nada, ficava lá dentro, dava uma olhada na TV, à base de remédio, sem fazer nada. (José)

[...] Eu acho assim... tu tem que produzir outra coisa pra não ficar pensando na droga. O negócio é psicológico. Ah deu vontade de usar, coloca o cara para jogar vídeo game, passa a vontade na hora. Lá na aldeia tem um DVD, comprei uma bateria, os caras ficam o dia inteiro olhando e não usam droga. Passam a noite toda vendo filme e não usam droga. Se tu botar algo na cabeça dos caras que seja interessante, ele não vai ter fissura. É psicológico... Um que outro né, claro tem uns que precisam, tão numa fase avançado. Mas tem uns caras que não precisam. Eu me achava bem melhor quando tava lá interagindo do que tomando remédio. (José)

[...] Eles não conseguem fazer vínculo com a gente porque acham a gente difícil, não queremos aderir o tratamento, claro os cara não sabem nada da rua. Eles nunca vivenciaram nada, nem usaram nada, acham então que dando remédio é tratamento. Pra tu falar da tua vida pra alguém tu precisa confiar... Muitas vezes o cara não faz tratamento por causa disso, porque não se sente à vontade pra falar as coisas. Tem que se sentir à vontade, quem mora na rua é assim. (José)

JOÃO

A história de João é marcada por um forte desejo de mudar de vida, de sair das ruas. Para tanto, vincula-se a uma diversidade de redes institucionais, entre as quais o abrigo, o CAPS, os amigos da Universidade.

João conta que já faz 20 anos que saiu de casa e foi morar nas ruas. Esse processo não foi linear, aos poucos ele foi se vinculando mais à rua do que a sua casa.

[...] As drogas eu comecei antes de sair pra rua, comecei com a maconha, e a bebida alcoólica, porque a minha mãe e meu pai já eram alcoólatras. Então, já tinha esta história de drogadição desde pequeno, por que a maconha tu sai do portão tu via todo mundo fumar, tu entrava no portão tu via todo mundo beber. Então, ou tu usava ou tu bebia, então eu fiquei nos dois, por que era bom, né, todo mundo ficava feliz, era um subterfúgio. Mas isso piorou mais a vida do peão, ao invés de melhorar. Era tudo bom, tudo uma alegria quando está na mente aquilo ali né, mas quando fica são de novo aí tu vai ver as consequências do que acontece. (João)

A maconha eu comecei com 16 e álcool com 10 anos. A mãe bebia e não tinha condições de colocar o disco no aparelho e era eu que ia fazer aquilo ali. Às vezes ela não tinha mais condições de servir o copo e era eu que servia, eu que buscava. ... A mãe chegava do serviço e tu tinha que buscar, tu tinha que servir, então já tomava uns gole ali, ia aproveitando. Isso começou a ficar frequente, isso era com 10 anos mais ou menos. Até a droga mais forte (crack) demorou, demorou bastante, quando eu fui para o exército eu tava só na maconha. Depois sim, foi na separação, quando eu tava casado já, na separação... (João)

[...] Saí de casa por que na casa do meu pai por que tinha muitos filhos, então já estava ficando muito apertado, eu doeí meu quarto e fui lá pra minha mãe. A minha mãe bebia e me xaropiava. Aí eu comecei saindo, saindo devagarinho, dormindo na rua, de repente não queria voltar mais pra casa. Já ficava na rua, uma vez fui buscar minha sobrinha também, fui no centro, ela tinha fugido de casa, fiquei procurando ela dois dias no centro de Porto alegre. Eu gostei da rua também, aí levei ela pra casa e voltei pra rua, mas eu já era grande já, já tinha uns 27 anos de idade, mas aí eu gostei da rua. (João)

[...] Eu não fui colocado para fora de casa, eu saí por que eu quis, eu tinha condições até de ter uma casa, mas é que eu fui criado ali na casa da mãe e do pai, então eu não vou fazer casa nenhuma. Eu sempre trabalhei, eu tava no exército quando saí do exército eu arrumei outro serviço. Eu morava com a sogra, mas eu não estava aguentando mais morar na casa da sogra... (João)

[...] Fui pra rua, e nisso nos separamos e ela já estava grávida de outro filho e eu não sabia, e ela não me contou, senão até teria ficado e a história seria outra, de repente eu nem estaria aí. (João)

Ele conta sobre o início de sua caminhada em busca do cuidado institucional.

[...] Tudo começou com o movimento da população de rua, eu ia no movimento e ia no jornal, e fazia umas palestras. Aí a gente ia fazer as palestras e estava malcheiroso, a gente estava mal arrumado e as pessoas notavam, então a gente ficava com vergonha, mas a gente não tinha onde tomar banho e não tinha roupa. A gente tinha um carrinho de supermercado, como todo mundo da rua, ou o saco nas costas, era nossa sobrevivência. (João)

[...] Comecei a pedir ajuda pros profissionais que apoiavam o MNPR, eu dizia: a gente pode melhorar, pelo menos tomar um banho, colocar uma roupa diferente, largar estes carinhos, parece um morto carregando estes carinhos. Então, as coisas foram melhorando, eu vim aqui pro POP, com a assistente social aqui...” (João)

[...] Sei lá aquele nojo da gente ser aquele nojo, aquela pergunta será que eu vou morrer na rua, mas eu não nasci na rua, eu não vou morrer. Nos fazia as brincadeiras: a partir de hoje a gente não vai morar mais na rua. Aí nos brincava, se fazia que estava em casa, com tapetes, com estas coisas. Então começamos a crescer na rua mesmo, começamos a vir pro POP e já veio pra facilitador social. (João)

[...] E o CAPS foi por causa do CREAS quando eu trabalhava de facilitador social lá, aí eu chegava meio baleado da droga e eles me disseram que era pra mim não ir trabalhar quando estivesse em uso. Eu disse, então: ‘ vim aqui só pra te dizer que não vou vir trabalhar porque eu realmente estou em uso’. Ela disse que ia me descontar e que eu não fosse trabalhar, assim eu nunca mais apareci, mas sempre respeitei eles, aí me vieram com uma proposta de tratamento e aí eu perguntei qual tratamento que era, e eu nem sabia o que era CAPS. Me disseram pra ir ver o que era e se eu não gostasse não precisava fazer. Fui o primeiro dia e elas ficaram comigo e eu disse que não gostei e daí depois eu recai de novo e tive que voltar... (João)

“[...]Antes do CAPS eu entrei no ‘Se esta rua fosse minha’ que é um projeto da tuberculose, hepatite e HIV, em que os moradores de rua estavam morando muito

por causa destas três doenças. Então fizeram este projeto, mas só pro morador de rua ter o acesso com o cartãozinho de morador de rua que tu é pobre, morador de rua, não tem endereço, não tem documento, aí tu vai acessar um posto de saúde. Isto foi criado pela Secretaria de Saúde e convidaram alguns moradores de rua pra fazer teatro, pra fazer um grupo de músicos e eu participei. A gente ajudava no Consultório na rua, quando a pessoa saía do consultório e sabia da doença a gente ficava tocando, se divertindo, ela já não saía tão frustrada, ela saía triste, mas não tão triste. A gente acalmava, vai com calma tu vai fazer o tratamento... Mostrávamos para as pessoas que não iam morrer. Tudo bem que a AIDS não tem cura, mas tem tratamento e hoje em dia morre mais gente da tuberculose do que de AIDS. (João)

[...] Quando eu tava com a tuberculose e eu quase morri. Eu desisti do tratamento e então aconteceu isso, porque eu pensei que eles tavam tudo me ajudando e eu não parava de usar drogas. Então, tava fazendo eles de bobo, então pensei eu não vou mais. Só que eu encontrei um na rua e ele me viu mal, aí pegaram a Kombi e me levaram, me deram remédios de novo e foi quando arrumaram aqui pra mim. (João)

[...] Nunca parei de usar droga, só que tinha um controle, não faltava o tratamento. Aquilo entrou na minha cabeça, por que eles nunca me deixaram mal, se preocupavam comigo, não posso deixar eles mal. Então, eu fiz uma caderneta, este dia eu posso usar, este eu não posso, e isso esta até hoje. (João)

João também fala sobre a comunidade terapêutica.

[...] Eu tava mal na época e eu peguei e fui na Cruz vermelha e perguntei pra mulher se tinha alguém pra mim conversar e ela disse que não tinha, mas tinha ela e fiquei conversando com ela. Conte pra ela que eu tava mal, tava me sentindo um lixo mesmo... me atendeu e me disse que tinha uma saída pra mim, uma fazenda, que conhecia o dono e as pessoas de lá e eu peguei e fui, e me internei lá e fiquei oito meses, saí forte e gordo... (João)

Lá era uma fazenda normal, tinha vaca, tinha curso de computação, era uma casa com a religião aquela do sétimo dia, então trabalhava sábado, pra me acostumar foi difícil... Não podia falar nada da rua e o que eu ia falar, se eu só sabia da rua. Tinha um quadro de disciplina que eu tava sempre lá embaixo, aí eu comecei a melhorar e virei monitor... Aí eu fugi de lá..... tu te ajoelha na madrugada, eu peguei a adventista que era ler a bíblia e cantar uns louvor. No sábado e domingo que não podia fazer nada vinha uns irmão da igreja e a gente fazia bolo e doce pra eles e ficávamos cantando até a noite. (João)

E relata os “pontos positivos” dessa experiência.

[...] Lá não tinha remédio, lá era tudo natural, então bem melhor. Se tu tivesse com fissura tu chamava alguém pra conversar, tinha profissional, assistente social, tinha o dono, conversavam com a gente. Aí eu dizia, quero ir embora daqui não aguento mais e ele dizia não sei o que vou fazer pra ti não ir, chegava a chorar junto contigo pra ti não ir. Eu conversava com eles e melhorava, fiquei oito meses sem drogas e isso era positivo. E hoje eu uso medicação e me deixa lento e eu estou na fissura e tenho que estar lento pra não sair do portão... (João)

João fala sobre a questão da saúde na rua.

[...] Tem muita gente morrendo aí, com estas doenças que a gente pega na rua. Se tu passa um tempo na rua, pra ti não ter mais de uma doença só milagre, são poucos que não têm uma doença. Depois de 10 anos de rua, tu tem as doenças tipo tuberculose, AIDS, Hepatite, estas são as pior, são as que estão matando mais. Fora as drogas, alcoolismo. Fora os tiro, facada, são tudo doença. Pra tu ver quantas coisas o cara pode morrer na rua... (João)

[...] *Eu já vi vários amigos meus morrer, morrer não, né, ir pro hospital e não voltar mais. Tem uns que tem HIV e baixa a imunidade e pegam outras doenças ou transam com gurias que estão doentes... (João)*

[...] *A pessoa que está doente tem que procurar um espaço pra ser cuidado, a mesma coisa que eu quando eu entrei no abrigo e eu estava com tuberculose ... E aprendi a ficar bem quietinho ali, fui tratado, tem enfermeira, tem técnico de enfermagem, tem tudo e acho que isso aí que o cara doente tem que procurar, se não eu não estava mais aqui... Mas claro, tem um monte de cara da rua que não procura, aí tem várias coisas que levam a pessoa não procurar, vergonha também... (João)*

Se não fosse aceitar que precisava de serviço eu acho que eu não estaria mais aqui, por que é muito forte e neste frio, tu com doenças deitado em um papelão, quatro graus, cinco graus, tu morre, tu não aguenta três dias. Então, tá aí as opções, só que tem que aceitar é a pessoa, porque tu não é obrigado, eles não podem te obrigar a nada. Tu tem que querer e eles têm que respeitar o teu tempo... problema é isso, insistiram comigo e por isso eu tô vivo, encontrei as pessoas certas no caminho... (João)

João também faz críticas ao sistema de saúde.

Esses profissionais aí não conhecem as pessoas da rua, não sabem da realidade. Por isso é bom ter os facilitadores sociais, que é justamente as pessoas de rua que ajudam nesse 'meio de campo', gente que a gente conhece. Tem muito caso, eu sei os pontos onde tem este pessoal doente, conheço muita gente doente, eles não querem procurar ajuda, mas se se deslocar onde eles estão, eles podiam até ter uma esperança, que nem eu tive. (João)

[...] *Tem que entender que ser de rua te faz mais forte para algumas coisas, mas pra outras não, as pessoas têm medo... São pessoas que não vão no médico mesmo, imagina eu vou lá pra que, vão me mandar não sei aonde e não sei aonde, mas aí tu sabe que também é uma desculpa pra eles ficarem usando drogas. Inventam uma coisa... (João)*

[...] *Já andei por muito serviço e posso te dizer que alguns profissionais estão preparados e outros não, mas deveria ter uma preparação mais rígida, por que trabalhar com pessoa na rua é caso especial. É como trabalhar com criança, ele tá nascendo de novo, tá aprendendo a andar de novo, tu perdeu tudo, tu não sabe mais viver. É como eu, né, como tu me dar uma casa, eu não sei mais viver, não sei o que fazer na casa, muito tempo sem cozinhar, eu lavar a roupa. Eu esqueci, eu vou ter que aprender, a mesma coisa o profissional, ele vai ter que aprender a trabalhar com nós, pois senão o cara não vai, ele vai só um dia e depois não vai mais... (João)*

[...] *Entendo também que é difícil pra um profissional, ele tem que ter bastante tempo de preparação, coisa que eles não têm. Imagina tu passou no 'Mais médicos' e tá lá pra trabalhar com o morador de rua, já largam o coitado na rua, na ruim, o coitado tá despreparado e tem que trabalhar, só porque tá no programa esse. Aí só os bons de coração ficam, os que não são, não aguentam, vão embora, como já foram vários... Alguns resistem à rua, outros não... (João)*

5.1.2 Rede de Saúde ou Redes de Cuidado? Relações Construídas na Rua

5.1.2.1 Relações construídas na rua

Neste tópico, discorro sobre a construção de redes de cuidado durante os encontros com os interlocutores para as entrevistas.

Em conjunto com os interlocutores privilegiados foram construídas suas redes de cuidado, a partir de questionamentos: (1) O que tu pensas que é redes? Como tu enxergas, hoje, as tuas redes? (2) Redes de pessoas, de instituições ou lugares que tu vais, que tu consideras teus laços mais fortes, mais frágeis, que têm conflito ou não.

Apresento a construção dessas redes de cuidado sob o ponto de vista de cada interlocutor, sua visualização através das figura construídas (Figuras 7, 8, 9, 10), e no final do capítulo apresento reflexões conceituais sobre essas narrativas e as figuras.

RONALDO

A criação das redes sociais de cuidado com Ronaldo foi um processo denso, trabalhamos conjuntamente por dois dias. Ronaldo é experiente no tema das drogas e no universo da rua, tendo um discurso reflexivo, com conhecimento prático e conceitual. Ficamos também conversando sobre além das redes da sua história de vida, refletindo sobre os trajetos relacionados às políticas públicas: acesso, oferta, acolhimento, entre outros.

O que é rede e como Ronaldo a percebe?

Eu separo em dois polos: a rede institucional (do Estado ou não) e a rede informal, que não é instituições, um grupo, coletivo, como gostam de chamar, ao meu ver são as mais importantes, tanto como a redução de danos, como o cuidado no dia-a-dia... (Ronaldo)

[...] As formais, a que eu mais tenho contato é a assistência social (AS): CRAS, CRES, centro pop, albergue, abrigo, mesmo eu não estando acessando eu sei onde procurar caso precisar. Tenho mais acesso até pela minha caminhada no movimento. As redes da saúde, essas eu acho que não é inclusiva, a população mais vulnerável não consegue ter acesso. Não dá conta da demanda, por exemplo os agentes comunitários de saúde na casa da minha mãe, eles vão a cada três meses, podia ser a cada mês, né? Mas ele não consegue dar conta. Aí as pessoas ficam sem informação, sobre os serviços que a UBS ...Os serviços de saúde, em geral, têm a estrutura fragilizada. Não consegue dar conta. A assistência é a mesma coisa, mas eu me sinto mais seguro de procurar a assistência que a Saúde... Os trabalhadores da rede da assistência acompanham o movimento da população de rua, porque é uma das diretrizes do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), faz parte da legislação. ... A rede da saúde não se faz presente lá no MNPR. A galera que trabalha dentro da área da saúde é uma galera que precisaria ter mais sensibilidade, porque às vezes tu chega na Unidade Básica de Saúde (UBS) e tu nem é atendido. A galera acaba nem voltando, aí fica no limite da saúde... (Ronaldo)

Conforme Ronaldo vai desenvolvendo seu relato vou esboçando, no papel, os serviços aos quais ele se refere, além dos pontos de força, conflito, fragilidade. Ele diz que todos os serviços da Rede Institucional para ele, incluindo Saúde, Assistência, não são locais aos quais tem acessado. Ou seja, são serviços que possui conflito e críticas a eles. Ele segue abordando essas questões:

[...] *As políticas não se conversam, a assistência social (AS) e a saúde, no caso da população em situação de rua, deveriam andar de mãos dadas, mas não consigo entender porque não são. Quando você chega numa rede de saúde para tentar o acesso, eles te encaminham pra AS que dizem que o atendimento é de saúde. ...Morador de rua é culpa da AS, daí dizem pra construir albergue, dormir 15 dias em cada albergue. Aí eles dizem que a gente tem que trabalhar para pagar essas contas, porque tem uma secretaria de trabalho e geração de renda em POA. Certamente se vai procurar emprego, não vai conseguir, entre quem tem comprovante de residência e quem não tem, quem vai ganhar? Óbvio que quem tem... Em questão de saúde mental, a galera da rua não tem acesso. Na real a galera da rua até tem, mas é um vínculo bem fraquinho. Imagina a galera da rua ficar trancado dentro de um espaço, acho que padronizaram o atendimento em saúde mental, em questão medicamentosa. Falo em outras questões além do álcool e droga. Como que tu vai te expor dentro de um grupo do CAPS, tu não vai, porque tu não tem confiança no serviço, ele não te acolhe como deveria. Acolhe melhor a galera do abrigo, que ta organizada, limpinha. Mas acolher o irmão desorganizado, isso... só se for pra levar pro hospital quando ta na última da tuberculose, aí força a barra. O cara corre risco de morrer na rua né. Tivemos um genocídio da população de rua... (Ronaldo)*

[...] *A saúde mental eu tenho conflito, abstinência e remédio não dá. Assistência Social eu também tenho conflito, precisa dizer o que seria? São as críticas, mas não em questão de... vou deixar bem claro, a da saúde mental é questão dos trabalhadores que pensam assim sobre o cuidado, a coisa da abstinência e da medicação... (Ronaldo)*

Essas que te falei são da gestão do Estado, mas agora tem as que não são. Essas que não são auxílica a galera da rua, como o pessoal da igreja, como o morador de rua come? A pessoa não pensa nisso. Não é nem só população de rua, a cada 100 mil habitantes tem que ter um restaurante popular, aqui em POA deveria ter 15, mas só tem um. Atende 600 refeições só no almoço, sendo que era pra ser 600 no almoço, na janta e no café da manhã. O pessoal da rua não tem muito esse acesso. Daí sobra pros voluntários, dito voluntários, que são das instituições, geralmente religiosa, que distribui alimento pro pessoal da rua. Não só alimento, mas roupas, essas coisas. Porque a campanha de agasalho do Estado nem chega nos moradores de rua, elas vão pras instituições. E as que não acesso nenhum serviço da rede do Estado ficam na mão dessas instituições das igrejas, um trabalho voluntário, que a gente sabe que eles ganham em cima da população de rua. Eu já usei bastante, pra comer, tomar um banho. ... É uma rede de Organizações não Governamentais (ONG'S) que eu acabo tendo vínculo forte, porque se eu me apertar no rango no final de semana, eu sei onde comer. Algumas disponibilizam kits de higiene pessoal. São as redes assistencialistas... (Ronaldo)

Ronaldo cursa a universidade, utiliza alguns recursos, como o restaurante universitário, a biblioteca e bolsas de inclusão. Pergunto-lhe se a considera parte de sua rede?

[...] *Sim, eu acesso a universidade, é parte, mas é um lugar que eu não considero assim... digamos que tenho uma mágoa... A universidade não é um local preparado para receber as pessoas diferentes, os excluídos... A ideia é estimular a competição, em que quem não se adapta, fica para trás... (Ronaldo)*

Ronaldo cita sua relação com a Segurança Pública (SP) por ser frequentemente abordado por esse órgão, considerando-o um ponto de fragilidade e conflito.

[...] *A Brigada Militar, já fui abordado ... aí tive sorte, porque mostrei a carteirinha da universidade e eles me liberaram. Abri a mochila, tinha livro e roupa. Entendeu, é bem isso. Perguntou o que eu estudo, aí eu falei... Acho que a instituição não tem mais jeito, a guarda municipal e tal, pobre é bandido na cabeça deles. Mas eles querem proteger aquele que é privilegiado e não aquele que tá na rua. Tem algo*

errado. ... Se o Estado quisesse resolver, a Brigada Militar não tem mais solução, tem que começar de novo. ...Tem que pegar essa grana e investir em educação... Eles tem um preconceito, um estigma com a gente... Os caras fazem tudo, menos proteger o menos privilegiado, a ideia seria proteger o mais vulnerável, eles é o contrário, protegem os privilegiados... (Ronaldo)

Ronaldo fala também sobre as redes informais, da rua, considerando-as mais fortes e importantes do que as formais.

[...] As redes informais, eu queria começar pelo MNPR, é forte... que vou dizer, com toda a dificuldade com o movimento, condições da população de rua, que nem diz a banda kalunga fez uma música pra população de rua: população de rua diz que vem, mas não vai, diz que vai, mas não vem. E ela tem essa característica, porque é muito volátil, eu tenho um planejamento, mas vai que aconteça alguma coisa, aí já muda tudo. Vamos tomar um trago, demorou, né. Mesmo a galera sendo volátil, tá junto e não tá, desde o início do movimento, mesmo com as dificuldades, eu sempre tive contato com quem tá próximo. Se não tivesse esse movimento, eu nunca teria entrado na universidade, é a experiência mais forte que eu tenho, que me faz querer fazer algo coletivamente, dentro de todas as dificuldades, erros certos. Conheci pessoas legais, da rua ou não, mas que gostam da gente e trabalham com a população de rua... (Ronaldo)

As redes, uma atual que é informal, formada por... chamada de coletivo... que são um grupo de pessoas de diferentes áreas que tem seus privilégio, são brancas, com curso superior, mestrado, doutorado, segunda graduação, cinco pós-doutorado, mas tem uma baita humildade. Eu acho isso o máximo, na cabeça deles isso não pesa, se todos agissem como eles o mundo estaria transformado. Eles atuam na questão de respeitar a individualidade de cada um, não pensam só em grana, se não tiver um rendimento dentro do grupo suficiente, pode fazer por for. Elas tem os trabalhos deles, trabalham no restaurante, costura, tele entrega de bicicleta, artesanatos, feiras, uma galera anarquista, libertaria que me ajuda financeiramente, tão pagando o advogado. Me apoiam estruturalmente, não só a questão de grana. Tem gente que te dá a grana e não fala contigo, eles poderiam só dar a grana, mas não é isso. Eles querem se envolver junto. Teu problema é problema deles também. Agora que tô com dificuldade pra ter onde ficar, eles tão me ajudando, o que é possível... (Ronaldo)

[...] Eu vou dizer assim oh, a minha família, eu consigo enxergar que é acolhedora, mas eles não entendem minhas singularidades, porque eu só estudo, eles acham que eu deveria estudar e trabalhar. Pensam muito mais no ter do que no ser, não é culpa deles, eles recebem influência da grande mídia, mesmo sendo pobre, ela também tem essa influência. Tem que ser trabalhador, não pedir nada pra ninguém. Isso gera alguns conflitos, dificuldades, daí eu prefiro ser visita do que morador. Visita é na hora do churrasco, é a coisa da consideração. É um vínculo médio com conflito, tem que ter conflito na família (risos), é um vínculo que com minha mãe eu tenho um vínculo sentimental, ela nunca me abandonou, meus irmãos já é um amor exigente, que tu ama, mas não aceita o que a pessoa faz... (Ronaldo)

[...] Amigo, não sei, essa palavra não me soa uma coisa boa, é mais que amigo, mais que irmão. No meu termo seria 'cupincha', mas daí seria carcerário (risos), então, melhor colocar: 'comparsas'. São aquelas pessoas que tiram roupa do corpo pra dar pra ti, tão sempre ali pra me escutar, ouvir. (Ronaldo)

[...] Basicamente seria essa a rede. Acho que a segunda rede, a informal é a mais importante, porque os vínculos são fortes, só a família que é médio. Acho que não é forte, porque eu me afasto... mas o restante é tudo forte... (Ronaldo)

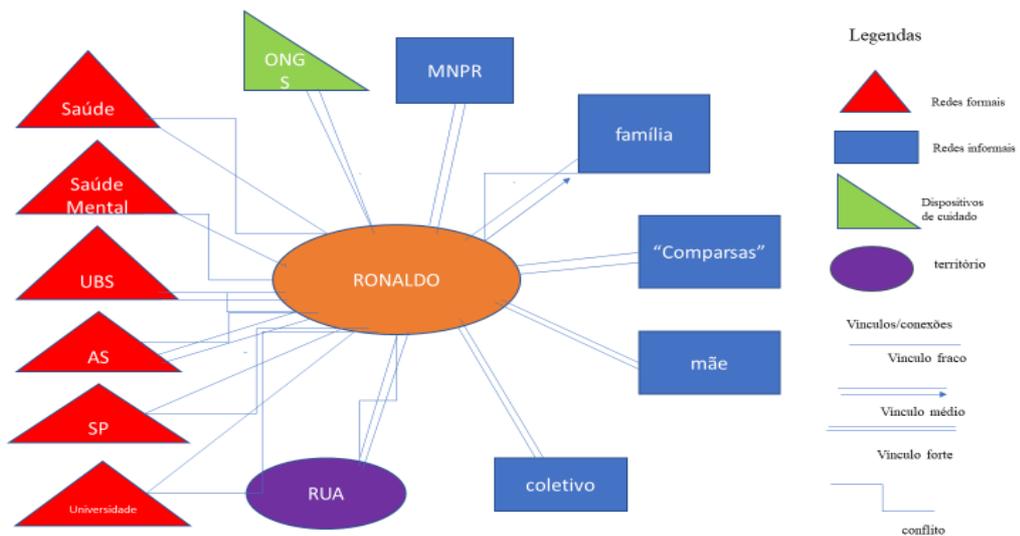
Atualmente, Ronaldo não reside na rua, porém se considera uma “pessoa em situação de rua”, então, questiono se a rua e a droga fazem parte de sua rede.

A rua tem um papel importante na minha vida. É um vínculo muito forte, conheço pessoas que apoiam o movimento, mas dizem que eu tenho que me ver e falar não mais como um morador de rua. Mas eu falo que sou morador de rua até hoje. Qual o problema de dizer. Tu mora de aluguel, né, pra mim é estar na rua, só está protegido... (Ronaldo)

[...] A rua sim, faz parte, é forte e tem conflito. Por que eu já fui e já voltei da rua, não acho legal morar na rua, mas a rua me trouxe coisas... como o MNPR, como os amigos... A droga não, a droga eu não incluo, ela faz parte de outra rede, outra rede que podemos fazer, eu chamaria de uma rede de drogas... mas não por ela (a droga) que tenho construído as outras redes que tenho...talvez a rua sim... (Ronaldo)

Abaixo insiro a figura da Rede Social de Ronaldo, e, posteriormente, em outro tópico, abordo a “Rede de Drogas”.

Figura 7 - Rede de cuidados construída com Ronaldo



Fonte: Silva, Aline B., 2018.

JOÃO

Trabalhamos em uma tarde. João estava cansado, medicalizado e sonolento, mas como sempre atencioso, dizendo que mesmo cansado gostaria de realizar o exercício.

Ao questioná-lo sobre suas redes, João mostrou um semblante confuso, pois não sabia o que eu perguntava. Procurei explicar: “Redes de pessoas, de instituições ou lugares que tu vais, que tu consideras teus laços mais fortes, mais frágeis, que têm conflito ou não...”

Desperto, ele narrou suas redes.

É, eu tenho muitas, lugares assim que já fui e frequentei, pessoas... Posso falar um pouco dos lugares... É, o albergue eu não gostava muito, eu ficava porque era obrigado, porque não tinha outra opção, então tinha que ir pro albergue. Mas depois que tu conhece outra rede, assim, o abrigo, uma república, daí tu não quer mais ficar no albergue... Então eu conheci o abrigo no albergue. Não vou dizer que nunca vou ir lá mais, ne, não tá nos planos... O albergue eles tratam o cara como soldado... aquele soldado que tá na guerra...vai lá tomar banho, tu não pode rir, não pode chorar, não pode fazer nada lá dentro. Não pode olhar TV, não pode... só jantar e dormir, tomar banho, jantar e dormir. Então isso aí não é vida! (João)

[...]Tem um pessoal que fuma, aí não pode fumar. Entrou não pode fumar mais. Pô, o cara ali cansado louco pra fumar um cigarrinho pra ir dormir e não pode. Tem muita coisa que não pode fazer. Então, isso oprime a pessoa. Então, por isso o albergue eu sempre usei, mas não sou muito chegado. Tomara que eu não precise de novo, se precisar eu vou, mas é ruim, é fraco e com conflito... (João)

[...] O CAPS AD é ótimo, eles escutam as pessoas, conversam contigo, se tu tá meio triste eles vem e perguntam se tu tá bem, se tu quer conversar, o que tá acontecendo, então é muito bem melhor o CAPS AD do que albergue. É melhor até que o abrigo aqui, foi a melhor coisa que aconteceu. Pelo menos fico aliviado, alivia um pouco. Se é no abrigo o cara fica mordido, se é no albergue o cara fica brabo de manhã cedo. Aí o que tu vai fazer? Vai pras drogas direto. É isso que eles querem, eles querem que tu use droga pra não poder entrar depois... Porque não pode entrar se tu usa drogas... No albergue e no abrigo tu não pode entrar bêbado e drogado, mas aqui no abrigo eles conversam contigo, no albergue não... (João)

[...] No abrigo me ajudam, mas nessas, né, tu pode colocar conflito. Ao mesmo tempo que é forte, que eu preciso desse vínculo com eles, eles querem me mandar embora, que não dá mais pra mim ficar aqui, que acabou o tempo, tô preocupado com isso. Pra onde eu vou? Voltar pra rua, talvez. Me mandaram fazer um curso, amanhã eu vou lá, busco meu histórico, vou me matricular nesse curso aí...vamos ver o que vai acontecer. Mas eu continuo inseguro... (João)

O consultório na rua (CnR) foi um vínculo antigo, mas pode colocar, foi um vínculo forte que me fez vir pro abrigo e pro CAPS AD, eles me ajudaram, então acho que é um bom serviço... (João)

João narra que é pela rede formal (serviços) que ele consegue sua “sobrevivência”, pois não se imagina mais morando na rua, mesmo que os profissionais dessa rede fiquem exigindo algumas coisas que ele não se sente seguro ainda em fazer, por exemplo voltar a ter uma casa e um emprego, sair totalmente do uso de drogas. Mesmo assim, ainda é nesses lugares que ele recebe algum tipo de “cuidado”.

Ele diz também que é sua rede informal que lhe dá “forças” para seguir sua jornada em busca de sair das ruas. Essa rede é importante, pois, sem ela ele não teria motivação para seguir seus projetos de vida.

[...] Redes de amigos tem bastante, né! Tem bastante amigo, bastante da Universidade (apoiadores do MNPR), amigo da rua. Tem aqui no abrigo, na rua, tem na universidade, mas é amigo mesmo, de verdade, são os da universidade, do Jornal boca de rua, do movimento, da aldeia... Tenho um vínculo muito forte com todos eles... eles me apoiam, me ajudam a me levantar.. Os amigos da rua eu sempre tive, mas agora estão diminuindo por que tem preconceito de que eu quero sair da rua, perdi alguns desses amigos... (João)

[...]Todos esses que eu falei é difícil ter algum conflito. É difícil, porque são coisa que eu faço, que eu gosto de fazer e não tem briga, não tem... Tem a construção bastante, né, a gente constrói mais do que destrói, né, gostamos mais de se organizar, a aldeia, o movimento e a universidade são os que mais me procuram, pela amizade. ... Se não fosse por eles, talvez em nem estivesse aqui, porque eles me motivam à mudança, querem que eu seja melhor, uma rede forte que me apoia... O Movimento e o Jornal também, do palestra, me envolvo, faço outras coisas do que estar aqui, vejo que posso fazer algo pelo coletivo... (João)

A família é um vínculo fraco, é bom, mas não como eu quero... Sei que se eu voltar, vão me criticar, vão falar coisa que eu já sei e eu já não vou aceitar e vou pra rua de novo. Então é um vínculo fraco, né, porque não é pra lá que eu vou voltar, né..."

João também fala sobre a rua e a droga.

[...] Por situações de saúde, incluindo o uso de drogas, eu estou aqui, não só por isso que estou aqui no abrigo, porque teve a questão dos problemas graves de saúde que eu tive. Mas a droga me faz acessar o CAPS AD, o Consultório na rua, e aqui o abrigo também. É uma relação forte e com conflito por que eu ainda não parei de usar drogas e também uso muito remédio para conseguir... (João)

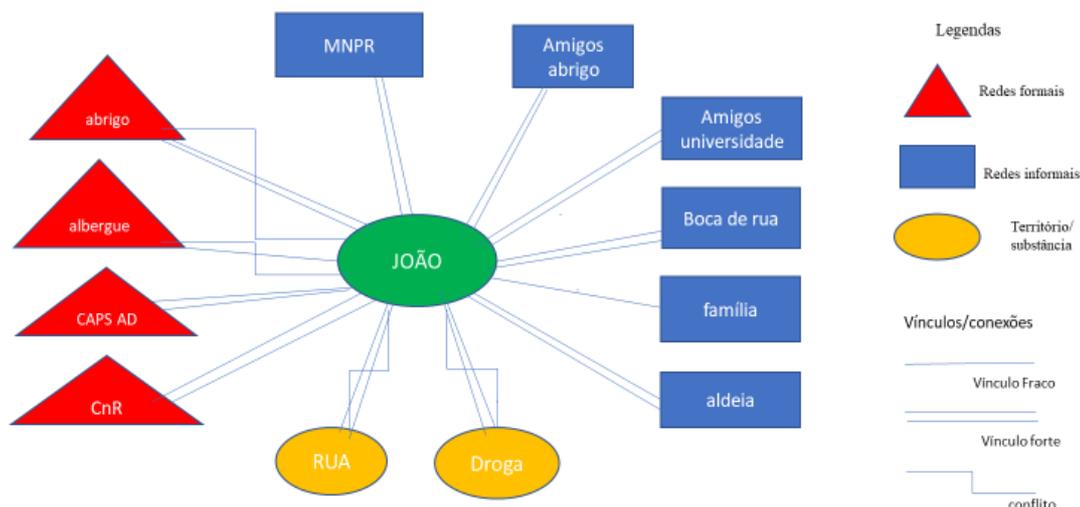
[...] Como eu posso te falar, eu saí da rua e perdi um pouco do vínculo com a rua.... É um vínculo forte porque vivi muitos anos e tenho medo de ter de voltar, então tem conflito, mas então hoje eu não penso mais em ficar na rua de novo... E aí não, e daí a rua eu tô tentando me livrar dela, mas ainda ela está presente... (João)

Visualizando o desenho da rede, João diz:

[...] Ah, eu enxergo... eu enxergo que tem bastante coisa, né, acho que bastante coisa, a rua, e hoje em dia eu não quero mais ficar na rua, né. Mas ela está ali, e tem as coisas que eu construí a partir dela. Quero ter uma vida normal, largar isso de mão, esses serviços... só os amigos que não, mas quero ter minha vida de volta, a minha casa, um lugar possível... (João)

A seguir insiro a figura construída junto com João sobre sua Rede Social.

Figura 8 - Rede de cuidados construída com João



Fonte: Silva, Aline B., 2018.

JORGE

Quando propus o exercício a Jorge, ele se mostrou animado, perguntando se a rede que ele “deveria” construir era na rua. Informo que “deveria” construir conforme quisesse, desde que a rede fizesse sentido e que ele pudesse se enxergar nela, incluindo pontos fortes, fracos e com conflito.

Jorge me conta com propriedade sobre sua rede, destacando territórios de uso de drogas e redes informais. Sobre as redes formais ele fala pouco, pois diz não costumar acessá-las com frequência.

[...] Acesso, mas em casos de urgência. Assim, na assistência social (AS) para tomar um banho. No posto de saúde (UBS) é onde eu faço meus acompanhamentos, quando se trata de médico e saúde sempre vou lá... Que nem quando eu te falei que estava preocupado com meu pulmão, eu fiz o escarro ali. Quando são coisas simples eu vou no posto. ... E também quando são coisas mais complicadas aí vou em outro posto que tem mais atendimentos, outros profissionais... fazer exames... (Jorge)

[...] Quando tive tuberculose foi complicado, porque tinha que tomar medicação e tenho uma dependência, o álcool, mas consegui fazer os seis meses certinhos sem burlar o tratamento... Seis meses sem beber. Saúde né. Fico me perguntando, porque não é da mesma forma, porque a gente é tão vulnerável... Fiquei mais de

seis meses sem beber nada, depois fui numa festinha na universidade... e acabei bebendo. Às vezes penso como fiquei sem beber. Que nem cigarro, fiquei 10 anos sem fumar e voltei... (Jorge)

Jorge fala sobre a Religião, uma instituição com a qual tem vínculo forte.

[...]Tem uma instituição que eu gosto, sábado que vem vou ir numa casa espírita, onde eles acolhem o pessoal da rua. A gente entra de manhã, a partir das oito horas o portão é aberto, a gente toma café, aí assiste uma palestra, aí fica meia hora só o pessoal pra se concentrar. Aí a gente fica ali, fala sobre o que quiser, fica bem à vontade. Daí tem mais uma palestra sobre espiritismo, aí 11h30min eles servem o almoço, onde cada um faz uma oração e agradece pelo dia do jeito que quiser. A gente fica ali ate as 14h. É um lugar que me sinto bem, tranquilo, em paz, onde dá pra refletir, é um lugar acolhedor. É um lugar que gosto de ir pelo menos uma vez por mês. (Jorge)

[...] Eu sempre acreditei que tem alguém superior a gente, minha família toda é católica, mas eu sou espírita hoje em dia, não vou não por não ir, mas porque me identifico mais com a espírita... (Jorge)

Sobre suas redes informais, Jorge insere situações de vínculos com o território, trabalho e droga.

[...]Tenho pontos de tensão com a droga. Por incrível que pareça nos fins de semana são os dias mais tranquilos. O meio da semana são os piores dias, quarta e quinta, aí quero usar droga. Mais tranquilo finais de semana, porque eu passo o domingo inteiro cuidando carro na Redenção, então eu tô na atividade. É, no sábado eu tiro o dia pra descansar e não faço nada. Eu vou passear, na casa dos filhos ou dos netos. Fico em casa descansando porque domingo eu trabalho. Não gosto de sábado de noite, porque me lembra a época de vinte anos atrás. Era o melhor dia da semana e hoje é o pior. Hoje em dia eu me sinto bem tranquilo nos finais de semana, isso tudo por causa do meu forte vínculo com o trabalho... (Jorge)

[...] A família hoje está forte, diferente de antes que era fraco. Hoje eles me veem mais seguido, eu me apresento mais seguido, eles veem que estou melhor e me sinto melhor vendo que eles veem que estou melhor do que 10 anos atrás... (Jorge)

[...] Estou melhor e devo ao que faço com o jornal e o movimento. Isso me traz fortalecimento. Porque é aquela coisa, fazer algo tu vai receber algo em troca, de uma forma ou de outra, de coisas boas. Meu laço com minha família fortaleceu muito de uns cinco anos pra cá... (Jorge)

[...] Onde eu me sinto bem, na realidade, me sinto tranquilo e à vontade é quando estou com meus amigos do dia-a-dia... Na aldeia, onde eu moro, quase todos são do jornal. São lugares onde eu me sinto bem. Onde eu me sinto vulnerável é mais quando eu tô... quando eu tô... sozinho. Não gosto de ficar muito tempo sozinho, tô sempre trocando uma ideia. Na rua, quando eu me sinto sozinho eu fico bem vulnerável... Na rua, nas praças, isso são pontos fortes, que eu ando, mas que me sinto vulnerável... (Jorge)

[...] Colocaria aqui a lancheria, um lugar onde encontro amigos, é um bar. É o 'point' da galera da rua, ali é um lugar que eu uso e frequento, mas não me sinto bem, mesmo indo. Essa semana, agora é terça, fazia uma semana que não ia, ontem eu fui. Dei uma passada e tomei uns goros³³. Chegou uma hora que eu tinha umas coisas pra fazer, aí eu saí e o pessoal 'fica mais um pouco', mas já era hora de ir. Aí eu fui, era um negócio do jornal e eu tinha compromisso de tarde de falar com esse pessoal e levar matéria pra eles. Se eu ficasse ali, não ia levar nada. É um lugar que vou e frequento, mas não gosto, tem conflito. Posso me sentir bem por um momento, mas na realidade não me sinto. E outros lugares são as praças, às vezes tem que ir, tem que passar, mas é um lugar que não me sinto tão bem... (Jorge)

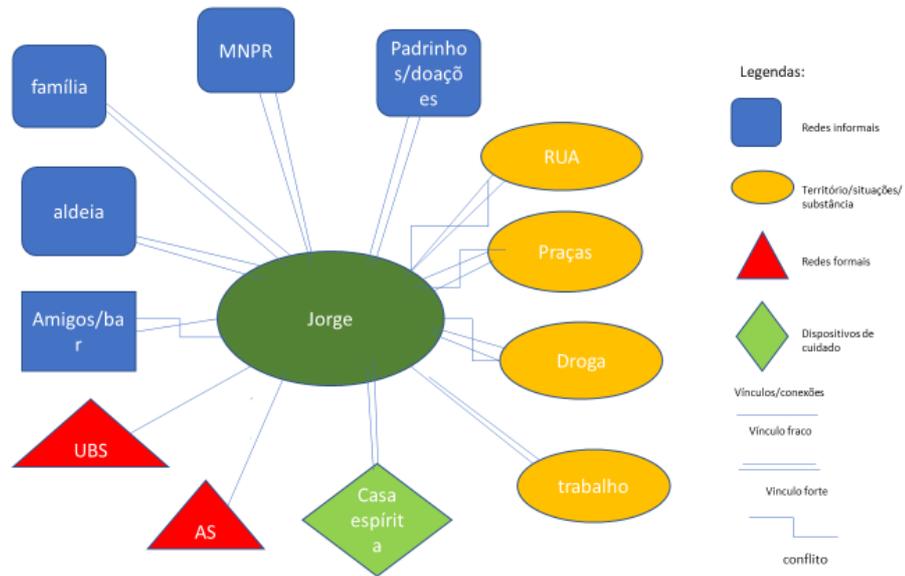
³³ Denominação nativa que significa beber álcool (álcool ou bebida alcoólica?).

[...] Me sinto bem nos lugares de doação, tenho um bom convívio com o pessoal que faz doação de comida ou roupas, pessoal solidário, pessoal que apoia no almoço de sábado, na sexta-feira de noite, que também é uma forma de fugir, porque pego a janta lá em cima sexta de noite. Sexta-feira é um dia bem complicado. Também são pessoas, não sei qual a religião deles, mas eles fazem bastante oração. Eu me sinto bem no lugar. Além do convívio com as pessoas que parecem que te conhecem há um montão de tempo. Tem aquele carinho, te abraçam, pessoal super agradável, são nossos padrinhos que fazem doações. Até mesmo, às vezes deixo de fazer comida em casa pra ir lá. (Jorge)

[...] Eu disse que às vezes eu tenho que ir na praça, mas não gosto de ir porque me sinto frágil, sei que ali vou encontrar a rapaziada... chego lá eles estão bebendo ou fazendo uso de alguma coisa. Procuro não ficar muito, mas aquilo dali já bate. Não que eu pense, mas é automático do ser humano tu ir lá pra fugir de uma coisa, e tu sai mais fraco. É complicado sabe... (Jorge)

A seguir insiro a Figura construída com Jorge sobre suas Redes de cuidado:

Figura 9 - Rede de cuidados construída com Jorge



Fonte: Silva, Aline B., 2018.

5.1.2.2 Relações institucionalizadas: as Comunidades Terapêuticas e o CAPS AD

A contrafissura é um fenômeno marcado por uma diversidade de respostas do Estado, das políticas e dos atores sociais na solução da dependência química; (1) ela se manifesta em matérias sensacionalistas em jornais, revistas e televisão; (2) em programas de governo, como a limpeza da Cracolândia, as internações compulsórias e as comunidades terapêuticas (CT); (3) e em uma relação terapêutica simplista entre profissional e usuário que apenas vê esse sujeito enquanto um “drogado”, “dependente” que deve ser salvo (LANCETTI, 2015).

O sensacionalismo da dita “Epidemia do Crack”, no ano de 2010, também é um exemplo plausível para explicar a contrafissura. Pode-se perceber que o Crack adquire o poder de destruir vidas, causando pânico em familiares e na sociedade. Em resposta a isso, a mídia e o governo lançam campanhas para sua destruição, incorporando também tratamentos em comunidades terapêuticas para aprender a convivência em sociedade. Assim, o uso e o abuso de outras substâncias, entre as quais o álcool, são desconsiderados, trazendo à tona o Crack como um ser “animado”, um agente hospedeiro do usuário, meio ambiente e território. Esse reducionismo e as políticas proibicionistas alimentam a contrafissura e os processos de subjetivação das pessoas considerando-as apenas “drogados” (LANCETTI, 2015).

Percebe-se um retrocesso da Reforma Psiquiátrica³⁴, validando o controle realizado pelas instituições asilares, avaliando que o problema da droga deve ser tratado por um sistema de castigo e recompensa. Dessa forma, o drogado ora é um sujeito afastado de Deus ou que possui um problema moral, ora ele é uma pessoa com o cérebro doente que deve ser reprogramada a partir de procedimentos de abstinência (LANCETTI, 2015).

Uma dessas instituições asilares da atualidade é a Comunidade Terapêutica (CT). Essa expressão foi lavrada pela experiência inglesa de Maxwell Jones, Bion, entre outros, que buscaram, por meio de coletivos, modificar as estruturas rígidas dos hospitais psiquiátricos, com o objetivo de transformar essas estruturas fechadas em instituições abertas e terapêuticas (LANCETTI, 2015).

As CT atuais do Brasil são sítios ou fazendas localizadas na zona rural, com a finalidade de receber indivíduos com problemas relacionados à droga. Seu funcionamento é

³⁴ Reforma Psiquiátrica, nesse contexto, insere um movimento que questiona a “doença” somente no sentido biológico e visa à participação de usuários, familiares, diversas camadas sociais em defesa de serviços comunitários contra os manicômios.

baseado na premissa de que, para promover mudanças no indivíduo dependente, é necessário retirá-lo do ambiente e da situação em que o consumo ocorre, e submetê-lo a um processo de mudança de comportamento a partir de vivências relacionadas a regras e disciplinas. Elas podem possuir diferentes metodologias: em algumas prevalece o modelo religioso-espiritual; em outras, a atividade laboral ou modelo médico-assistencialista, podendo haver uma mistura nessas abordagens (DAMAS, 2013).

A expansão do número de CT, no Brasil, é um fenômeno da contrafissura, sendo uma resposta rápida a um problema complexo que estava sobrecarregando mais pessoas: o uso das drogas.

Devido à grande expansão de CT pelo Brasil, atuando na clandestinidade, ou seja, não havendo uma regulamentação de seu processo de trabalho, houve a necessidade da intervenção do Estado. Assim, no ano 2011, com a Resolução 101 da Anvisa, foram estabelecidas regras para as clínicas e comunidades terapêuticas. Em seu artigo 1º, a Resolução define que comunidade terapêutica é um serviço de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, reconhecendo seu funcionamento e seu caráter terapêutico (BRASIL, 2011c).

Mesmo regulamentada, há uma diversidade de comunidades terapêuticas, com diferentes enfoques de tratamento, e muitas surgiram do voluntariado e da Igreja, baseadas na repressão e na religiosidade. Pode-se dizer que essas formas de tratamento cresceram devido a um vácuo das políticas públicas sobre drogas no Brasil: por muito tempo a questão das drogas foi tratada como “caso de polícia”, ou por internações em manicômios, junto a pessoas com transtornos psíquicos, e em clínicas particulares com altos custos. Na década de 1960 as CT começaram a surgir em resposta a uma demanda política, mas também social. Essa demanda foi captada inclusive pelas instituições de caráter religioso, para fornecer respostas aos pedidos de ajuda por tratamento que chegavam às portas de Igrejas, ONG’s e voluntariados (BOLONHEIS-RAMOS; MARQUES; BOARINI, 2015).

As comunidades terapêuticas atuais — diferente das primeiras experiências das comunidades inglesas que buscavam desconstruir a psiquiatria tradicional — revelam um sistema que retorna às velhas concepções psiquiátricas de correção do desvio da razão. Esse fenômeno de contrafissura reflete instituições de “cuidado” que geram mais sofrimento social, pois algumas das comunidades terapêuticas praticam corretivos, como procedimentos repetitivos, castigos e penitências (LANCETTI, 2015).

Esse sistema de repressão e religiosidade é citado nas narrativas de Ronaldo, José e João. Ronaldo, a partir de uma internação com intervenção jurídica, narra sua experiência na CT, as punições, as críticas sobre o cunho terapêutico delas e a noção da ideia de tratamento que vivenciava: “eu não tomava medicação, substituía por Deus”. João, orientado por um profissional da saúde, também é tratado por uma CT. Ele se lembra dos quadros de disciplina, “louvor a Deus” e muito trabalho. E, por fim, José, que conta seu tratamento também baseado no trabalho e no evangelho, algo que lhe fez bastante sentido, à época.

Esses relatos que ora são negativos, ora são positivos (eles citam também a “não medicalização” como algo positivo) demonstram o “vácuo” ainda permanente nas políticas públicas. Ou seja, na falta delas, de redes de cuidado que pensem sobre a integralidade, esse sistema repressivo e asilar acaba sendo respeitado enquanto tratamento de saúde.

Nesse contexto, a CT possui algumas características que podem associá-la a uma instituição total contemporânea. As “instituições totais” têm por pressuposto a instituição fechada, que levam o indivíduo à mortificação do eu, à perda de sua identidade e ao sofrimento intenso (GOFFMAN, 2008).

Pode-se dizer que essas instituições totais são resultados de práticas e políticas que promovem o sofrimento social, pois excluem o sujeito do convívio com seu território, diminuem seus problemas de vida a questões morais e de doença, o que, para alguns usuários, acaba sendo a única alternativa possível de tratamento.

Por que digo única alternativa possível de tratamento? Porque se percebe que para pessoas com problemas relacionados à polícia, a internação jurídica em uma CT acaba sendo a primeira alternativa, e também para manter a pessoa a distância das redes de uso de drogas. Outra situação é o caso das “pessoas em situação de rua”, que por não terem acesso a melhor rede institucional e políticas de habitação, acabam encontrando na CT um lugar de acolhimento não somente para seu problema específico da droga, mas para seu problema da falta de moradia e redes de cuidado institucional.

No entanto, apesar da CT ser umas das opções mais conhecida pelos “usuários de drogas em situação de rua”, há fortes indícios de abandono no meio do tratamento, pois, além da dificuldade de adaptação e permanência, justamente pelas rotinas rígidas, há também o fator abstinência, nem sempre desejado por todos os usuários (OLIVEIRA, 2009).

Outro serviço de tratamento para as drogas é o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD) que, historicamente, é “filho” da Reforma Psiquiátrica, tratando-se de serviços substitutivos as instituições totais (AMARANTE; TORRE, 2010).

O CAPS possui o papel de intuições abertas, e deve estar de portas abertas para acolher todo o tipo de demanda, principalmente casos de maior risco, que denotem gravidade. O CAPS deve produzir novos territórios existenciais, reabilitar, e trabalhar em rede com outros pontos da comunidade (LANCETTI, 2015).

Os interlocutores narram suas experiências com tratamentos para drogas sem vincularem-se especificamente a um modelo, fazendo reflexões e críticas pelo que sentiram e vivenciaram nesses espaços institucionais.

Os serviços substitutivos ao manicômio são considerados uma grande conquista de mudança de modelo promovida pela Reforma Psiquiátrica, uma oposição ao modelo manicomial. No entanto os interlocutores apontam ações limitas e com foco na medicalização excessiva e abstinência, desconsiderando o trabalho de redução de danos.

O processo de trabalho do CAPS ainda faz referência a um modelo biológico, afastando as “pessoas em situação de rua” desse serviço, que, muitas vezes, acabam por considerar a proposta de cuidado baseada em religião, trabalho e disciplina da comunidade terapêutica mais abrangente. É o que se percebe nos relatos dos interlocutores, os quais dizem que procuram a CT para dar uma “fugida” de seus territórios de uso; para terem um local de moradia; para aprenderem a se organizar, trabalhar e sentirem-se protegidos.

Independente dos avanços da Reforma Psiquiátrica, no que tende à existência de serviços comunitários substitutivos ao manicômio, há a dificuldade de trabalhar na perspectiva da reabilitação psicossocial, ou seja, as estruturas e ideias de serviço foram mudadas, no entanto, ainda possuem modelos centralizados em atendimentos clínicos, ambulatoriais, medicalização e poucas atividades de reinserção na comunidade. Pode-se dizer, então, que o risco maior para o processo de transformação do modelo de atenção é a reprodução, nos serviços substitutivos, das bases teórico-práticas do modelo psiquiátrico clássico, baseado na doença mental enquanto desrazão e na normalização dos corpos (AMARANTE; TORRE, 2010).

Esse é um desafio permanente: de que forma fortalecer os serviços substitutivos, e de que forma criar uma rede de cuidados que abarque a complexidade das histórias de vida?

Para tanto, é necessário perceber que a droga é um estilo de vida, tendo seu significado cultural de socialização e sobrevivência na rua, sendo também uma medicalização para o sofrimento social das “pessoas em situação de rua”. É a partir dessa compreensão que o profissional e as políticas públicas podem orientar a constituição de redes de cuidado.

5.1.2.3 As Redes de Drogas. “... Quando tu tem um conflito na rede de cuidado, acaba tendo vínculo forte com a droga...”

Na construção de redes de cuidado, Ronaldo não considera a droga o motivo principal de suas relações sociais. Refere que, além das redes formais e informais, existe uma “rede de drogas”.

[...] Eu falei muito em rua e não da droga né... Mas é que eu não vejo a droga na rede... acho que quando tu tem problemas com a rede... podemos colocar uma observação, quando tem muito conflito na rede acaba tendo um vínculo com a droga, quando começa enfraquecer isso aqui (apontando para a figura de suas redes de cuidado), fortalece a questão da droga. Esse vínculo muda. Não faz parte da rede informal, nem formal. Seria outra rede... (Ronaldo)

Ronaldo faz considerações sobre sua relação com a substância.

[...] Eu uso desde novinho, agora tenho mais entendimento, eu uso droga porque dá prazer, quem diz que não dá, tá mentindo, algumas me ajudam na vida cotidiana. Depende do meu quadro emocional do momento. Tomo medicamento pra dormir, tenho medicações assim... posso citar as medicações, tomo diazepam e clorpromazida, que eu tomo quando eu tô muito ansioso, tomo a de 100 que eu sei que vou apagar geral... Tenho uma relação com essas substâncias, tomo relaxante muscular direto, tomo aquela combinaçãozinha, antes era dorflex e agora é clorizopradol com diclofenaco de sódico, paracetamol e caféina, essa combinação. Tomo quando tô ansioso, muito cansado, funciona. Relaxa mais. Tenho essa relação com as medicações, por semana eu faço uso duas ou três vezes, de uma ou outra. É um uso frequente... (Ronaldo)

[...] Depois, passando nas lícitas, tenho a relação com o álcool, posso dividir em dois grupos que é a cerveja e o destilado (principalmente a cachaça), é uma rede que normalmente eu tomo cerveja em ocasiões para sociabilizar.... Se eu tô com o pessoal da rua que o clima é mais pesado, passa mais dificuldade, precisamos tomar algo forte, e a grana também, daí toma cachaça. Tem a ver com isso. No inverno a galera toma cachaça por causa do frio, eu não tenho tomado direto, mas essa semana eu tomei. (Ronaldo)

[...] Tem o açúcar... tá, que é uma coisa que pelo menos duas vezes por dia eu tenho que comer algo bem doce, tipo rapadura, se eu pudesse tomar leite condensado de colher eu comia, se eu não comer eu tenho problemas. É de humor assim, fico mal humorado, me dá bastante prazer. Sou viciado em doce. No meu café, ele é bem fraco, mas bem doce, é uma calda. ...relação meio mal com o chimarrão, não tenho tomado, mas sinto falta. Todo dia eu tomo, muito, muito, aí não tomo café. O tabaco também é uma substância que às vezes eu uso mais, outras menos. Agora eu tenho fumado mais... O cara vai pela redução de danos, né, o industrial é agressivo, aí eu fumo paieiro, tabaco feito de forma natural, é mais forte, mas tem menos produtos químicos no processo. ...Tem outra droga, algumas consideram uma droga, outras não, seria a alimentação de forma geral, sou compulsivo com comida, tô sempre

comendo. ... Quando eu tava na rua, comia o que tinha, e o que tinha era qualquer coisa, me alimentava mal. (Ronaldo)

[...] Agora as drogas ilícitas que são mais complicadas... A questão da maconha, tenho um vínculo muito forte, quando comecei a ter uma consciência do meu uso, as pessoas falavam antes de fumar crack tem que fumar maconha, e não é bem assim. É uma alternativa de uso, só que tem outras coisas relacionadas, também a maconha é mais aceita que o crack... (Ronaldo)

[...] A maconha me deixa sociável. Ontem eu fumei a maconha e fui fazer a palestra. Eu sou agitado, a maconha me acalma... Eu não identifico como algo problemático, pelo contrário, me deixa social, tranquilo, deixa eu fazer as coisas, melhora meu sono, não fico neurótico. É uma droga que dá pra usar com os amigos, até no trabalho, não precisa de muita grana, não tem ritual. (Ronaldo)

[...] No meu uso, com o crack, gostava de usar ele sozinho, é outra relação. Quando eu cheirava cocaína é num bar, tomando cerveja. Jamais conseguiria usar crack numa festa, quando eu morava na rua, usava crack só de noite. Nunca usei de dia. De dia dava paranoia... Só conseguia usar de dia se fosse num ambiente fechado, com pouca luz. De noite era mais tranquilo, até na rua, usava de boas. Usava sozinho. A não ser quando eu tinha minha companheira. Pra usar essa droga, no meu modo de vista, eu normalmente usava coma alguém que vai cuidar de ti, porque é uma droga que tem sensações muito intensas. Acho que posso falar, as pessoas sentem, mexe com teu organismo. (Ronaldo)

[...]As drogas que fumam no Brasil é de baixa qualidade, em relação a outros países. Aí dificulta a redução de danos. às vezes o uso de drogas não flui, dá uma "bad ruim", efeitos colaterais, a substância pode ser de baixa qualidade. Fumar junto com a maconha diminui essa possibilidade, porque o efeito do crack passa rápido, daí tu fica com o efeito da maconha, fica mais tranquilo, de boas. Tem discursos de quem não fuma crack, mas fuma pitico, é crack igual, né. Os inalantes, quando eu era gurizinho tinha o lolo, que é a mistura de várias substâncias: éter, acetona e não me lembro o outro, aí comprava e colocava na lã e inalava... (Ronaldo)

[...]Eu tenho uma relação de conflito com todas essas drogas, é no momento e no contexto que uso elas, tem a ver como eu tô. Já tive bad tomando diazepam, ficar depressivo, não conseguir levantar da cama. Lembro que uma vez eu tinha uma namoradinha, antes de eu ser preso, não deu muito certo, tava com muita ansiedade. Daí tomei três cloroprazida, durmi cinco dias, quando eu me levantei, não tinha vontade de fazer nada. Esse remédio, conversei com outras pessoas que tomam, e é usado pra pacientes que são agressivos, usam como estratégia de tratar o sintomas da crise de abstinência. Todas essas drogas dão tipo uma ressaca se eu uso demais, no outro dia eu fico mal. Tomar chimarrão demais, comer demais, fumar demais te deixa mal. Todas elas em algum momento fui compulsivo. Ultimamente tenho sido compulsivo com chimarrão, agora mesmo já tô pensando que a primeira coisa que eu chegar é tomar um chimarrão. Não vou roubar por causa de um chimarrão, não é muita coisa que te limita, mas te dá uma coisa, ele não é prejudicial na minha vida. (Ronaldo)

A rede de drogas se constitui de drogas lícitas e ilícitas, diz Ronaldo.

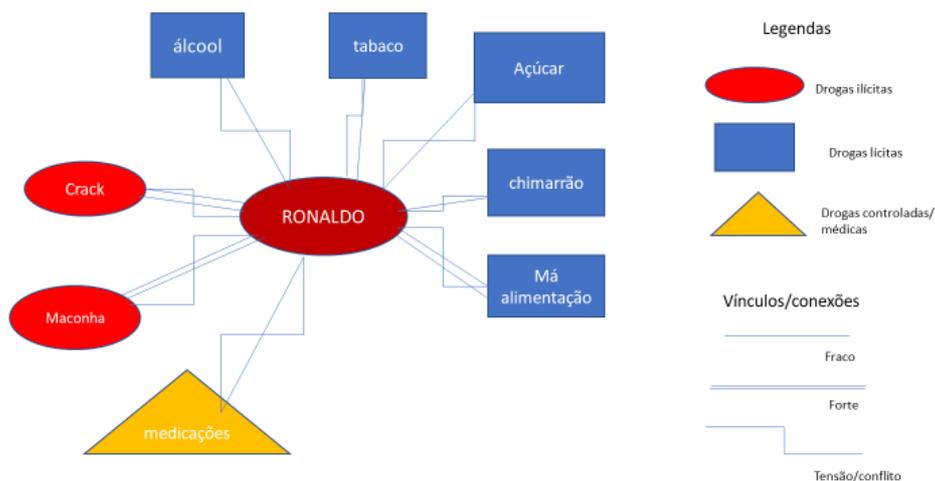
[...] Não podemos achar que só as ilícitas que são o problema, por exemplo, uma amiga pediu que eu falasse com um amigo que estava compulsivo por comida, tem essas relações também que são negativas... Essa coisa da redução de danos, tem muito a alimentação também. As pessoas dizem que o prejudicial é usar droga, que não tem como usar crack com controle, mas eu conheço pessoas que usam e que são pai de família, deram certo. Eles não vão comprar, eles pedem pra comprar, o doutorzinho da universidade não vai lá comprar, né. ... Essas pessoas não aparecem na mídia, elas têm um uso protegido, por que foram as que deram 'certo'... (Ronaldo)

[...] Depois disso, conseguir conversar sobre isso e falar que eu uso, meu sentimento de culpa e ressaca moral caiu lá embaixo. Meu uso problemático também diminuiu muito... (Ronaldo)

[...] A base da construção do cuidado tá na informação, ouvir a história de vida de cada um. Vamos usar o exemplo do Paulo, tu viu ele depois que ele saiu da comunidade terapêutica?! eu soube dele, saiu pra ressocialização, ele não tinha pra onde ir, aí o CAPS encaminhou, e ele ficou lá em permanência porque não tinha pra onde ir. O Paulo sai da comunidade e olha as opções que ele tem: ou ele vai pra rua, ou continua interno na comunidade trabalhando pros caras como monitor, pra ter uma cama e um prato de comida. ... Quando tu vai pra comunidade pra ter isso, e tu não consegue outra opção, acaba voltando pra rua. Ele falou que não quer mais saber do movimento. Creio que sim, lá na comunidade eles dizem que tu não pode fazer as mesmas coisas e esperar resultado diferente que não vai dar certo. Então se voltar para os mesmos ambientes, amigos, tu vai voltar a usar droga. (Ronaldo)

A Figura a seguir retrata a “rede de drogas” construída.

Figura 10 - Rede de drogas construída com Ronaldo



Fonte: Silva, Aline B., 2018.

A rede de drogas aponta para um universo complexo da relação do sujeito com a substância. Diferente das redes sociais de cuidado, em que as relações são construídas a partir e com outros sujeitos, nesse cenário a relação é uma resposta da trajetória individual, dos conflitos pessoais, e também com as redes sociais. Ronaldo narra uma relação conflituosa com as drogas, apontando não somente as ilícitas, mas também as lícitas. A causa “natural” dessa tensão seria sua ansiedade e compulsão, os territórios em que vive, os fracassos e as fragilidades das redes.

É importante pontuar que, embora Ronaldo cite essa relação, enquanto um ser individual, com a substância, é possível perceber que é também uma relação com o território e as coletividades, quando cita o exemplo da necessidade de sociabilidade pelo uso do álcool e da maconha.

Por isso, ainda que se tenha realizado uma rede específica para as drogas, ela não está unilateralmente colocada, apenas o indivíduo e seu uso. Nota-se a utilização de drogas por Ronaldo atrelada a um contexto de uso.

O uso de drogas é historicamente construído pela humanidade, seja por razões culturais, religiosas, recreação, forma de enfrentamento aos problemas, necessidade de se isolar ou se socializar. Inúmeros fatores revelam a relação do homem com as drogas, portanto, pode-se dizer que é multidimensional (SENAD, 2010).

Ronaldo refere o uso de drogas devido as suas necessidades de recreação, de enfrentamento aos problemas, de isolamento, de sociabilização, e na solução de seus conflitos pessoais. Esse uso é natural para ele, desde a adolescência, fazendo parte de sua história, sendo que cada substância remete a uma situação em específico, por exemplo, a cachaça no uso com os amigos na rua, a maconha para sociabilização, as medicações para relaxamento e o crack para isolamento.

Percebe-se que a questão do uso das drogas é social, em que grande parte da população já fez uso ou faz de substâncias, sejam elas lícitas ou ilícitas para obter diferentes finalidades (aliviar a dor, a ansiedade, reduzir o cansaço, depressão, produzir prazer). Esses sentimentos e desejos não estão descolados da relação do indivíduo com a sociedade, do contexto de vida, de trabalho, de economia, política e o social em que estão inseridos, onde, muitas vezes, a droga é um artifício de superação desses contextos (SENAD, 2010; CALDEIRA, 1999; ROMANÍ, 1999).

Há uma valorização unidimensional da produção do consumo, do desempenho e da competição, alocando, em um plano inferior, as relações comunitárias, de afeto e de solidariedade, fazendo com que os sujeitos fiquem a mercê de suas individualidades, ou seja, se não puderem “vencer” é por que estão fadados a erros individuais. Isso produz um universo de conflitos conscientes e inconscientes em nível individual, familiar e social, gerando, nas pessoas, um estado de tensão e excitação que revela que o uso abusivo das drogas está associado a um mal-estar maior, que é sociocultural (SENAD, 2010; CALDEIRA, 1999).

Dessa forma, o uso, o abuso e a dependência de drogas (sejam elas ilícitas ou não) significa a compreensão de uma relação singular e que é também social, estabelecida em diversos contextos, representações e significados, levando em consideração a história de cada pessoa, sua subjetividade, singularidade, e o tipo de relação que esse indivíduo estabelece com a substância e a sociedade. Para tanto, é preciso levar em consideração uma rede de fatores (sociais, econômicos, políticos, psicológicos, religiosos) (CALDEIRA, 1999).

É preciso, portanto, incorporar nesse diálogo das singularidades individuais, o contexto em que cada pessoa se encontra. O conceito de *território psicotrópico* ajuda a pensar a relação do indivíduo com a droga, em que é preciso incorporar as dimensões psicológicas, sociais, culturais, biológicas, e também devem somar-se à análise do espaço onde ocorrem essas práticas (FERNANDES; PINTO, 2004).

Como exemplo disso tem-se os territórios da crackolândia, a rua, onde o uso da droga é apenas mais um elemento, pois são espaços marcados por uma diversidade de dinâmicas de vida, sendo localizados à margem da cidade, sendo alvo de práticas de exclusão social e estigmatização. No entanto o uso e a venda de drogas acabam sendo o único elemento que aparece como o problema principal na avaliação das políticas e dos meios de comunicação (RAUPP, 2015).

Isso é citado por Ronaldo, ao falar sobre a pessoa que usa crack, mas tem uma vida pessoal organizada e por isso não é considerado um problema pela sociedade. E, seu amigo Paulo, “usuário de drogas em situação de rua”, que precisou ser internado em uma comunidade terapêutica, no entanto, após seu tratamento outras questões sociais de seu contexto não foram resolvidas, por exemplo, para onde ele iria voltar?

É evidente que o estigma do uso de drogas está também ligado à pobreza, e aos territórios de existência. Porém, a mídia só apresenta casos de pessoas em extrema vulnerabilidade social, expondo e demonizando as drogas e as situações de vida dessas pessoas, sendo que não são avaliadas todas as dimensões sociais do “problema da droga”.

A questão do uso das drogas é marcada pela discriminação e ausência de perspectiva. Muitos desses usuários fazem da droga um artifício capaz de preencher o vazio da falta através de prazeres momentâneos da droga. No entanto, nem todos têm o padrão compulsivo; há também os que usam a droga de forma esporádica, como meio de sociabilidade, como os usuários de múltiplas drogas e os que só utilizam à noite, como uma estratégia de controle no consumo (RAUPP, 2011).

Ronaldo narra suas experiências pessoais, em que seus “usos” são adaptados a suas situações de vida: o crack, só utilizado à noite; e a maconha para sociabilidade no dia-a-dia. Para ele, há padrões de controle entre as “pessoas em situação de rua” e entre pessoas “em geral”, sendo que, esse controle é marcado por experiências de vida e necessidades pessoais. Ele relata que a prevenção e controle podem ser realizados através do diálogo, pois ele percebe que após começar a falar abertamente sobre sua relação com a droga, seu uso problemático diminuiu.

Portanto, construir uma “rede de drogas” surge como uma estratégia de cuidado a ser incorporada para conhecer e dialogar sobre a relação do indivíduo com a droga, seus territórios de uso, motivações para consumo e seu capital social.

Assim, a trajetória pessoal, os desejos, os anseios e a história de vida são elementos fundamentais que mostram essa relação do ator social com a droga, no entanto, não é apenas uma relação individual, mas também coletiva, das suas experiências com suas redes sociais, a cultura, a política, e o contexto.

5.2 Refletindo sobre as Narrativas dos experientes da Rua e as Redes de cuidado na rua que transcendem o cuidado institucional

5.2.1 Pensando as Narrativas dos experientes da rua

Quando penso em Ronaldo, Jorge, José e João abandono a ideia de que são somente “pessoas em situação de rua”, ou de que são “usuários de drogas”, ou que são “usuários dependentes de um sistema de saúde, de assistência social, de políticas públicas”, ou seja, que apenas são controlados pelas instituições sociais. Eles são, de fato, tudo isso e mais um pouco, me veem a mente a ideia de “experientes” citada por De Andrade (2012) em seu estudo com interlocutores na saúde mental sobre Reforma Psiquiátrica. Observa-se a relevância da experiência social dessas pessoas, da trajetória de recuperação/ resistência delas a algum mal-estar que sofrem, as suas valiosas contribuições ao estatuto epistemológico e o conhecimento por elas produzido. De Andrade (2017) refere que seus interlocutores falam: “o médico sabe os sintomas, a gente tem a experiência” (DE ANDRADE; MALUF, 2017).

Impossível deslocar esse pensamento da experiência dos interlocutores. Eles fazem com propriedade suas críticas ao sistema de saúde, à medicalização da vida, trazendo também suas escolhas de viver às ruas e seu “grito” por liberdade, respeito e dignidade. Eles resistem

ao controle imediatista dos tratamentos de saúde, questionam isso, e revelam seu saber aos profissionais: *“o povo da rua não coloca fé no cara que não tem vivência...”* (Ronaldo).

Nesse sentido, a própria utilização do termo “experiência social” reflete a dimensão da vivência das pessoas na produção de saberes e discursos sobre as políticas públicas e a atuação de profissionais e atores da área da saúde (MALUF, 2010).

Tal situação pode ser associada ao grupo de Ouvidores de Vozes na Itália. Segundo Kantorski, De Andrade, Cardano (2017) é um grupo de pessoas que ouvem vozes (com diagnóstico de Esquizofrenia) e criam algumas estratégias para conviver com isso, que não se limitem à medicalização e à Psiquiatria. Nesses grupos há os “Expert por experiência” que são essas pessoas que ouvem vozes e coordenam os grupos, sugerindo que os profissionais, por não terem essa experiência, possuem capacidade mais limitada de compreensão da complexidade dessas histórias. Há um discurso do grupo contra a ideia biomédica de que a medicalização é a única solução para o problema.

Nota-se a importância de estratégias de controle, de um olhar mais amplo sobre o uso de fármacos, da troca de experiências entre o grupo, da discussão sobre a família nesse contexto, de aprender a lidar com as vozes e a busca pela convivência com elas: “de nada adianta somente silenciar as vozes” (KANTORSKI; DE ANDRADE; CARDANO, 2017).

José também fala sobre seu “ideal” de cuidado adequado, contra a medicação, expondo suas estratégias para isso: ir à Igreja, jogar um vídeo game, ver um DVD. Ou seja, ele é um “Expert por experiência” da rua. Mas como “nem tudo são flores” há um aparato de questões socioculturais que permeiam a vida desses indivíduos, que se consideram, ou são considerados, “dependentes químicos”, doentes e excluídos sociais.

A partir do exposto é importante questionar o termo doença. Pode-se dizer que o dualismo cartesiano entre o corpo e o espírito é o precursor das concepções biomédicas sobre o organismo humano. Nessa perspectiva, a doença ora é considerada um problema físico ou mental, ora biológico ou psicossocial, ou seja, raramente é analisado o contexto sociocultural/multidimensional das questões de saúde, fragmentando o sujeito humano (HERNÁEZ, 2008).

A Antropologia Médica problematiza o termo doença, dizendo que as desordens, sejam elas orgânicas ou psicológicas, só serão acessíveis incluindo-se uma mediação cultural, ou seja, a desordem não é somente interpretada pelo médico, mas também pelo “doente” e o

familiar. Nesse caso, percebem-se as categorias “doença processo” (*disease*) e “doença experiência” (*illness*). A primeira aborda as anormalidades de estrutura ou funcionamento dos órgãos e sistemas; a segunda leva em consideração também a experiência subjetiva do mal-estar sentido pelo “doente”. Considerando-se esses pontos de análise, não se está falando somente do sentido biológico de dependência química, mas também as normas, valores e expectativas individuais e coletivas do sentir-se ou não “um dependente químico” (EISENBERG, 1977; KLEINMAN; GOOD, 1985; HERNÁEZ, 2008).

Essas concepções me ajudam a refletir sobre uma questão que considero central nesse debate: o sofrimento social.

A ideia de sofrimento pode ser baseada em uma concepção da Psicologia Social que aborda a dimensão social, ou seja, processos sociais e as condições sociais implicadas na construção da subjetividade individual. Nesse caso, os sentimentos de humilhação, vergonha, medo, culpa, vivências em condições sociais específicas podem configurar formas violentas de sofrimento (CARRETEIRO, 2003).

O sofrimento social, nesse contexto, incorpora também fatores multidimensionais (o poder político, econômico e institucional) e suas implicações na vida das pessoas. Torna-se necessário observar de que forma esses poderes se entrelaçam na experiência pessoal e cotidiana, levando em consideração também o modo com que as pessoas reagem aos eventos do dia-a-dia. Não é somente um sofrimento individual, apesar de ser visualizado individualmente, nem somente corporal, apesar de manifestar-se nas corporeidades. Trata-se de uma experiência sociocultural que revela um processo social corporificado nos sujeitos históricos. Ou seja, não se pode separar as dimensões física, psicológica, mental e espiritual (KLEINMAN et al., 1997; VICTORA, 2011).

Apropriando-me das ideias de Victora (2011), em sua experiência com indígenas e saúde, observo as dimensões do sofrimento social: a apropriação autorizada ou contestada do sofrimento coletivo (mídia e concepções profissionais), a medicalização da vida e o sofrimento na relação com as políticas públicas.

Sobre a apropriação do sofrimento coletivo percebe-se, muitas vezes, o sensacionalismo e a exploração do sofrimento humano para a venda de jornais e geração de notícias na mídia, além das categorias diagnósticas de saúde que reduzem totalmente o sentido de sofrimento e a experiência de doença por parte de profissionais da saúde. A medicalização da vida produz a regulação dos corpos das pessoas, sendo que os problemas da

vida tornam-se supostamente tratáveis, contornáveis, através do uso da medicação e procedimentos médicos. Em relação às políticas públicas observa-se que, as políticas, apesar do intuito de reduzir o sofrimento dos grupos menos favorecidos, podem intensificar esses sofrimentos, seja através de efeitos intencionais ou não intencionais, isso pela burocracia do sistema, poucos recursos para políticas públicas ou políticas descontextualizadas com a realidade da população (KLEINMAN et al., 1997; VICTORA, 2011).

A complexidade da experiência de Vida/ Saúde/ Doença é evidenciada nas falas de Ronaldo, Jorge, José e João. Nota-se a existência de um sofrimento que não é linear, mas um processo vivido individualmente pelas personagens: Ronaldo e sua vida marcada, já na infância, pela experiência da “boca de fumo”, altas jornadas de trabalho que o faziam se medicar para suportá-las (remédios e drogas), os conflitos pessoais e suas idas e vindas às ruas. Jorge, José e João e os conflitos com a família, a dificuldade de adaptação à “casa”, e o rompimento dos laços familiares. Os pontos divergentes e convergentes dessa história, revelam a medicalização excessiva dos interlocutores para superar seus problemas pessoais, incluindo como se organizam, acionam e são recebidos pelos serviços para resolver seus “problemas com drogas”.

Jorge se apresenta através do diagnóstico de dependente químico. Percebe-se que, apesar de possuir algum controle no uso da substância, há um discurso instituído que revela seu sofrimento em possuir uma “doença incurável”. Esse sofrimento apresenta-se individual, mas amplia-se quando faz suas críticas à medicalização dos serviços de saúde e o descaso com suas experiências de vida e cuidado. Nesse sentido, apesar de incorporar um diagnóstico de saúde fechado que o induz a apresentar-se como “Jorge que é dependente”, ele não aceita as medidas de controle indicadas pelos profissionais de saúde.

Em relação à medicalização excessiva, nota-se a necessidade da regulação desses corpos “dependentes” na vida em sociedade, a partir de uma medicalização institucional, a qual é recebida com resistência pelos interlocutores que, muitas vezes, decidem abandonar o tratamento. Eles são considerados não “aderentes” pela instituição, porém revelam a outra face desse cenário: suas experiências de vida e sofrimento são desconsideradas no cuidado, restando-lhes viver à margem dos serviços de saúde. No entanto a automedicalização está presente nos relatos de uso excessivo de drogas pelos interlocutores. Esse uso torna-se uma forma de suportar seus sofrimentos, a vida nas ruas, e a não adaptação ao sistema convencional (as intuições sociais, a família). As drogas fazem parte desse estilo de vida que vê nas ruas a liberdade e o livre arbítrio.

João, sentindo a necessidade de ser acolhido institucionalmente, aceita o uso da medicação, porém não deixa de criticá-la. Usa-a na expectativa de mudar de vida, de sair das ruas, e, dessa forma, submete-se ao poder institucional.

Recordo-me do livro intitulado *O Poder Psiquiátrico*, de Foucault (2006), em que o autor diz que a expressão Poder Psiquiátrico é relativo ao domínio, à tentativa de subjugar, buscar a direção de indivíduos e modelos asilares; a criação e manutenção de loucos, que devem ser vigiados, punidos por uma terapia também moral. O médico, assim, tem algum poder inquestionável para o doente. Nesse contexto, a utilização do medicamento é o prolongamento da disciplina, é garantir a calma no interior das instituições e prolongá-la até o interior do corpo do doente (FOUCAULT, 2006).

Nesse mosaico de sofrimento social também há a relação dos interlocutores com as políticas públicas. Há as experiências de Ronaldo sobre a emergência de um hospital, de Jorge sobre sua amiga Rosa, e de João sobre as dificuldades dos profissionais da saúde em lidarem com pessoas em situação de rua.

Ronaldo diz que “o *SUS* é *SUS* e precisa dar atendimento a toda a população”. No entanto, por ser “morador de rua” não pode ser recebido no serviço que buscou acessar com a justificativa de que “para o seu tipo de gente” ele deveria deslocar-se para um hospital específico, direcionado pelas políticas públicas do município. Nesse processo, restou à sua companheira a morte.

O caso da Rosa, amiga falecida de Jorge, é relativamente parecido. Com diagnóstico de doenças graves, para receber atendimento ela necessitava da presença de uma assistente social (segundo o serviço que a atendeu). Assim, talvez, por vergonha, medo e dificuldade de ser compreendida não apareceu mais aos serviços, restando-lhe, como já mencionado, a morte. Jorge faz crítica à negligência de um sistema formado pelo governo, instituições e trabalhadores de saúde.

Essas situações na vida dos interlocutores deixaram claro o descaso e as fragilidades das políticas públicas e do Estado, pois há uma descontextualização das suas necessidades e uma simplificação de suas histórias de vida. Por serem “pessoas em situação de rua” já os coloca em desvantagem no sistema: para eles resta o abandono, a exclusão, a morte ou um “grito” para acesso à saúde. As políticas públicas que deveriam ajudar, os estigmatizam, aumentando seu sofrimento e desnudando a exclusão social.

João também cita as dificuldades na relação com profissionais da saúde, devido à incompreensão destes sobre suas experiências de vida: “[...] o morador de rua é como criança, ele tá nascendo de novo, tá aprendendo a andar de novo, tu perdeu tudo, tu não sabe mais viver... O profissional tem que saber como lidar com a gente.”

Essa problemática evidencia uma visão linear dos processos de saúde/ doença, em que o foco é no corpo biológico, desconsiderando as realidades, experiências e necessidades psicossociais na construção do cuidado. Do mesmo modo, a relação de vínculo entre trabalhador e usuário não deve se orientar pela tutela e pelo paternalismo.

Há a expectativa das pessoas que são cuidadas de que haja a resolução total de seus problemas de vida e de saúde. E, muitas vezes, os profissionais, tomados por esses sentimentos e necessidades, criam mecanismos de tutela, desresponsabilizando os sujeitos de seus processos de cuidado, deixando-os à mercê de um sistema de controle, alienados e acrílicos sobre suas responsabilidades em sua mudança de vida (ELIA, 2016)

Deve-se considerar que os fatores histórico-políticos, econômicos e sociais promovem a exclusão de vários segmentos da população, mas isso não significa que se deva situar os excluídos como somente vítimas da sociedade. No plano do sujeito é preciso criar responsabilidades e protagonismos sobre suas vidas e suas inclusões no sistema. Caso se exclua o sujeito de suas responsabilidades, mantém-se, sob a ideia de ajudá-los, esses sujeitos à mercê da tutela dos profissionais, diminuem suas responsabilidades, sustentando um modelo de alienados na sua condição de “pacientes”, vítimas, tutelados e dependentes destes profissionais (ELIA, 2016).

Esse fenômeno também pode ser considerado uma *contrafissura* que significa um fenômeno de desespero para resolver imediatamente o problema da “fissura³⁵”. Nesse afã de resolução imediata cria-se um modo simplificado de entender e tratar problemas de ordem complexa que envolvem múltiplos fatores (LANCETTI, 2015).

A contrafissura gera esse empate entre cuidador e cuidado, manifestando-se quando os profissionais imaginam “salvar a vida das pessoas”, agindo de maneira tutelar e descontextualizada dos problemas complexos que envolvem a “dependência” (LANCETTI, 2015).

³⁵ Definida como um forte impulso para utilizar mais substância, a fissura é fator crítico para o desenvolvimento do uso compulsivo e dependência de drogas e para recaídas após período de abstinência (CHAVES et al, 2011).

Para se construir um cuidado que inclua os experientes de rua, diminuindo seus sofrimentos sociais, é necessário ampliar o debate para os múltiplos fatores que envolvem suas vidas na rua. Para tanto, deve-se visualizar suas histórias de vida e suas concepções e experiências de saúde e cuidado. Isso revela um sujeito ativo e incluído em seus processos sociais e sanitários, podendo criticá-los e modificá-los.

5.2.2 Pensando as Redes de Cuidado na rua

A palavra rede provém do latim *retis* aparece no século XII, e significa um conjunto de fios entrelaçados, linhas e nós. Seus significados ao longo da história se associam a técnica de tecelagem composta por fios regularmente entrelaçados, servindo para capturar animais. Há também a associação entre rede e organismo, para designar tanto o corpo na sua totalidade (organizador de fluxos ou de tecidos) quanto ao cérebro (DIAS, 2005).

No século XVIII há uma mudança conceitual importante, pois a rede é ligada as representações geográficas do território. Apresentando o território como um plano de linhas imaginárias ordenadas em rede, para materializá-lo e construir um mapa. O conceito de rede se torna operacional, como artefato fabricado pelos engenheiros para cobrir o território (DIAS, 2015).

Pode-se observar, além da rede ligada ao mapa territorial, que a rede também significou a comunicação através de redes da internet, a sociedade organizada enquanto estrutura em rede, como uma nova figura de poder e como relações que acontecem nos lugares entre os agentes conectados pelos laços de proximidade. Observa-se que todas suas definições podem ser ligadas a noção de território (DIAS, 2015).

Na área da saúde é notável a raiz conceitual da noção de “mapa” e “técnica operacional”, pois o conceito de rede ainda se limita ao relacionado à gestão e à organização de serviços de saúde pautados, em sua grande maioria, em um cuidado institucional.

O estímulo à organização de redes integradas de atenção à saúde nos sistemas municipais e estaduais, visando garantir integralidade, universalidade e equidade na atenção em saúde à população, adquiriu maior relevância no final da década de 1990, culminando, no ano de 2010, com a Portaria n.4.279, a qual define a oferta de serviços de base comunitária com foco na atenção básica (BRASIL, 2012).

Na Saúde Mental, os centros de atenção psicossocial eram os responsáveis pela organização dessa rede. No entanto, com a Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011,

instituiu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento mental e uso recorrente de drogas, e entre seus objetivos está a necessidade de articulação e integração de diferentes pontos da rede, não apenas focalizando o CAPS ou a atenção básica, considerando-se, portanto, múltiplos serviços no território.

A RAPS se organiza com uma diversidade de serviços: os CAPS, os ambulatórios, internações em hospitais gerais, a estratégia de saúde da família, incorporando a assistência social e a rede de apoio familiar no território, a partir do espaço de vida do sujeito (BRASIL, 2012).

O debate sobre as Redes de Cuidado promovido pelo Ministério da Saúde buscou implementar alguns avanços, no sentido de propor um cuidado para “territórios de vida”. Orientado pela constituição de uma rede de cuidado que significa muito mais do que a alocação de serviços, incluindo também como os serviços se comunicam, como a equipe se organiza/ articula para o território e que modelos de gestão estão produzindo. A construção de redes é complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros de diferentes serviços e equipamentos. São os movimentos, dentro e fora dos serviços, que, ao interagir com outros serviços e locais, fazem com que as redes sejam produtoras de saúde em dado território (BRASIL, 2009).

Mesmo que a proposta seja a de considerar os “territórios de vida” e as “redes produtoras de saúde”, pouco se tem avançado nesse debate nas práticas no campo da saúde, pois permanece a ideia voltada à gestão de serviços desconectados dos usuários do sistema e do que eles consideram rede. Penso que os profissionais, ainda centrados em uma figura de rede composta apenas por serviços, perdem espaços sociais e relacionais que produzem o cuidado no cotidiano.

Foi nesse debate que o campo de pesquisa me introduziu, e, muitas vezes, observei o cuidado realizado nas aldeias pelos próprios militantes e apoiadores do MNPR, nas igrejas, com os amigos nas praças, viadutos, bocas de fumo. Esse cuidado, geralmente desconsiderado pelo sistema de saúde, afasta os profissionais da possibilidade de conhecer os modos de vida dessas pessoas, seus desejos, suas dificuldades e como, de fato, vivem um tratamento, exemplificado na narrativa de Jorge: “só acesso serviços em caso de urgências...”; “.. Quando tive tuberculose foi complicado, porque tinha que tomar medicação e tenho uma dependência, o álcool...”

Os interlocutores fazem críticas ao sistema instituído dos serviços de saúde: as normas e as dificuldades de acesso que produzem redes frágeis e conflituosas de cuidado. Em contrapartida, suas redes de amigos, as redes informais produzidas no cotidiano, são lações fortes para o cuidado, os quais denomino redes de cuidado na rua.

Assim, para a compreensão de redes de saúde proponho a consideração de um cuidado que inclua as redes sociais. Ou seja, perceber a saúde como resultante das interações humanas, produto da vida em sociedade, não apenas centrada nas práticas médicas e nas relações entre profissionais da saúde e “pacientes”, mas na amplitude que essa relação pode ter (MARTINS; FONTES, 2004).

As redes sociais são consideradas centrais na sociabilidade do indivíduo e no seu acesso aos mais diferenciados elementos materiais e imateriais. Em debates, por exemplo sobre a pobreza, essas redes podem ser consideradas elemento-chave para a obtenção de empregos, organização comunitária e política, nos comportamentos religiosos e na sociabilidade em geral. Sendo assim, elas fornecem proteção para amenizar a vulnerabilidade, a partir da ampliação da cidadania e de reforço da interdependência social (MARQUES et al., 2013).

A noção de redes sociais tem suas raízes conceituais nas ciências sociais, e há perspectivas diversificadas de enfoques. Pode-se destacar duas vertentes primordiais: a primeira explicava a organização social das pessoas através da noção de rede como formadora de relações. A segunda tem o enfoque de descrever as relações primárias do cotidiano, tipificando essas relações, em fechadas, abertas, elos fortes, fracos, conflituosos, de apoio ou não, em que pode haver a constatação empírica de diferentes formas ou intensidades das relações sociais (SCHERER-WRREN, 2005).

Na sociedade moderna existe ainda outro elemento diferenciador para examinar a constituição de redes sociais: a definição de unidade de análise. Nessa lógica, pode-se analisar tanto as redes de relações interindividuais (redes primárias e relações do cotidiano) quanto as formadoras de ações coletivas (redes politicamente construídas), por exemplo, a segunda, a interação dos indivíduos com a rede conforme elementos macroestruturais, como a Política (SCHERER-WRREN, 2005).

João, Ronaldo e Jorge narram que suas redes individuais produzem também uma rede coletiva: o MNPR. Isso me lembra Jasper (2016) quando diz que as redes informais/ sociais são essenciais para a construção da interação humana, e sem elas nada acontece, inclusive as

organizações coletivas e o protesto. Pessoas com interesses e modos de vida em comum podem desenvolver a construção de coletivos em comum. Pode-se dizer que redes informais podem crescer, transformando-se em subculturas, que se organizam para superar/ enfrentar problemas e ideias que não são compartilhadas pela maior parte da sociedade.

Dessa forma, tanto as redes individuais quanto as coletivas são construtoras de cuidado. E as redes coletivas fortalecem a identidade de “povo da rua”, colaborando para a superação dos estigmas da sociedade, para a exposição de um protesto comum, uma luta comum, visando sobreviverem ao sofrimento social, e também ao sistema convencional (família, redes institucionais, entre outros), com o qual possuem laços fragilizados.

A partir dos anos 1990, na constituição da análise das redes sociais, foi introduzida a noção de capital social. A noção de capital social pode ser entendida como a capacidade de interação dos indivíduos, seu potencial para interagirem com os que estão a sua volta (parentes, amigos, colegas), e com os que estão distantes de seu convívio cotidiano. Ou seja, é a capacidade de os atores sociais produzirem suas redes e comunidades, promovendo recursos para sua vida através da confiança e reciprocidade (COLEMAN, 1990).

O capital social é individual e coletivo. Diz respeito ao indivíduo, como ele pode alocar os recursos da rede e utilizá-lo. E diz respeito ao coletivo, pois faz parte das relações de um determinado grupo ou rede social. Então, o capital social existe enquanto um recurso coletivo, mas por ter capacidade de ser utilizado na vida pessoal e individual, tem um caráter duplo (RECUERO, 2005).

Dessa forma, as relações sociais passam a ser percebidas como um “capital”, em que o processo de crescimento não é apenas desenvolvido pelo capital natural (recursos naturais) produzido (infraestrutura e bens de consumo) e o financeiro. Dessa forma, é preciso observar o modo com que os atores sociais interagem e se organizam para gerar crescimento e desenvolvimento. Sendo assim, na análise do capital social, muitas vezes, é necessária uma análise profunda das microrrelações constituídas no cotidiano, por exemplo, o modo com que as pessoas conversam com seus vizinhos, frequentam clubes, igrejas, hospitais, como se envolvem em instituições e redes e aderem a normas (COSTA, 2005).

A rede habita organizações e conjuntos mais amplos, que incluem grupos informais, subgrupos culturais e os contextos socioeconômicos, políticos, sociais e de cuidado. Essas redes podem possuir conexões de modo variado, podendo haver malhas estreitas e malhas frouxas. As redes de malhas estreitas possuem muitas relações fortes e a ajuda é mútua,

existindo um consenso e igualdade entre os participantes. Já a de malha frouxa possui poucos relacionamentos, sendo a ajuda menos consistente. Nessas redes, pode-se incluir a noção de capital social que, conforme a relação de força e ajuda mútua, é considerado de forte interação (BUDÓ et al., 2010).

O capital social ajuda a pensar sobre a força das relações construídas na rua, a partir das microrrelações, do recurso individual formado e do coletivo, que foram narrados pelos interlocutores sob a perspectiva de “elos fortes”. Jorge falou: “... me sinto tranquilo e à vontade quando estou com meus amigos do dia-a-dia... onde eu me sinto vulnerável é mais quando eu tô sozinho...”; Por sua vez, Ronaldo disse: “rede informal, que não é instituições... ao meu ver são as mais importantes, tanto como a redução de danos, como o cuidado no dia-a-dia...”. E João conclui: “Se não fosse por eles, talvez em nem estivesse aqui, porque eles me motivam a mudança... uma rede forte que me apoia... O MNPR e o Jornal Boca de Rua”.

Essas redes podem ser fundamentais para se pensarmos também sobre o uso de drogas: as redes informais de capital social — os amigos, o coletivo, as relações cotidianas. Mas esses laços fortes podem, em algum momento, gerar conflito. Draus, Carlson (2009) afirma que redes sociais mais amplas possuem menos exposição à dependência, pela quantidade de apoio, maior interação social e oportunidades de vivência. Já, as redes que são mais apertadas, ou seja, com pouco contato social, possuem amplificação de comportamentos parecidos, por exemplo, grupo de usuários que se relacionam somente entre si e, assim, possuem mais facilidade de utilizarem droga, pois nesses contextos não são julgados, são aceitos e possuem facilidade de relações sociais.

Isso é narrado pelos interlocutores quando abordam o vínculo forte com a rua, o qual, mesmo forte, é conflituoso quando estão próximos somente de usuários de drogas, pois os induz ao uso. Em contraponto, por fazerem parte de um coletivo, ampliam suas relações para além da rua, o que os ajuda na motivação para o tratamento conforme relata João. Ou para o controle do uso de drogas, como narram Ronaldo e Jorge.

É notório que, nas abordagens terapêuticas tradicionais, essa experiência de redes informais com frequência é considerada apenas em um sentido “etiológico” pela equipe de saúde, ou seja, como essas relações influenciam a continuidade de uso, se são negativas para o tratamento e, nesse caso, quais estratégias utilizar para o afastamento desses afetos e amigos. No entanto é importante que os profissionais de saúde possam reconhecer essas redes nos

contextos de vida das pessoas e que possibilidades existem para repensar estratégias de cuidado que considerem essa realidade para além de simplificações prescritivas e normativas.

Por isso a ideia de rede social é oportuna não somente por centrar o foco nos atores sociais, mas, principalmente, nas relações estabelecidas, sendo que o valor social não está localizado na preferência ou interesse dos atores sociais, mas na relação social em si, na sua densidade, intensidade e sentido (BUDÓ et al., 2010).

Essa ideia de pensar relações sociais no cuidado permite que se desconstrua a noção de cuidado oferecido somente por serviços e profissionais, mas que também é ofertada pelos lugares não institucionais: nas relações cotidianas, revelando o protagonismo do sujeito no seu cuidado, através da territorialização do seu espaço.

Por territorialidade entende-se a força e o controle dos sujeitos sobre seu espaço, sendo que o ator social territorializa o espaço, a partir das relações ali construídas, dos processos e interações sociais, culturais e políticas que exprimem suas identidades. Em termos geográficos é uma forma de interação espacial que influencia outras interações espaciais e que requer ações não territoriais para ajudar (SACK, 2013).

Essas redes sociais e coletivas têm poder e por meio de seu protesto constroem um território de relações e identidade, opondo-se a um sistema de redes formais, disciplinadoras das instituições.

Haesbaert (2013) ajuda a visualizar uma nova configuração de territorialidade contemporânea, que revela que esses mecanismos de controle das instituições são gerados na tentativa desesperada de “controlar o incontrolável”. Ou seja, existe uma força gerada pela resistência dos movimentos sociais e das redes sociais cotidianas, que imprimem uma marca, uma multiplicidade de poder desenhada de uma forma mais complexa (HAESBAERT, 2013).

Assim, as redes de cuidado na rua questionam o modelo hegemônico e institucional, revelando sua insuficiência no cuidado em saúde. Essas redes informais mostram as relações fortes que produzem um poder coletivo, de resistência ao sofrimento social e ao descaso das políticas públicas. As redes de cuidado na rua apontam para a necessidade de um modelo sociocultural que precisa ser pensado dentro e fora dos serviços.

6 O CUIDADO AOS “USUÁRIOS DE DROGAS” NA RUA

Figura 11 - Recorte jornal Boca de Rua, agosto e setembro, 2010.



Fonte: Jornal Boca de Rua, número 36, agosto e setembro de 2010.

Para iniciar esse capítulo insiro um recorte da reportagem do jornal Boca de Rua veiculada no ano de 2010, sobre o “tratamento à dependência química”, mostrando dois olhares sobre a vivência do cuidado: dificuldade de internação e manutenção do acompanhamento pós-alta, e um cuidado fundado na escuta e vínculo, pilar da Redução de Danos.

Os modos de “tratamento” nas políticas públicas brasileiras, conforme mencionado no segundo capítulo, foram construídas, historicamente, com práticas orientadas pela criminalização e medicalização, em que o usuário é responsabilidade do sistema judiciário ou é alvo de internações compulsórias, por meio da psiquiatrização do abuso da substância (SANTOS et al., 2013).

Os avanços nas políticas públicas sobre drogas no Brasil, acenados desde 2002, na mudança de nomenclatura de Política Antidrogas para Política sobre Drogas, e com as primeiras discussões sobre Redução de Danos e políticas de cuidado intersetoriais ainda permanecem centrados na criminalização das drogas e em terapias tradicionais.

As terapias tradicionais ainda têm a abstinência como estratégia de tratamento, procurando realizar a desintoxicação em serviços especializados e comunidades terapêuticas, e também em internações compulsórias e judiciais utilizadas, muitas vezes, de forma indiscriminada, pelo pânico moral que gera ansiedade nas famílias e em vários níveis da sociedade. Há a ideia de que as internações compulsórias são a única forma de conseguir tratamento, pois elas ainda são os “tratamentos” oferecidos pelo sistema e legitimados pelos meios de comunicação.

No entanto há um fato a ser considerado: muitos dos usuários de drogas, ao voltarem para seus territórios de vida após o tratamento de desintoxicação, retomam sua antiga relação com a droga, pois, como apontado pelo jornal Boca de Rua, “não há um apoio após a internação”.

Dessa forma, o “problema da droga” é considerado na perspectiva simplificada de que o problema do uso se resolve ao eliminar a droga do organismo, desconsiderando a complexidade de um cuidado em saúde.

Assim, o “cuidado” oferecido pelo sistema de saúde e políticas públicas não considera todos os fatores biopsicossociais e a relação do usuário com a droga e seu território, reduzindo o problema a uma questão moral, criminal e de dependência (ora a pessoa é uma doente, ora uma criminosa, ora “não tem vergonha na cara”), prejudicando a possibilidade de um cuidado integral e dinâmico.

Quando se fala sobre políticas “alternativas” a essa visão reducionista e biologicista há teóricos, profissionais e usuários do sistema de saúde que defendem a Redução de Danos (RD), pois é uma estratégia de cuidado bastante defendida pelo MNPR e pelos interlocutores. Durante as entrevistas tive a oportunidade de discutir sobre esse tema, levando em consideração as experiências individuais dos militantes, através da fala dos interlocutores privilegiados.

João fala sobre o que pensa sobre a RD.

[...] Pra mim fumar um baseado é RD, por que a pessoa fica ali chapada, fica mais lento e não vai atrás da droga pesada. Então por isso a gente chama de redução de danos. Troca a droga mais forte pela mais fraca, te deixa com preguiça e tu come bastante e a outra tu nem come. ... Essa ideia de que o Crack é mais barato não é verdade, os dois é o mesmo preço pra gente, conseguimos fácil, temos muitos contatos e isso é fácil. É por escolha, por escolha do efeito mesmo. A maconha vem antes e depois, porque tu fuma maconha pra não ir pegar o crack, aí tu mesmo assim pega e usa bastante e depois fuma a maconha pra se acalmar por que não tem mais dinheiro pro crack. Aí come e dorme... (João)

[...] No meu tratamento eu tenho usado só maconha, tem um efeito que adianta. Uso o remédio e 'encho os cornos' de remédio e pra mim é droga também. Hoje eu tava falando pra assistente social que troquei só a droga, uso o remédio ao invés do crack. Ela me disse que isso é invenção da minha cabeça, por que o remédio é uma droga pra me tirar de outra droga, aí acreditei nela... Mas mesmo acreditando não acho que os remédios sejam diferentes do efeito que tenho com as drogas... (João)

E Jorge diz:

[...] Redução de danos pra mim é eu estar sentado aqui conversando contigo ou estar lá na reunião do jornal. Eu saí dali e ao invés de usar droga, tô conversando contigo... Se eu sair daqui e for vender jornal eu vou ganhar dinheiro, acabo que não uso droga também, por que tem essa possibilidade... (Jorge)

[...] Tem uma rapaziada na aldeia que eu moro também tem suas dependências, se tô vendo eles fazendo o uso de uma substância, provavelmente eu também vá fazer. Então, o que eu faço, vejo o dia que eles estão fazendo uso, se eles estão usando eu trabalho, e quando eles fizeram muito uso e estão cansados, aí eu não trabalho, fico mais tranquilo então, não fico tão vulnerável... (Jorge)

[...] Imagina que já é dificultoso pra uma pessoa que usa e sabe da sua dependência, está tentando fugir e aí dá de cara com o pessoal fazendo uso de alguma química. Então, alguma coisa eu vou ter que fazer também, não posso ficar ali. ...Faço minhas coisas e de noite pego a janta no centro, pego as doações. ...É uma forma de reduzir o dano, eu me afasto dali. São estratégias, porque sei que é dia de uso... (Jorge)

Por sua vez, Ronaldo se expressa:

[...] Em 2010, o ano que acabou a redução de danos porque mudou a prefeitura. Aí acharam que a redução de danos incentivava a usar droga, esse era o discurso. Porque distribuía cachimbo, camisinha, insumos, né, daí eles acham que tu tá incentivando. Só que a pessoa não vai parar de usar naquele momento, então tu tá usando estratégias pra poder ter cuidado mínimo e pensar no próprio uso. (Ronaldo)

É bem legal, eu já tive em outros espaços, estados pra discutir a redução de danos, São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ). Em SP, no ano que tive lá, era bem legal a galera distribuindo cachimbo, uns bem massa até, pra pessoa usar, pras pessoas da cracolândia ter cachimbo. ... Aí a sociedade acha horrível, os cara vão ficar mais drogado, é desinformação... As pessoas dizem ai que horror, mas é uma alternativa. ... Pelo menos cada um usa o seu cachimbo, pra não pegar doença. Tentaram fazer isso aqui em POA, não durou três meses... (Ronaldo)

[...] Já tive contato com a RD, com a equipe, achei um bom trabalho, foi quando eu estive melhor, quando eu participava das oficinas e comecei a falar abertamente sobre meu uso... Agora dizem que a equipe do Consultório na Rua que trabalha, mas acho que não dá conta. Em Porto Alegre, na região central, tem muita gente na rua, CnR não tem como dar conta de cuidados. teria que ter uma equipe 24 horas com autonomia de trabalho, coisa que não consegue dar conta. Tem um enfermeiro, um médico e duas auxiliar de enfermagem, o resto é estagiário. Não que não seja importante, mas colocam eles como mão de obra barata... (Ronaldo)

[...] Se investe mais nos serviços que fazem abstinência, já os que trabalham mais no uso controlado, esses têm o mínimo de investimento, como o programa de redução de danos. Esses governos de extrema direita tão acabando com isso, os de esquerda trabalhavam mais nisso. Eu usei droga por vinte anos e em 21 dias tu quer que eu pare, não adianta... Se o cara quiser usar droga, ele tem esse direito. Em outros países são assim, e tem formas de cuidado... (Ronaldo)

Observa-se que a RD não possui um modelo de estratégias fechados, ou seja, cada pessoa tem uma forma de reduzir danos, conforme sua experiência de vida: seja trocar uma

droga pela outra, evitar situações de risco, conversar sobre a droga, participar de oficinas, entre outros.

A ideia da RD surgiu na Holanda, nos anos 1980, a partir de iniciativas como a troca de seringas, isso para reduzir as contaminações de hepatites virais causadas pelo compartilhamento de seringas dos usuários de drogas injetáveis (SOUZA, 2013; BRASIL, 2016).

Na mesma época, a Suíça criou salas de uso seguro de drogas injetáveis, como maneira de prevenir a epidemia do HIV entre usuários de heroína. Também elaborou uma Política de Terapia de Substituição da Heroína pela droga sintética Metadona, pensando em reduzir riscos. Atualmente, o Estado suíço fornece doses de heroína a usuários crônicos como forma de desestimular o tráfico e manter um controle sobre a saúde dessas pessoas (SOUZA, 2013; BRASIL, 2016).

Percebe-se que além de alternativas do Estado para controlar o uso abusivo das substâncias e permitir melhor qualidade de vida às pessoas, ainda há outro elemento: a organização de movimentos sociais e grupos que reivindicaram o desejo de continuar a usar as substâncias e ter estratégias de cuidado consigo e com os outros, minimizando problemas de saúde. Essas experiências inauguram novas possibilidades de se falar sobre as drogas e sobre os usuários de drogas, observando seu protagonismo (SOUZA, 2013).

No Brasil, a RD teve início como estratégia de Saúde Pública em Santos (SP) no ano de 1989, quando havia altos índices de transmissão por HIV relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis. Essa proposta, inicialmente ligada à prevenção do HIV com um programa de troca de seringas, foi, ao longo dos anos, ampliando-se para uma estratégia de produção da saúde, e uma alternativa à abstinência, possibilitando outras ofertas e maneiras de cuidar para a população usuária de drogas. Nessas ofertas há a possibilidade dessa população ser ouvida, ou seja, uma democratização do cuidado em saúde (PASSOS; TADEU, 2011).

Essas mudanças em relação ao cenário do cuidado e a RD são observadas a partir de 2003, quando as ações da RD deixaram de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ HIV e se tornaram ações norteadoras da Política do Ministério da Saúde para a atenção Integral a Usuários de drogas (PASSOS; TADEU, 2011).

Atualmente, na política sobre drogas, no Brasil, a RD é apresentada como “método”, “caminho” e estratégia para cuidado de usuários que não desejam, no primeiro momento, se

abster das drogas. Em uma revisão de literatura sobre as práticas de RD, no Brasil, ainda se percebem elementos contraditórios, há uma diversidade de “vertentes” que seguem o trabalho de RD: (1) as que limitam esse trabalho a práticas de troca de seringas, ou de uma droga mais pesada por uma mais leve, reduzindo o risco de dependência; (2) as que visualizam esse trabalho diretamente associado às populações vulneráveis e excluídas, prevenindo-as do HIV e buscando aproximação a ações de saúde; (3) as que avaliam o contexto sociocultural enquanto local para planejar e executar intervenções de saúde. Percebe-se que apesar das críticas aos modelos rígidos de combate às drogas, a noção de dependência ainda persiste em uma parcela dos discursos e orientações da RD, pois as práticas ainda são fundamentadas na droga (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010).

Há também vertentes que relacionam o fenômeno a um sistema complexo, que envolve um contexto histórico e cultural. O objeto da RD é o modo de viver em determinada comunidade, sendo a finalidade ações de promoção de estilos de vida saudáveis e melhoria na qualidade de vida. Ampliam-se, portanto, os objetivos focados na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e agravos à saúde individual, fundamentando-se nos diversos fatores que se correlacionam ao consumo prejudicial, a partir da análise do sujeito e as inter-relações com o contexto sociocultural (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010).

De modo geral, as práticas de RD não possuem uma linha única de análise, o que pode gerar um campo confuso de atuação. Ora lançam seu foco no contexto de uso, ora baseiam-se em estratégias pontuais de ação, por exemplo, a troca da droga pesada por uma mais leve. Há também as pessoas que defendem que a RD é construída na relação do profissional com o usuário, a partir do vínculo e da escuta, para compreensão de um contexto complexo. Penso que todas essas vertentes são importantes na construção de um cuidado em drogas. Assim, apoiada no argumento do jornal Boca de Rua de que “não tem uma receita de bolo”, dedico-me a apresentar os dados que revelam esse tema na rua.

Um fato a ser considerado é que, em meio a tantas formas de compreensão sobre a Redução de Danos, esse tema sempre esteve presente no trabalho de campo, nos eventos e reuniões com o MNPR, que defendem a necessidade de um projeto de RD no município, e as experiências dos interlocutores privilegiados. A defesa do MNPR por um projeto de RD também me fez sentir a necessidade de ouvir os apoiadores que participaram dessa construção que não teve continuidade no município.

6.1 Redução de Danos: melhor “caminho para tratamento”?

Uma das primeiras experiências de campo, realizada no final de 2015, foi a participação em oficinas sobre Redução de Danos na Escola Especializada em pessoas em situação de rua (EMEF). Participei dessas oficinas a convite de um dos militantes: o aqui denominado R6.

Ele me contou parte de sua história articulada com seu interesse em coordenar a oficina de RD. R6 foi “morador de rua” por bastante tempo, utilizou crack durante 10 anos, foi preso por uso de drogas, o que o levou à RD como uma maneira de controle do uso de crack: “[...] Um redutor de danos com experiência de vida no uso de drogas e que já foi morador de rua, de certa maneira gera motivação para os outros moradores de rua, eles veem que é possível melhorar de vida, tu acaba se tornando uma referência...”.

As oficinas de RD eram realizadas na EMEF³⁶. A EMEF é uma escola que prioriza/atende pessoas em situação de rua, entendendo que há uma necessidade especial dessas pessoas, devido às dificuldades de acesso à rede de serviços e necessidade de uma escuta qualificada de demandas específicas dessa população. Além das aulas para a conclusão do Ensino Fundamental também oferece banho, oficinas, alimentação e espaços para cuidado de si.

As oficinas de RD eram realizadas pela manhã, semanalmente, dessa forma insiro, aqui, alguns cenários da minha participação e vivências na oficina de RD.

Cena 1: A vivência da oficina de RD

As oficinas de RD faziam parte de um projeto denominado Universidade na Rua, uma parceria entre Universidade e EMEF. Entre seus objetivos estava o de discutir e refletir sobre a relação do usuário com a droga, como uma proposta de cuidado, levando em consideração as particularidades das “pessoas em situação de rua”.

As oficinas eram realizadas com R6, com a participação de professores e alunos da universidade.

³⁶ Foi criada pela Prefeitura Municipal de Porto Alegre com o objetivo de cumprir o estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, referente a proporcionar o direito à educação às crianças e adolescentes que vivem nas ruas, socialmente excluídos da escolarização formal. Em 1993 iniciou a discussão sobre a construção da então chamada Escola Aberta do Centro que representou uma ampliação do Serviço de Educação de Jovens e Adultos - SEJA, buscando atender a população adulta que não teve acesso à escola ou se encontrava fora dela (PORTO ALEGRE, 2018).

Diário de campo 21/10/2015.

A oficina teve início em torno das 9h15min da manhã, a dinâmica foi apresentada por R6, mediador da oficina, que relatou ser um local livre, onde o foco não eram apenas situações que envolvessem drogas, mas também espaço de troca de experiências e relatos da vida cotidiana.

Inicialmente, um “morador de rua” presente, que nos contava sobre sua história de vida, ligada a experiências na comunidade terapêutica, ao uso de drogas e morar na rua. Ele relata que ficou em média um ano na comunidade terapêutica, que não considerava uma experiência ruim. No entanto, no seu retorno para a rua não mudou sua relação com a droga, a utilização considerada abusiva, e que no momento, estava aos poucos diminuindo a quantidade de uso. “Estou fazendo uma espécie de Redução de Danos como vocês dizem”.

A dinâmica da oficina era bastante “diferente” das de serviços de saúde, as pessoas podiam se comunicar do seu jeito, podiam entrar e sair da oficina a hora que quisessem.

Nessas idas e vindas de pessoas, chega um menino sério, senta-se e fica observando. Início um assunto perguntando como ele está, ele me responde que cansado pelos muitos trabalhos que faz. Pergunto no que ele trabalha, ele me olha com olhar desafiador e desconfiado e pergunta se gostaria de anotar sobre os trabalhos dele. Disse que somente gostaria de conversar.

Ele muda o semblante, me conta sobre seus trabalhos na rua: catador, cuidador de carros e músico. Entram dois estudantes da Universidade na roda, ambos sentam na roda um pouco mais afastados. R6 os recebe sorridente, explicando brevemente sobre a dinâmica do grupo. Os alunos seguem calados, tímidos, enquanto o menino me canta suas composições musicais, rapps com letras sobre morar na rua e suas experiências na periferia. Acontecem diversas conversas paralelas, sobre diversas situações e assuntos. É interessante o movimento e urgência nesse espaço, em que é difícil se concentrar em um único assunto, em uma única pessoa, elas entram e saem de cena com muita frequência.

Uma professora chega timidamente, cumprimenta e senta-se na roda. Simpática, pergunta o que estamos debatendo. R6 novamente explica que estamos conversando livremente. Ela sorri e diz ser importante algo mais organizado, R6 sorri e sugere nos apresentarmos.

A maioria das “pessoas em situação de rua” começa a sair da roda, permanecendo o grupo da universidade. Sinto certa resistência dos estudantes da EMEF contarem suas histórias como antes. R6 pede para que o primeiro estudante que nos contava sua história a repita para todos, ele muito envergonhado, baixa a cabeça e diz que não quer.

Continuamos conversando, porém se percebe certa dificuldade de os “moradores de rua” abordarem suas questões na oficina. Chega a hora do café da manhã e todos se movem até a copa, deixando somente as pessoas da Universidade conversando no quintal.

Os “moradores de rua” possuem dinâmicas, singularidades e construção de identidades bastante peculiares; comunicam-se de modo urgente, ansiosos, buscando alguma solução para seus problemas naquele momento — fome, sede, uso de drogas, necessidade de falar e ser ouvido. Eles são marcados por exclusão, violência e estigmas, o que os torna, em sua grande maioria, desconfiados, com medo de se posicionar quando não se encontram em seus

coletivos. Ao mesmo tempo, são muito comunicativos e expressivos quando se sentem acolhidos.

Fico impressionada com a forma acolhedora com que foi conduzida a oficina por R6, tratando-se de um grupo livre, aberto, com a possibilidade de trocas de experiências, escuta, histórias de vida, indo ao encontro dessa “urgência” das “pessoas em situação de rua” de serem escutadas.

A participação da Universidade, embora importante, diminuiu essa comunicação, havendo um distanciamento entre os graduandos e os estudantes da EMEF, que se mostravam ambos tímidos. Também senti esse estranhamento por parte do grupo de “pessoas em situação de rua”, mas as desconfianças eram superadas, após mostrar-me aberta à escuta e ao diálogo.

Outra questão importante foi conhecer a forma com que R6 trabalhava o tema da RD. Ele buscava, além da possibilidade de controle do uso de drogas, a possibilidade de pensar saúde, história de vida, cuidado, vivências e construção de grupos.

A oficina de Redução de Danos não tem o propósito de “ensinar verdades”. Seu formato aberto e acolhedor mostra uma aceitação das particularidades das minorias trabalhadas, sua força e seus processos, ou seja, receber as pessoas e suas histórias que não necessariamente envolvessem somente as questões da droga.

Trecho do Diário 05/11/2015

Nessa oficina participaram R6, 15 “pessoas em situação de rua” e eu, o local era uma sala de aula da EMEF.

No primeiro momento me senti apreensiva, pois eu era a “estranha” do grupo, e não queria que minha participação gerasse desconforto e as conversas pudessem cessar. No entanto continuaram falando sobre uso de drogas, preconceito, violência.

R6 pergunta se sabiam o que é Redução de Danos? Alguns deles nem imaginam o que seja, outros dizem que a palavra já está dizendo “reduzir os danos”. Um dos estudantes diz “Ah, penso que é quando um usuário de crack é convidado a usar maconha, isto seria reduzir danos”. R6 completa: “Sim, é um exemplo, mas não necessariamente RD seja trocar crack por maconha. Isso é uma forma em alguns momentos, mas nem para todo mundo serve. Redução de Danos pode ser em várias coisas na nossa vida, mudar alguns hábitos muito prejudiciais

por outros menos. No caso das drogas, que diminuam a fissura por mais droga, que diminuam a quantidade de uso de droga. Isso pode ser até se alimentar bem para usar uma droga, por exemplo...”.

R6 levanta a discussão do uso de drogas e questões raciais, dizendo que na nossa sociedade o negro que usa drogas sofre mais estigma que o branco, por ter sua figura associada à pobreza e à marginalidade. Um dos estudantes, negro, contou sua história: “... Estava no supermercado, indo pegar uma bebida alcoólica, percebo que o segurança do supermercado vai atrás de mim, fica me observando todo o tempo. Me sinto muito incomodado, tanto que nem fiz questão mais de comprar nada”. R6 complementa: “Imagino que este segurança era negro também? Os negros também reproduzem esse preconceito com a raça”. O estudante responde: “Sim, também era negro, engraçado mesmo isso”. Descontraídos, seguem discutindo o racismo e preconceito que sofrem.

R6 aborda em suas falas que a droga também é associada à pobreza, marginalidade e a raça. Sendo esses temas associados a figura do “morador de rua”, o que os deixa mais vulneráveis a situações de violência, preconceito e abordagens de “limpeza social” das ruas. Por isso, a importância de discutirem esse “universo” sociocultural das drogas em suas vidas.

A violência na rua aparece na discussão. Há diversas histórias sobre serem espancados pela polícia, terem sido presos por porte de drogas, e, muitas vezes, por estarem apenas na cena de uso de outros companheiros e serem tratados com violência pelos policiais. R6 fala sobre a importância de buscarem formas de serem protegidos, saberem se expressar com a polícia, reduzirem riscos, buscando o diálogo.

A RD é apresentada por R6 como uma possibilidade de diálogo, de encontrar maneiras de expressar as violências que sofrem, os preconceitos e sentimentos sem agirem também com agressão/violência. Esse diálogo pode construir uma forma de diminuir os estigmas e sofrimentos que vivem na rua.

Foi uma oficina rica para mim, pois pude entrar em contato com diversas discussões de temas sociais do universo das pessoas de situação de rua, conhecer um pouco sobre eles e seus posicionamentos. Percebi que os estudantes, diferente dos militantes do MNPR, se posicionavam menos sobre política e tinham mais dúvidas sobre o papel da RD. No entanto conheciam a realidade que os cercava, eram sensíveis e discutiam com humor os problemas da vida cotidiana.

Na saída da escola, R6 diz que foi positivo ver que o “povo da rua” se sentia à vontade em falar sobre tudo na minha presença, até os temas mais “pesados”. Esse retorno trouxe segurança sobre minha postura, mostrando que havia iniciado o encontro etnográfico com o grupo de “pessoas em situação de rua”.

Cena 2: Então, “o que é droga”?

A discussão sobre o uso de drogas chamou minha atenção. “Então, afinal, o que para vocês é droga?”, pergunta R6, escrevendo no quadro da sala de aula. Após o silêncio, um dos estudantes responde no fundo da sala de aula “... Droga para mim é o crack...”. R1 procura através dessa resposta, tentar problematizar. “Droga para ti é só o crack... Sim, para mim é, por que eu já usei e acho que deixa a gente mal, que faz da gente um zumbi...”. R6 continua o diálogo: “Tudo bem, é uma droga sim, mas queria saber se tu acha que açúcar é droga?”. Todos riem, questionando a intervenção de R6 que prossegue sua argumentação: “... Pensando em um contexto de alguém que tem problemas de saúde como diabetes, colesterol, triglicérides, é uma droga. Cada um sabe o que é ou não uma droga para si... Eu já usei crack 15 anos, mas me chamarem de zumbi não faz sentido, pois isso me despersonaliza, como se eu não fosse nada e não pudesse produzir nada. Já usei crack, no momento não considero a droga principal, e que quero problematizar: a droga pode ser muita coisa, tudo depende do ponto de vista da pessoa, da história dela”. Ele prossegue: “E vocês acham que usar droga pode ser um direito?”

Outro estudante refere que acredita que não, já que existe tanta repressão à droga. R6 entra em um debate sobre a descriminalização e legalização da droga:

A descriminalização da maconha que é um tema para mim recente e é uma demanda da classe média, quer dizer que o filhinho de papai, aquele que tem algum recurso, vai poder fumar maconha de boa e não se preocupar com isso. No entanto o cara da rua, ferrado lá nas esquinas, que só tem crack para fumar, vai continuar sendo perseguido. Penso que se é descriminalizar tem que descriminalizar e legalizar todas as drogas. Por que as drogas é mais uma forma de desigualdade social. Por que o álcool que é a pior droga, já tem estudos que mostram que ele é o vilão. As pessoas usam, a indústria lucra com ele. Agora quem pode dizer que uma droga é menos pior ou melhor que outra? As drogas são um hábito, depende da quantidade, depende de como tu te relaciona com ela.

O grupo parece confuso com as informações de R6, ficam reflexivos por algum tempo, após começam a contar suas histórias ligadas principalmente ao álcool e ao crack. O álcool foi o início na utilização de drogas. A maioria refere que começou a usar na infância e adolescência, junto à família.

Um dos estudantes fala que está voltando para a escola, pois estava em desintoxicação no CAPS AD: “Fiquei 15 dias lá no CAPS, tô me tratando, usava álcool e crack, mas agora quero ficar bem...”. R6 pergunta para ele como foi a experiência no CAPS. Ele diz que não é a primeira vez que busca tratamento lá, que agora havia recaído, ficou semanas usando e entrou em crise. Estava em processo de desintoxicação e agora pretendia manter o acompanhamento.

R6 começa a falar sobre serviços de saúde, dizendo que em alguns países da Europa já existem serviços que utilizam droga no tratamento, fazendo com que as pessoas aprendam a fazer uso de drogas controlado:

No Brasil dizem que usar drogas não é direito, mas de fato se usa drogas como as medicações no tratamento das pessoas. Na Europa utiliza a droga, essa droga mesmo que é reprimida no Brasil, só que a pessoa faz uso sob acompanhamento de um profissional, em um ambiente protegido, e se pode falar abertamente sobre esse uso. Então, vocês não acham que desse jeito é possível um melhor tratamento....

Um dos estudantes se manifesta sobre a fala de R6.

[...] Não sabia sobre isso, parece melhor mesmo, pelo menos há a possibilidade de um acompanhamento. Já fui também no CAPS, não acho que seja um serviço ruim, mas simplesmente não consegui me adaptar àquele tipo de acompanhamento. Ir todos os dias lá, deixar a minha vida aqui fora, e ir lá, tomar medicações... ainda não sei se é um bom acompanhamento.

R6 encerra a oficina fazendo uma reflexão final:

[...] Isso é um diálogo, uma introdução, das muitas coisas que a gente pode falar sobre uso de drogas, quero que vocês saibam que não existe uma resposta pronta, existem muitas coisas para pensar. Mas acho que o objetivo a gente está alcançando aqui, que é poder falar abertamente sobre a relação de vocês com a droga.

As oficinas possibilitaram uma vivência importante sobre o processo de RD. A RD é uma estratégia de cuidado, podendo ser um dispositivo de trabalho em diferentes espaços sociais: escola, igreja, família, serviços, entre outros. Essa estratégia traz a possibilidade de discutir a droga e outros temas que se entrelaçam a “ela”. A ideia perpassa o objetivo de acolher pessoas, suas histórias, suas redes sociais de cuidado, suas subjetividades e culturas, sua relação com a droga e com a sociedade.

Não discutir somente a “droga”, mas o cotidiano e a vida das “pessoas em situação de rua” aponta para reflexão e problematização do uso abusivo de drogas, as violências que passam, o racismo e o sofrimento social. Essa dinâmica reflete um uso de drogas que é também sociocultural.

A figura do mediador, que não é necessariamente um profissional, especialista, detentor de um conhecimento acadêmico mostra a riqueza das diferentes relações. O mediador pode ser um “experiente da rua e da droga”, alguém que vivenciou a realidade, e que, por sua experiência, consegue falar com propriedade sobre o objeto. Esse mediador rico de conhecimento prático apoia uma relação horizontal, sendo referência viva, da possibilidade de mudança e criação de novos estilos de vida.

Nesse sentido, a RD foge a uma metodologia fechada, indo ao encontro da possibilidade de uma clínica, que deixa de ser estática, passando a ser de movimento. Ela transcende a uma clínica tradicional, mas não é uma clínica do caos, e, sim, visa fornecer reflexão a situações e problemas que não possuem uma solução exata, formatada, objetiva. Os redutores fogem a uma regra geral de formas para “tratar” da droga, essas que muitas vezes engessam a possibilidade de discuti-la. Assim, é só a partir de uma escuta ativa, do diálogo, do vínculo e da problematização da droga que é possível criar mecanismos de cuidado (PETUCO; MEDEIROS, 2009).

As cenas aqui inseridas mostram histórias de vida e uso de drogas, ampliando-se à medida que percebo outros elementos atrelados. A RD traz a perspectiva de problematizar as vivências de uso da droga pelo “morador de rua”, opondo-se ao ideal estigmatizado pela mídia: zumbi, marginal, vagabundo, violento. Marcas do fenômeno de guerra às drogas, que é sinônimo de marginalização e guerra aos pobres.

A guerra às drogas não é recente, possui sua gênese em fundamentos econômicos e políticos que se sobrepõem à saúde. Exemplo disso foi a primeira proibição às drogas, em 1909, por meio da comissão de Xangai que apresentou restrições à livre produção e venda de drogas estimulantes, como a cocaína e narcóticos como o ópio, proibindo o ópio fumado. Essa forma de ópio é a menos nociva, mas já apontava os interesses de controle do Estado. Naquela época, com a imigração dos chineses, eles se tornavam concorrentes diretos dos americanos. Assim, houve a criminalização dos chineses que possuíam, culturalmente, o hábito de fumar ópio (FERNANDES; FUZINATTO, 2012).

Então, o fenômeno do proibicionismo é iniciado por interesses econômicos, na competição dos países por sua prevalência no mercado. Outro exemplo foi o início da repressão ao tráfico nos anos 1940 e 1950 que revelam a geopolítica das drogas: os países industrializados de ponta exigiam maior rigidez no controle das drogas produzidas por países menos desenvolvidos. A partir da década de 1960 esse modelo foi fortalecido pelo médico-

sanitarista, considerando o usuário um dependente e criminoso. É nesse molde de modelos repressivos importados dos EUA que países latino-americanos, entre os quais o Brasil, se fundam (FERNANDES; FUZINATTO, 2012).

Com a expansão mundial do Estado mínimo, ou seja, intervenção mínima do Estado nas políticas sociais e desresponsabilização estatal pelas condições de vida da população, esse modelo de repressão se fortalece. Isso porque se apoia no controle social máximo da massa de excluídos, como única resposta do Estado, pois a sociedade se funda no individualismo e no imediatismo. Isso pode ser exemplificado pela falência do modelo econômico nacional na década de 1980, quando houve a explosão demográfica dos grandes centros urbanos, o desemprego e a pobreza, aumentando também a busca por trabalhos informais, e muitos jovens foram captados pelo mercado do tráfico de drogas (FERNANDES; FUZINATTO, 2012; PASSOS; TADEU, 2011).

Os interesses econômicos em torno da droga e o aumento da exclusão social que fazem com que os pobres sejam o alvo das intervenções de repressão são ideias abafadas por uma sociedade individual. Sendo assim, a busca pela droga e pelo tráfico surge como um problema de ordem moral e individual, desconsiderando as questões sociais desse mercado (FERNANDES; FUZINATTO, 2012; PASSOS; TADEU, 2011).

Dessa forma, pode-se dizer que o desemprego, a pobreza, a falta de oportunidades que levam muitos jovens e pessoas ao tráfico de drogas ou às ruas, como local de moradia, revelam uma sociedade marcada pela exclusão social. Por isso, o fenômeno de guerra às drogas pode ser ligado à ideia de guerra aos pobres, pois remete a uma permanente criminalização/marginalização das pessoas excluídas, como as “populações em situação de rua”.

Com a RD, através da criação de vínculo e escuta, propõe-se a entender esses contextos de exclusão social, problematizando as ideias da mídia, a violência e o racismo contra as “pessoas em situação de rua”. Busca-se entender como a guerra aos pobres influi na imagem e na vida desses “usuários de droga na rua”.

Outro fato evidenciado nas cenas é o distanciamento das instituições das realidades de vida. Percebe-se uma aproximação da Universidade para fora de seus muros, e dos estágios em serviços de saúde, tentando conhecer e entender espaços sociais como locais de cuidado. No entanto é necessário avançar no diálogo com as diferenças culturais, pois ainda há uma dificuldade nessa comunicação e relação.

A ideia de um cuidado baseado nas instituições de saúde como local de ação é um reflexo da orientação do modelo biomédico na formação profissional. As ferramentas de ensino e o processo da ciência e do conhecimento nasceu do estudo exato do corpo e de suas funções a partir da abertura do cadáver, ou seja, o relacionamento médico-paciente/Enfermeiro/paciente é fundado sobre o corpo morto, desprovido de história, necessidades e subjetividades (BASAGLIA, 2008).

Dessa forma, há a necessidade de um movimento de reflexão e problematização sobre a formação em saúde na Universidade, procurando desconstruir seu caráter somente biomédico e diminuindo seu distanciamento das histórias de vida e necessidades subjetivas das pessoas.

Pensar sobre espaços sociais como espaços de cuidado, conhecimento e experiência conduz a problematizar os territórios de formação como locais que precisam criar diálogos com as diferenças culturais e entender as experiências de saúde/doença e uso de drogas. Essa tarefa é complexa, pois nos remete a uma desinstitucionalização da formação e das práticas em saúde mental.

Quando se fala sobre o lugar e o campo da saúde mental é necessário dizer que a Reforma Psiquiátrica não significa somente desospitalização, ou seja, é preciso pensar sobre outros serviços de saúde para a realização de tratamentos. A reforma parte do conceito de desinstitucionalização que é um processo social complexo que envolve a mobilização social, a transformação de relações de poder, a noção de sofrimento social, refletindo sobre as diferenças culturais e sociais (AMARANTE; DA CRUZ, 2008).

Para tanto, a experiência humana precisa ser ouvida na produção de sentidos e de cuidado, e também é preciso entender esses processos históricos e culturais que envolvem a guerra às drogas e aos pobres. A desinstitucionalização também significa um processo de problematização da droga para além de um mal-estar biológico, e ainda a criação de estratégias para ouvir as vozes dos sujeitos envolvidos em seus territórios sanitários e subjetivos.

A RD é uma ação de compromisso em romper as barreiras, desconstruindo saberes que limitam e reduzem a experiência de uso de drogas e do ser “morador de rua”. As cenas vivificam esse compromisso, através das relações na produção do cuidado que produzem um sentido primordial para se compreender a questão cultural e a vivência no território enquanto lugar de vida e cuidado.

6.2 Apoiadores falam sobre Redução de Danos

Os interlocutores e o MNPR entendem que o cuidado na rua deve incorporar as estratégias de RD. Para entender melhor a RD realizei entrevistas com apoiadores do MNPR, denominados A2 e A3.

Conheci ambos por indicação dos militantes em reuniões do MNPR. Nessa indicação, referiram ser pessoas legitimadas para a abordagem do tema porque fizeram parte de equipes de RD que formam defensores, em conjunto com MNPR, para o retorno da proposta de RD no município.

Relato de A2. Ele é trabalhador de serviços de saúde e também já fez uso de drogas.

[...] Comecei a trabalhar com redução de danos em 2002, no programa de Redução de Danos de Porto Alegre. Naquela época a Redução de Danos fazia parte da HIV/Aids, era muito focado nas doenças sexualmente transmissíveis, compartilhamento de seringas. Nosso trabalho era medido pela quantidade de troca de seringas, que eram muitas. ... Em 2002 teve um movimento de mudança de hábitos do pessoal que usava drogas, porque começou a cair muito a qualidade da cocaína, então para usar ficava complicado porque nem diluía direito. Era uma mistura de muitas coisas diferentes e era ruim colocar aquilo na corrente sanguínea. Nesse momento surgiu o crack... Eu lembro que aprendi a fazer crack na TV. Eles mostraram a proporção de cocaína, bicarbonato e água. Eu aprendi ali e usei durante quatro anos essa fórmula. O crack era feito a partir da cocaína. Então ficava caro, porque tinha que comprar cocaína, bicarbonato... O que aconteceu, o crack ficou mais barato porque aumentou o consumo e o pessoal no Paraguai resolveu fazer o crack mais simples. Para mim deixa de ser crack e passa a ser pedra. Como essa fórmula tinha um efeito intenso e instantâneo e passageiro, muita gente que parou de se injetar começou a usar crack. ... As marcas do crack são internas. [...] pessoas ficavam mais tempo sem dormir, comer, usando uma quantidade maior de crack. Os que eram portadores de HIV, muitos morreram. Um monte de gente morreu por causa do crack. A mídia começou a julgar isso, o crack é matador, usa seis meses e morre. Mas na verdade não é isso, morreu da doença que já tinha, ou seja, eram usuários de cocaína que tinham HIV, o crack só acelerou o processo de morte dessas pessoas... (A2)

[...] Esse discurso da mídia pegou muito porque parecia que era isso mesmo. Porém era uma coisa mais complexa. Nesse momento, o programa de Redução de Danos ficou enfraquecido porque a gente trabalhava com seringa, mas a gente não sabia nada sobre o crack. Redução de danos pra crack. ... a gente foi aprendendo trocando ideias, experiências para aprender os riscos do crack. Apresentamos os riscos de compartilhar uma lata de refri ou de cerveja por causa do risco de hepatite. Como essas latas eram coletadas do lixo, daí tinha risco de leptospirose, toxoplasmose. Aí a gente começou a pensar nesses riscos, que não era mais doenças sexualmente transmissíveis. A gente começou a pensar muito na questão de saúde mental, até que a RD deixou de fazer parte da coordenação de DST/Aids e passou a fazer parte da coordenação de saúde mental. Como aumentou muito o número de pessoas que usavam crack em relação aos injetáveis e a gente continuou com o mesmo número de pessoas, acho que eram dez trabalhadores pra Porto Alegre inteira, não ia conseguir atender todo mundo. A gente tem uma equipe pequena pra uma cidade grande, tivemos que pensar num recorte da população que usa crack. (A2)

[...] Em 2003, que a gente começou a atender pessoas em situação de rua... começamos a ir debaixo da ponte, porque entendíamos que elas estavam em situação de rua e que não acessavam seus direitos, saúde e por isso eram as que mais precisavam que a gente fosse até elas... A gente trabalhava também com terapia ... Foi uma experiência muito boa, se aproximando da saúde mental. Em 2005 mudou o governo. O programa de Redução de Danos foi desativado, mas nós seguimos fazendo campo. Tínhamos fichinhas de vale transporte pra se deslocar nos campos e continuamos trabalhando sem receber por uns quatro meses. (A2)

[...] A terapia comunitária é uma conversa em grupo para as pessoas falarem dos problemas em comum. É uma técnica integrativa, das pessoas irem se aproximando, se fortalecendo mais como grupo. Então, é um processo que cada um no início da terapia coloca um problema e aí o grupo elege um dos problemas pra ser desenvolvido naquela sessão. O problema escolhido, geralmente, é o que toca o maior número de pessoas. Pra entender o problema escolhido, as pessoas na roda podem fazer perguntas pra aquela pessoa. Mas sempre perguntas, não julgamentos, nem aconselhamentos. Às vezes é difícil fazer isso. É uma coisa que me acrescentou muito como trabalhador de Redução de Danos, tu saber transformar em perguntas. Então, às vezes, na roda, o cara dizia: tá acontecendo esse problema contigo porque tu fez isso, aquilo. Então, quer dizer que a culpa é da pessoa!? Daí eu dizia pra transformar em pergunta, eles tinham dúvidas de como fazer isso. Daí eu ajudava, tipo, será que isso não é consequência de algo que a pessoa fez? Daí ela vai chegar na conclusão. Nós não vamos colocar os nossos pensamentos nos outros, nós vamos provocar o pensamento no outro. Era muito legal, aprendi muito. Aí depois das perguntas, quem passou por um problema parecido podia se manifestar e falar o que fez pra superar o problema. Tu não tá sugerindo pro outro, tu só tá dizendo que fez dessa forma e pra ti melhorou. Aí a pessoa que tá com o problema vai ver se adianta pra ela ou não. Vai escolher o caminho que achar melhor. (A2)

[...] Fizemos terapia comunitária por vários lugares, muitos serviços de saúde e assistência, mas o que mais me marcou foi a experiência da RD na rua...Trabalhei por mais uns anos, mas à medida que foi desenvolvendo a administração, foi se apropriando das questões, começaram a mudar a Redução de Danos em POA. Quando eu vi a terapia comunitária tava selecionando quem ia receber uma vaga para a comunidade terapêutica. Era uma fila de espera constante pra comunidade terapêutica. Eu entendi que aquilo estava deixando de ser redução de danos. ... Aí terminei saindo de lá em 2008, aí fui trabalhar na rua como educador social na rua para crianças e adolescentes. Foi uma experiência bem rica porque quando eu fui aprender a ser educador social, me dei conta que Redução de Danos já era uma forma de educação social e um educador social sempre foi um redutor de danos. As questões de risco e danos ligados ao uso das drogas não são só da ordem clínica e psíquica, mas também social e econômica. Então, o educador social também vai tratar da saúde, assim como ajudo a trabalhar as questões social, também sendo educador social. Foi muito legal passar pela saúde, assistência e no fim estar fazendo a mesma coisa nesses dois lugares. (A2)

Pergunto a A2 o que considera Redução de Danos.

[...] O redutor de danos, quando eu comecei a trabalhar, era aquele agente de saúde que trabalhava com educação em saúde e ia no lugar visitar aquele usuário de drogas que tinha problemas com drogas e que não ia acessar o sistema de saúde a não ser que tivesse um problema muito grave/sério associado ao uso de drogas. Então, o redutor de danos tinha esse papel de ir lá conhecer aquela realidade e aprender com ela o que se poderia fazer para atender a demanda de pessoas. Não pra levar soluções, mas para conhecer os problemas. Às vezes o redutor de danos era criticado porque diziam que a gente não pregava pela autonomia das pessoas, mas a gente sempre entendeu que autonomia é inerente pra quem mora na rua, não tem como sobreviver na rua se não tem autonomia. Só que a autonomia está para outro uso, não é a mesma que tu vai usar nas redes de serviço, rede intersetorial. Então, a gente acompanhava as pessoas até o atendimento pra garantir esse atendimento com equidade, universalidade. Então, não víamos problema em

acompanhar as pessoas, era uma coisa que a gente não fazia a vida inteira. Uma ou duas vezes, depois o cara aprendia a caminhada, já era vinculado à equipe e daí não precisávamos ir mais. Mas a gente ia com aquelas pessoas que não tinham acesso. (A2)

[...] A Redução de Danos passou por esse processo, ela era estigmatizada, muita gente entendia como incentivo às drogas, aí depois o cuidado com as pessoas que usavam drogas. Acho que quando a gente atingiu esse status, pra nós redutores a gente pensou 'bah, que legal, agora tamo grande', porque a gente sempre era discriminado. Ao contrário do que a gente pensou, ao invés de aumentar a equipe de danos e investirem mais na redução de danos, o que aconteceu, pelo menos aqui em Porto Alegre, parece que deixou de ser importante a figura do redutor de danos. Porque é uma diretriz nacional da saúde. Então, todo o agente comunitário vai ser redutor de danos, todo trabalhador do SUS passa a ser redutor de danos, então não precisa contratar redutor de danos. (A2)

A2 se manifesta em relação ao cuidado com as drogas:

[...] Olha, uma coisa que eu percebi é que essa coisa de estímulo à organização política das pessoas de certa forma é terapêutico... por exemplo, lá no serviço que eu trabalhava, o pessoal começou a se organizar, pela manhã tinha a reunião e pessoas que tu costumava ver a semana inteira muito alcoolizado ou muito no crack começaram a chegar lá super bem, saudáveis, frequentar o CAPS pra poder se organizar, ir nas reuniões. Teve uma fala que me marcou muito, o cara me falou: '... esse 'bagulho' de militância dá uma fissura no cara, fico contando os dias pra chegar, tô te dizendo, deixei de fumar crack ontem pra poder vir hoje...'. Então eu vi como isso é uma coisa potente. Acho também que prevenção pros usuários de drogas tem que começar antes. Assim, quando eu trabalhava na rua, quando eu ia fazer visitas domiciliares naquelas famílias de crianças e adolescentes. Às vezes tinha os irmãozinhos de três ou quatro anos sentados no beco, observando a movimentação e vendo que o cara mais bem-sucedido dali era ladrãozinho que tava com a pistola. Todo mundo respeitava e obedecia, tinha a garota mais bonita do lado. Aquela criança vê aquilo e vai querer ser o que quando crescer, vai querer ser que nem o pai dela que passa o dia trabalhando, chega cansado, mal vestido e não tem pra oferecer aquele boné que o guri quer. Ele trabalhou o dia inteiro, se matou, e não tem as coisas que eu quero. Então, vou ser traficante que nem aquele cara ali. Muitas vezes esses traficantes exercem o poder sobre os outros a partir da violência. A maneira de atingir esse status é através da violência. (A2)

[...] A droga e o tráfico são uma escolha quando tu tem opções. Só existe escolha quando tu tem opções. Então, que tipo de opções essas pessoas tem. Se tivesse mais creches e essas crianças não passassem o dia inteiro ali, conhecessem outras coisas, oportunidades, isso daria chance de outras escolhas. Não que vá garantir que a criança não vá usar drogas, mas pelo menos vai ter acesso a coisas diferentes daquilo, daí ela poderia ter escolha. É muito mais efetivo do que campanhas milionárias na grande mídia, notícias falsas como 'o crack mata'. (A2)

[...] Existe um lugar comum de achar que pra se tratar de drogas tem que estar trancado, pra não ter contato, tem uns tratamentos como as comunidades terapêuticas que tu não pode nem pensar, nem falar de drogas. É complicado tu te esconder da droga por nove meses quando ela tá te esperando no portão. Cada vez que o cara cai, o cara se sente mais impotente. Acho que o discurso da mídia empodera a droga, tira o poder da pessoa. A droga parece que criou vida assim, são os filhos do crack ali. Acho um absurdo. Acho que os CAPS tem umas dificuldades, é uma proposta legal, mas deveria estar articulado com outras políticas. Também tem a questão que a rede não conseguiu encontrar uma forma de funcionar mais eficientemente. A gente vê os abrigos, um monte de gente que tá na vaga por questão de saúde. Tu vai no CAPS AD a maioria dos leitos estão ocupados por pessoas em situação de rua. Tem uma necessidade clínica e social. É uma inversão de valores. Tem as unidades de desintoxicação que não conseguem

desintoxicar, sempre que entrei nelas vi pessoas chapadas, de desintoxicação não tem nada, tem impregnação. (A2)

[...] O grande lance da Redução de Danos é ajudar a pessoa a despertar a relação que essa pessoa tem com a droga, ajudar a identificar o papel da droga na sua vida, pensar junto diferentes soluções, ela mesma vai ter que ver qual é a melhor solução pra ela. Quando tu consegue fazer terapia comunitária, acho que é bem potente o cuidado dentro daquele grupo. A gente sempre pensa na rede da prefeitura, né, mas esquece que a rede deles já tá construída. Quando eu usava droga eu pensava onde eu ia comprar, onde eu ia usar, lugar mais seguro, menos gente pra compartilhar e onde eu ia buscar recurso pra buscar mais. Então, a reflexão parava por aí. A partir do momento que eu conheci a Redução de Danos, comecei a pensar além disso: que lugar a droga tinha na minha vida, o que deixei pra trás. Essa reflexão é fundamental porque tu acaba conhecendo melhor a tua relação com a droga e tu consegue desconstruir essas coisas que a mídia enfia na tua cabeça. (A2)

A3 é Assistente Social, vinculou-se ao trabalho de RD por considerar uma estratégia importante de cuidado e relata sua experiência.

[...] Então, eu trabalho no abrigo há 17 anos e eu acho que pela vivência dos próprios usuários sempre tive essa coisa que as pessoas poderiam diminuir o uso de alguma substância fazendo a redução de danos ... Em 2004, 2005, começou a aparecer esse pessoal no abrigo. Mas eu já tinha essas coisas pensando. O pessoal foi lá fazer um trabalho, lá dentro e eu comecei a me interessar. A pessoa que tava coordenando aquela época era uma pessoa que eu já conhecia, daí eu conversei com ela e disse que queria fazer parte do trabalho. Em 2005, eu comecei a fazer parte desse trabalho de Redução de Danos. ... Entrei pro movimento, e foi passando o tempo, foi se fortalecendo o movimento e a redução também. Eu comecei a perceber a importância das pessoas, que até hoje... que usam o crack que é uma coisa que acaba deixando a pessoa num estado que a gente sabe, dependência própria. Eles podem fazer essa substituição, eles fumam baseado. Eles fazem essa troca em função da saúde. Isso eu fui entendendo, não só em relação à troca, mas em relação a outras coisas, como a bebida, cachaça e tu poder trabalhar isso com eles... Acompanhei os grupos com o pessoal da redução e também fazendo um trabalho lá dentro, a terapia comunitária. Eu trabalhava com isso e um pouco com a Redução de Danos. Não bem, porque a terapia comunitária vem com tudo. Eles escolhem um tema e falam, mas dentro desses temas se eles quiserem falar sobre bebida eles falam. (A3)

A Redução de Danos era composta em POA por uma equipe, entre 10 pessoas e uma coordenação, que era da saúde... . Eram as pessoas que no início se programavam em ir de kombi ... A kombi ficava lá e nós irmos nos mocos onde as pessoas estavam fazendo o uso e fazia a troca da seringa. Levávamos seringa nova e colocava nas garrafas as seringas velhas, a gente levava as velhas. Fazíamos essa troca em vários lugares de POA. Com o pessoal da prostituição, levava camisinha e gel. Começava de manhã e terminava a noitinha, umas 20h da noite. Fazíamos quase todo Porto Alegre. Fazíamos terapia comunitária lá dentro da sala com os grupos. A gente fez o curso, né, para poder fazer esse trabalho com eles. (A3)

[...] O grupo de terapia comunitária era pra tu desabafar. A terapia comunitária é isso. Todos que estavam lá saíam aliviados, porque meu problema tu também tem. Era diferente, mas as pessoas achavam que o problema era igual pra todos. Isso alivia o corpo, alivia a mente. As pessoas saíam bem aliviadas. Algumas pessoas eu acho que nem precisavam fazer Redução de Danos, que conseguiram parar porque não estavam a fim, mesmo que não estavam a fim da Redução de Danos, mas iam à terapia, tinham um espaço pra falar, colocar as tuas coisas... Eu acho que isso também é uma forma de reduzir as coisas, os sentimentos alguma coisa. Então, era isso, a gente conseguia fazer as pessoas fazer essa coisa. Aí foi e se perdeu um pouco a redução, porque não tinha mais carro, nem interesse da secretaria em

continuar. Em 2010, a gente saiu daquele do posto de saúde e via... as pessoas chegavam desesperadas porque queriam uma internação, ficar um tempo sem e a gente acompanhava elas até a emergência psiquiátrica. (A3)

[...] Então era muita gente da rua, dessas pessoas fazia redução quem realmente estava a fim e a maioria conseguia estar naquele grupo, muitas vezes eles conseguiam fazer redução e não precisavam ir em uma comunidade. Ninguém na verdade conseguia parar totalmente, daí ele ia pra comunidade e não ficava nem um mês, porque era muito rígido. Naquela época, a FASC, a secretaria, tinha um convênio com a famosa comunidade terapêutica... E aí muitos conseguiam fazer a própria redução e não precisava ir. Tiveram alguns que foram para a comunidade, aguentaram os nove meses também. (A3)

A3 também fala sobre a RD:

[...] A questão da redução tem muito o cuidado do usuário, como ele está usando, de que forma isso afeta a saúde. O redutor vai ver isso, se o cara tá precisando de fazer uns exames... É o cuidado do usuário, na verdade. (A3)

[...] Redução de Danos, muitas pessoas não entendem, por exemplo, tu trabalhando no espaço, no abrigo ou uma instituição assim é complicado, porque tem uma briga desde sempre com os colegas. Hoje eu tenho uma equipe no meu plantão que tem um entendimento, mas é o meu plantão e foi construído. Eu construí isso com eles, mas os outros colegas não têm essa visão. Por exemplo, um cara chega lá e fumou maconha, vai lá, vai comer, tranquilo. Não pode é usar lá dentro. Aí os colegas: Ah! Fumou maconha, todo “emacanhado”. Mas o que é melhor, o cara não tá mais na história do crack, é melhor que ele fume um baseado. A questão do álcool, eu acho que é pior. Não se entra muito alcoolizado lá, até pelo fato de dar briga e confusão. E se tá chovendo muito, o cara vai ficar na rua?! Se o cara tá muito alcoolizado, a gente faz ele entrar, ficar em um espaço coberto e vai dando água, se tiver que dar comida a gente dá. Mas isso quem faz é a gente, porque o resto não tem esse entendimento, porque ‘o cara vai incomodar’, não quem tá lá, vai incomodar nós. É uma redução de danos, porque o cara não tá mais na rua. É melhor que o cara durma, porque amanhã ele vai querer fazer alguma coisa, conversar com o serviço social. Se ele amanhecer na rua, ele não vai vir de manhã, não vai conversar com ninguém, não vai fazer nada. (A3)

A3 fala sobre o cuidado às drogas:

[...] As comunidades terapêuticas o cara pode não usar a medicação, isso de alguma forma é positivo pro usuário. Os CAPS hoje são uma referência, alguns podem ter o autocontrole, trabalhar a RD. Alguns CAPS têm isso, outros não. Talvez essa política dos CAPS funcione, mas talvez o que esteja faltando seja isso, ter outras possibilidades além da abstinência e da medicação. Acho que tem que ter educação permanente para quem trabalha nos CAPS e nos abrigos. O que eu vejo no abrigo é que alguns entram, não vão pra CAPS nenhum e conseguem ficar sem uso... No momento que eles são desligados do abrigo, eles se detonam de novo, voltam pro uso. Talvez isso aconteça porque ele não tem apoio, tá sozinho, várias coisas. (A3)

[...]Tu faz o plano da pessoa quando ele entra no abrigo, que é o emprego, a saúde. Todos que entram lá fazem uso de alguma substância, seja qual for. Partindo disso, tu pergunta se o cara quer fazer algum acompanhamento, e aí chega num momento que ele tá há cinco meses lá dentro. A minha briga é essa, eles estão há quatro meses lá dentro, mas fizeram o que pro cara? Só ele que tem que fazer? E a gente? O que acontece daí, ele vai pra rua e é desligado e ele tá bem lá dentro, não tá mais em uso, daí o cara não tem pra onde ir. Talvez uma pensão, através do aluguel social que é uma porcaria. O cara fica dentro daquele espaço e não tem acompanhamento, dizem que a FASC tem, mas não tem. São poucas pessoas pra demanda, entendeu. Aí tu tem que ajudar o cara, se ele tá se ajudando, tá indo no

CAPS, essas coisas são importantes, porque o cara vai se sentir seguro. Aí ele vai pra rua e se detona. (A3)

[...] Acho que deveria ter um espaço pra terapia. Eu resolvi minha vida no dia que fui fazer um curso de terapia de família e aí tive que fazer um tal de “selfie”. Coloquei tudo pra rua, notei muita coisa minha, coisas de relação. Essa oportunidade não tem na rede de fazer uma terapia e pensar sobre as coisas da tua vida. Tem a dificuldade da pessoa querer fazer também, mas também não tem espaço na nossa rede, talvez só o CAPS. Mas mesmo assim, na maioria das vezes o cara vai lá e conversa com o psiquiatra meia hora, pra saber da medicação que tu está tomando ou fazer o grupo lá. Dessa maneira tu não está trabalhando o monte de questão da vida dessa pessoa. (A3)

Um marco teórico importante da RD no Brasil refere-se às epidemias da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), em que os casos cresciam de forma alarmante. Na década de 1980 havia a crença de que os grupos de risco, como os homossexuais, os viciados em drogas, os imigrantes seriam os proliferadores da doença, sendo que as intervenções de saúde se limitavam aos internamentos longe do convívio social. No entanto a expansão do HIV para diferentes grupos exigiu a formulação de novas estratégias, pois a noção de grupo de risco não abarcava a complexidade do fenômeno. Nesse sentido, as estratégias buscaram a prevenção, o controle de bancos de sangue, as práticas de sexo seguro e a Redução de Danos que se voltava aos usuários de drogas injetáveis, com a troca de seringas (MACHADO; BOARINI, 2013).

Nota-se, nesse momento histórico/político, a importância dos Movimentos sociais, entre os quais o movimento de usuários de drogas pelo mundo e o movimento gay, que buscaram direitos e a diminuição de estigmas a que a noção de grupo de risco os associava. Em resposta a isso, a RD, inicialmente, fundou-se na noção de comportamento de risco, aliviando a culpabilização do grupo estigmatizado, ampliando as ações para toda a população que assumisse um comportamento de risco pelo contágio da doença (MACHADO; BOARINI, 2013).

As primeiras iniciativas de RD, no Brasil, ocorreram através dos programas de distribuição de seringas, no ano de 1989, criados pelo Médico Sanitarista David Capistrano. Desde seu início, as resistências, polêmicas e estigmas estiveram presentes, pois havia, e há, o argumento de facilitar o consumo de drogas e levar ao gasto indevido de recursos públicos. No entanto a RD se forma enquanto estratégia de cuidado nas políticas públicas brasileiras na década de 1980 pelo COFEN, pois, embora surjam muitas críticas, os conflitos trazem à tona um debate de Saúde e Segurança Pública ainda não resolvido, dado que o sistema possui

muitas falhas na atenção em drogas e esse tema tem sido crescente no país (MACHADO; BOARINI, 2013).

Atualmente, há uma redefinição do conceito de RD não apenas ligada às doenças sexualmente transmissíveis. Isso advém da reflexão de novos conceitos com os quais a RD se propõe a trabalhar, por exemplo, a transição da ideia de comportamento de risco para a de vulnerabilidade. A vulnerabilidade reconhece que o uso de drogas não é somente um ato individual, pois perpassa outras esferas sociais, culturais, políticas e econômicas. Com essa reflexão, a RD passa a ser entendida como uma redução de riscos sociais, planejada de acordo com o contexto social (MACHADO; BOARINI, 2013).

A2 diz que a redefinição do conceito de RD também é inspirada em uma mudança nos estilos de vida dos usuários de drogas, em que o crack aparece como uma nova droga, trazendo consigo novas formas de utilização, de relação, de riscos e organizações políticas e sociais. Assim, os redutores de danos precisaram inovar, observando que o trabalho não se restringia somente à troca de seringas, e que estava vinculado à diminuição de riscos sociais e às relações do indivíduo e do grupo.

Os apoiadores debatem essa redefinição através de suas vivências práticas e opiniões sobre a RD, trazendo uma noção de saúde que também é social, realizada através do contato com a realidade dos indivíduos e grupos, visando uma ação que pode ser pontual como um atendimento de saúde, ou mais ampla, como o incentivo à participação e à organização política.

Em Porto Alegre, a dita “epidemia do crack” destinou os recursos para as internações em hospitais gerais ou em comunidades terapêuticas, por serem “consideradas” as melhores formas de tratamento para a resolução do problema. A RD encontrava-se em um lugar periférico, cercada de preconceitos e restrições para a entrada nos serviços de saúde, tornando-se, muitas vezes, um caminho para uma seguinte comunidade terapêutica (SIMONI et al., 2015).

Os relatos de A2 e A3 apresentam o campo de conflitos entre a RD e os tratamentos nas comunidades terapêuticas. A terapia comunitária, utilizada pela RD, nessa situação, era utilizada para controlar, selecionar e recrutar as pessoas para a entrada nas comunidades terapêuticas, opondo-se aos objetivos da Terapia Comunitária de acolhimento e vínculo.

A terapia comunitária (TC) é uma tecnologia de cuidado que permite o trabalho em grupo, através da discussão de temas de vida e a convivência grupal; permite a prevenção do sofrimento emocional, e é também uma estratégia de reabilitação e inclusão social através de uma rede de apoio criada nesse espaço, a qual incentiva a mobilização social e a comunicação (GUIMARRÃES; FILHA, 2006).

O que os apoiadores relataram revela que a “posse” da noção de comunitário e a possibilidade de reflexão sobre a vida e as relações tornavam-se alvo de uma ação pontual que era a criação de um grupo para definir os indivíduos que iriam ou não para as comunidades terapêuticas.

As vivências dos apoiadores e o material de trabalho de campo, apresentados em tópicos anteriores, demonstram a forte influência de modelos de cuidado institucionais, como as comunidades terapêuticas. Pode-se dizer que as comunidades terapêuticas são instituições totais. A instituição total, conforme Goffman (2001), segrega os internados do contato social, levando-os a uma vida fechada e formalmente administrada através de disciplinas e punições.

As comunidades terapêuticas geralmente são instituições totais, pois o tratamento ocorre afastado do convívio social, com práticas de repressão, de punição e de cunho religioso. São orientadas pela noção de proteção social, onde o “indivíduo perigoso e doente” deve ser mantido distante das pessoas “normais e sadias”.

A expansão das comunidades terapêuticas tem relação com as políticas públicas que não acolhem a demanda da complexidade das situações de uso de drogas. Isto porque há uma desarticulação de serviços e estigmatização à proposta de RD, desconsiderando os territórios de vida e cuidado. Assim, os usuários de drogas veem nas comunidades terapêuticas a única opção possível para a proposta de cuidado, vinculada e fortalecida pela mídia.

Nessa construção do cuidado é necessário entender a articulação e influência da mídia, a qual utiliza, em suas campanhas, o estereótipo de “usuário de droga” como um “zumbi”, ou seja, um morto vivo, fortalecendo uma concepção biológica dos efeitos prejudiciais da droga no organismo e no comportamento humano.

A mídia faz parte do fenômeno de contrafissura, de tentar solucionar a fissura através de ideias e formulações discursivas simplistas. Há um trabalho a partir de matérias sensacionalistas, revistas e televisões que orientam a procura de programas, por exemplo as

internações compulsórias e as comunidades terapêuticas. Essas ações tornam-se a solução imediatista para o “usuário de droga” aprender a viver em sociedade (LANCETTI, 2015).

O papel da mídia, nesse processo, é tornar público um saber hegemônico, formado pela ideologia (visão de mundo) jurídico-psiquiátrica. Observam-se argumentos comuns utilizados para debater o fenômeno da droga, sempre associados e proferidos por políticos, médicos, juízes, advogados que, a partir de sua especialidade, legitimam competência e função social para debater a questão das drogas e produzir/ reproduzir significados, representações, ideologias (CHAGAS, 2012).

Quando A2 insere no debate a forte influência da mídia na concepção do “Crack matador”, aponta também que não houve uma problematização da mudança de estilos de vida e perfis de consumo das drogas (a troca da cocaína injetável para o uso de crack). Isso demonstra um ideal hegemônico centrado na droga, desconsiderando as relações das pessoas com seus contextos de vida e simplificando o fenômeno social das drogas.

A propagação do ideal de pessoas livres das drogas legitima o tratamento, tendo por base a institucionalização, e também uma mídia marcada por campanhas que abordam somente o discurso do especialista, entendendo que o “usuário de drogas” não possui condições psíquicas e função social para assumir protagonismo nas relações de cuidado.

Dessa forma, tende-se à necessidade de fortalecer o protagonismo do “usuário de droga na rua”, na problematização de suas experiências de vida e uso de drogas. A Redução de Danos tem importante papel, pois abre espaço para a discussão dos entrelaçamentos das pessoas com a droga, com seu contexto sociocultural, com a política e com a mídia. Nesse caso, observamos uma proposta de cuidado que procura desmistificar preconceitos, entender relações, escutar e acolher as diferenças.

6.3 As Territorialidades de cuidado: por um modelo dialógico, além da institucionalização no cuidado em drogas

[...] Acho que tem que colocar o pessoal da saúde na rua, como estavam fazendo antes com a kombi na rua, do consultório na rua. Colocar mais gente neste consultório que é muito bom, e colocar mais um CAPS no centro. Acho que um CAPS no centro resolve muita coisa, por que o CAPS é um lugar que me trato ainda e eu cheguei meio baleado lá e eles conseguiram me ajeitar, com carinho, com afeto... Também acho importante o facilitador social, um cara da rua mesmo, alguém que facilite o trabalho, que fale com o pessoal, que faça uma ponte... as assistentes sociais e as enfermeiras elas chegam lá e os caras xingam elas e elas não vão mais. (João)

[...] Na aldeia sempre tem um mais experiente, não digo experiência de vida, mas atento a certas coisas. Outro dia um colega passou mal, desde tarde estávamos vendendo o Boca de Rua e ele avisou que estava mal... De noite na aldeia eu avisei o pessoal que ia no mercado e que ele não tava legal. Quando eu voltei ele tava vomitando, ele passou mal, eu como vi que ele tava mal, passei pro Marcelo. ... Quando eu cheguei o Marcelo já tinha dado conto. Se eu não tivesse avisado que ele tava mal, talvez o Marcelo tivesse ficado dentro da barraca e não tivesse prestado atenção. De repente ele podia ter se afogado, vomitou deitado. Isso é cuidado de saúde que se tem entre nós, caso de emergência, né. Se observar que uma pessoa não tá se alimentando direito, tá indo muitas vezes no banheiro. A gente sempre fica atento, com o camarada que tá dormindo mais que o normal, se precisa ir no médico. (Jorge)

João e Jorge trazem a ideia de cuidado e a saúde como parte de uma teia complexa de relações das “pessoas em situação de rua” com seu território. Esse cuidado é percebido tanto pelo acesso aos serviços de saúde quanto pelas relações e organização das suas aldeias. Dizem que para a promoção de cuidado e reabilitação da vida, a ida e a entrada nos territórios/ espaços da cidade são necessários, para além da rede de serviços como local legitimado e único no “fazer saúde”.

Essa ocupação da rua como local de cuidado revela a necessidade de mais profissionais na rua, de mais serviços e dos facilitadores sociais que devem considerar as redes de afeto na construção desse cuidado.

Os facilitadores sociais são “pessoas em situação de rua” que ajudam/facilitam o processo de entrada em campo dos profissionais de saúde na rua, pois conhecem os lugares de moradia, as aldeias, os modos de vida e a realidade dos “moradores de rua”. São pessoas do “povo da rua” que abrem os caminhos dos territórios de uso e vida, do mesmo modo que os interlocutores me levaram para a pesquisa.

Quando se fala em de território há diferentes formas de concebê-lo. Ele pode ainda estar ligado à concepção de saúde e a aspectos mecânicos e físicos, apenas para organização e contenção da população. Ou seja, delimitar, fisicamente, qual população atender, e também pode ser considerado um território dinâmico, composto por uma diversidade de relações, identidades e culturas.

A concepção que abordo é a de um território de poder e vivência, marcado pelas histórias de vida, identidades e culturas que lhe dão movimento e riqueza. Há a formação de espaços multidimensionais de apropriação simbólica, cultural e social (HAESBAERT, 2013).

O território difere de um espaço, de um local geográfico, pelas relações ali construídas, as quais são denominadas territorialidades. A territorialidade é um movimento

processual e relacional do sujeito com o espaço, apropriando e dominando esse local, formando um território de história de vida. Há uma relação espaço-tempo, o domínio ou o controle político, a apropriação simbólico-identitária e afetiva (HAESBAERT, 2013; SAQUET, 2007).

A rua também é um espaço territorializado pelas pessoas que fazem uso da droga, pois é nesses lugares que constroem suas redes sociais, suas identidades, seus afetos, apropriando-se desse espaço como um território de vida e inclusão em seus grupos. Elas demarcam pontos territoriais, habitando as praças, as “bocas de fumo”, as aldeias, os viadutos, espaços esses considerados insalubres e vulneráveis na visão da sociedade e da saúde

Entender a vivência da rua ajuda a conhecer as redes e estilos de vida do usuário de droga, problematizando a utilização da droga como um fenômeno somente biológico, que considera as identidades e culturas da rua na saúde.

O fenômeno da droga analisado somente a partir de enfoques proibicionistas e da psiquiatrização não consegue incorporar um cuidado integral e amplo. As políticas, por meio da RD e serviços, como o consultório da rua (CnR), objetivam entender o contexto das pessoas e ir até seus territórios. No entanto essas estratégias precisam ser problematizadas frequentemente, pois há a necessidade de reconhecer esses territórios como espaços de vida e relações, não se tornando apenas locais de ações pontuais e implementação de tratamento descontextualizada das realidades de vida. Isso se confronta com as ideias e críticas dos interlocutores, os quais apontam que o cuidado não deve ser baseado na noção de territórios de controle e imposição.

É preciso entender uma cidade composta por diversidades, incorporando uma nova ideia de mobilidade urbana. Segundo Augé (2012), a nova mobilidade é dinâmica e heterogênea, ou seja, as periferias não são mais o habitat dos pobres e excluídos sociais, eles vivem em vários locais da cidade, sendo vistos e estigmatizados.

Para cuidar na rua há a necessidade de opor-se ao estigma, exclusão e marginalização das “pessoas em situação de rua”, entendendo suas dinâmicas, estilos de vida e diversidade cultural. Os serviços, com suas portas fechadas, e as políticas públicas fragilizadas que focam a droga enquanto problema principal, aumentam o grau de inacessibilidade em atenção integral e cuidado.

Nesse sentido, insiro a ideia das territorialidades de cuidado que propõem diferentes formas de apropriação territoriais, pela vivência da mobilidade urbana, junto à itinerâncias da cidade. O cuidado não é constituído somente pelas instituições e rede formal, sendo produzido junto às pessoas em seus contextos de vida. Nessas territorialidades, as formas de acolhimento se ampliam, pois não mais se considera esse usuário estático nos serviços de saúde, mas uma população que é dinâmica e questiona o espaço asséptico e controlador dos serviços.

As territorialidades de cuidado problematizam a visão verticalizada e monológica dos serviços de saúde, revelando um cuidado que é estabelecido na relação dinâmica do sujeito com seu espaço vivo, suas redes de afeto, vínculos, tensões. Há, portanto, uma nova relação espaço-temporal, pois requer um movimento constante dos profissionais, possibilitando um diálogo com as histórias de vida das “pessoas em situação de rua”, além de conhecer seus espaços territoriais e formas de vida. Requer também a inclusão cotidiana das relações, das redes de afeto, considerando a autonomia e a subjetividade da pessoa que vive na rua.

Existe, assim, um tensionamento do modelo monológico, buscando dar visibilidade a um modelo dialógico. Os modelos monológicos partem da desvalorização dos valores, crenças e culturas, fragmentando e entendendo que os problemas de saúde são simples resultados biológicos e comportamentais. A informação/tratamento se baseia na verticalização e na hierarquização, em que o profissional detém o saber e poder de organização do sistema, devendo “ensinar”, “tratar” os “pacientes” (HERNANDEZ, 2010).

Em oposição a isso, tem-se os modelos dialógicos que consideram a visão multidimensional dos fenômenos, entendendo que o sujeito não é apenas resultado de seus comportamentos individuais, mas está envolto em uma diversidade de contextos e culturas. É um modelo participativo, em que se preza a relação dialógica entre todos os atores envolvidos no processo (HERNANDEZ, 2010).

É no modelo dialógico que se baseia a noção de territorialidades de cuidado, pois se pensa um diálogo entre cuidadores/cuidados, em que o poder se movimenta, criando sujeitos envolvidos em processos de cuidado que negociam permanentemente esses poderes e vivências, a partir de vínculos criados. O território é visto enquanto um território vivo, de resistência, móvel e transitório, sendo que o profissional reconhece a realidade, o saber, a vivência e a cultura como determinantes de um processo complexo de atenção em saúde.

É fundamental trazer para a análise a experiência da droga na rua, à medida que existe a necessidade de novas formas de cuidado. Esse cuidado que busque a compreensão

sociocultural, a vivência na rua, a participação das pessoas e movimentos sociais. A participação social e a possibilidade de organização política são um argumento que pontua como possível criação de territorialidades de cuidado.

Quando se pensa sobre organização política é possível associar a organização aos movimentos sociais. Os movimentos sociais são ações coletivas, estruturadas a partir de problemas e situações de conflito, sejam elas disputas ou reivindicações por direitos, que buscam criar uma força social na sociedade civil. Percebe-se a noção de uma identidade coletiva, partilhada por interesses em comum. Há também o princípio de solidariedade que é referenciado por valores culturais, políticos e sociais compartilhados pelo grupo (GOHN, 1995).

No SUS, a participação social é um princípio doutrinário, assegurado pela Constituição Federal e das leis 8080/90³⁷, parte do Pacto de Gestão do SUS. Nesse sentido, há a responsabilidade dos municípios no fortalecimento da participação social na gestão, avaliação dos serviços e apoio aos processos de educação popular (PRADO; SARMENTO; COSTA, 2015).

Existem os conselhos de saúde que são formados pela participação popular, no entanto, nota-se ainda um enfraquecimento dessa participação, pois os conselhos e conferências estão ligados diretamente à gestão e ao planejamento, pouco articulando o apoio às práticas solidárias e participativas para o enfrentamento das questões e dos problemas de saúde. Desse modo, os conselhos são uma via legítima de reivindicação e controle social, mas, muitas vezes, tornam-se institucionalizados. Para sair da ideia de cuidado somente institucional é necessário o fortalecimento dos movimentos sociais que ampliam a participação social (PRADO; SARMENTO; COSTA, 2015).

O MNPR, para além de uma organização política coletiva, torna-se um espaço de cuidado e Redução de Danos. Há um acolhimento das demandas de vida do povo da rua, e uma luta por direitos sociais, problematizando os estigmas e buscando novas estratégias de cuidado em drogas.

A campanha “Zumbi Só se for dos Palmares” retrata essa ação coletiva que dá visibilidade à discriminação das “pessoas em situação de rua” e em uso de drogas,

³⁷ Uma de suas principais disposições gerais é de que saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O SUS em um de seus objetivos é a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

problematizando esse campo, e demonstrando uma forma de buscar melhorias nas políticas públicas e no cuidado.

O fortalecimento de políticas públicas que reconheçam os direitos humanos é necessário para o cuidado na rua. Ronaldo diz:

[...] O cuidado ele não só da saúde, como ela vai cuidar da saúde se não tem o que comer, tem que ir por esse lado também. A pessoa tem que se organizar, o que vai comer, vestir, onde vai guardar as coisas, isso a pessoa da rua planeja. O autocuidado acaba ficando pro segundo plano. Até porque as equipes governamentais são mínimas e não dão conta. Não tem investimento, só vão lá pra falar bonito. A equipe às vezes se tu vais pedir pra ver a família, uma carona, não tem vale transporte... O que se tem no Brasil é que as políticas públicas vem de cima pra baixo são construídas a partir do sujeito que tá na política. Escutar o pessoal da rua é muito difícil. Aqui em POA tem dois comitês que não resolve nada, enquanto a portaria que construiu o comitê diz que as políticas pra população de rua tem que sair dali. Se tu como gestor cria um grupo pra discutir políticas públicas pra atender a demanda da população e a gestão não faz, já começa por aí o erro. Aqui no Brasil a gente escuta os caras só pra dizer que escutou, mas não faz nada. Por isso eu acho importante na academia, os trabalhos etnográficos, pra ver o que a gente faz com isso, porque pouco conhecimento é usado pra ver essa questão das políticas públicas.

O debate sobre direitos humanos é introduzido pela Declaração Universal, de 1948, e Declaração de Direitos Humanos de Viena, de 1993³⁸. Esse movimento é recente na história, ocorrendo no pós-guerra, em resposta às atrocidades cometidas pelo Nazismo, causador de inúmeras mortes, nos campos de concentração, de judeus, comunistas, homossexuais, ciganos, entre outros. Dessa forma, os direitos humanos se referem ao referencial ético, contra a destruição e a descartabilidade da pessoa humana, marcando a reconstrução de seus direitos que lhe foram retirados na guerra (PIOVESAN, 2006).

O debate atual sobre os direitos humanos demarca uma hegemonia, pois se refere a uma ideia incontestável de que é preciso manter o direito à dignidade humana para todas as pessoas. Esse direito é entendido, principalmente, como uma vitória para excluídos, explorados e discriminados. No entanto é preciso refletir se esse debate é, de fato, consolidado e legitimado pelas políticas públicas, ou se há uma contra-hegemonia velada (SANTOS; CHAUI, 2013).

³⁸ Inicia-se o debate sobre a importância dos Direitos Humanos, sendo uma responsabilidade internacional dos Estados. A ideia é que todos os Direitos Humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional deve considerar os Direitos Humanos, globalmente, de forma justa. Deve estar presente o significado das especificidades nacionais e regionais e os diversos antecedentes históricos, culturais e religiosos, compete aos Estados, independentemente dos seus sistemas políticos, econômicos e culturais, promover e proteger os Direitos Humanos e liberdades fundamentais (CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DIREITOS HUMANOS, 1993).

É preciso entender se, de fato, se está trabalhando sob a lógica de direitos humanos, ou utilizando esse conceito para perpetuar opressões. Isso pode ser exemplificado por dois argumentos: os discursos de opressão e dominação que acabam sendo reconfigurados como ações emancipatórias e libertadoras pelo Estado, de que o ser humano é individual, portanto, responsabilizado por seus atos; a ideia central de Estado, em que os direitos humanos devem ser protegidos por ele, sendo incorporados nas constituições práticas jurídico-políticas e aplicados coercitivamente pelos tribunais: direitos cívicos, políticos, sociais, culturais. Isso demonstra políticas descontextualizadas com as formas de vida da população, muitas vezes centralizadas nos poderes jurídicos, policiais e em hierarquias de Estado que pouco efetivam a proteção ampla dos direitos humanos (SANTOS; CHAUI, 2013).

Observa-se que o cuidado em drogas centrado em ações do jurídico, a opressão policial, e os modelos de saúde pautados na internação refletem esses movimentos que dizem proteger a dignidade através de intervenções e tratamento, porém, desconsideram as necessidades das “pessoas em situação de rua” na condição de ser humano. Essas necessidades são situações expostas pelo interlocutor Ronaldo, que envolvem a alimentação, o vestuário, o autocuidado, transporte, entre outros. Isso reflete que o cuidado não é somente o tratamento para as drogas, mas o apoio para construção de uma vida digna, incluindo políticas sociais que ajudem e fortaleçam esse indivíduo no seu território.

Assim, cuidar na rua exige a problematização do contexto das políticas públicas que ainda responsabilizam o indivíduo, culpabilizando-o e marginalizando-o. É necessário ouvir as experiências de saúde/doença, estilos de vida e culturas para avanço na construção de políticas públicas para saúde/cuidado integral e uso drogas.

Nesse campo de avanços e retrocessos no cuidado, em que os direitos humanos perpetuam a necessidade de dignidade ao “povo da rua”, entendo que para se alcançar um cuidado amplo e integral é preciso um trabalho a partir de modelos dialógicos e socioculturais: as Territorialidades de cuidado. Nesse caso, para além da institucionalização do cuidado em drogas, proponho um movimento de respeito ao ser humano através da escuta das histórias de vida, do incentivo à participação popular, da incorporação das novas redes de cuidado na rua — as redes sociais e de afeto. Um cuidado pautado no vínculo, respeito e na percepção das diversas culturas.

7 REFLEXÕES FINAIS

Ao término deste estudo apresento, para reflexão, a Figura abaixo inspirada nas ideias dos interlocutores de pesquisa e do modelo sociocultural. Nessa figura busco esboçar a trama da droga na sociedade e suas interfaces produzidas pelo movimento relacional do indivíduo no seu território.

Figura 12 - A trama da droga segundo os interlocutores



Fonte: Silva, Aline B., 2018.

Ao se analisar a questão das drogas na área da saúde e na sociedade percebe-se ainda uma abordagem unilateral, centrada somente na droga e no indivíduo, caracterizada como prejudicial, produzindo a imagem de uma pessoa dependente da droga, criminosa, vagabunda e doente.

Nessa visão, a droga representa o “perigo”, a “destruição”, algo que precisa ser “combatido”. E, nessa perspectiva, as ações de cuidado consideram que o problema são os efeitos biológicos no organismo, devido ao uso de drogas. Para tanto, os modelos de tratamento direcionam para a abstinência, por meio de internações, comunidades terapêuticas e uso de medicação. Além disso, também são promovidas, junto à sociedade, ações de higienização social — “limpeza nas cracolândias”, “remoção de pessoas em situação de rua” —, fortalecendo os estigmas e preconceitos que ligam os “moradores de rua” somente ao crime e à dependência química, negando suas histórias de vida.

Nesse cenário de cuidado, as políticas públicas atuais ainda têm a droga enquanto um vetor de dependência, com enfoque moral e criminalizante, desconsiderando aspectos culturais, econômicos, sociais e territórios de vida que revelam a complexidade do tema, do modo de viver das pessoas nos espaços urbanos. Sendo assim, o cuidado dentro de uma perspectiva somente biomédica apresenta limitações que necessitam e precisam ser tensionadas cotidianamente, pois simplificam as reais necessidades e demandas sociais.

Convido o leitor a pensar sobre a trama da droga esboçada na Figura 8, considerando também a relação do indivíduo, a droga e o contexto sociocultural que se apoderam da existência de um território de vida, de história, de cultura e rede de cuidado e relações desse indivíduo estabelecidas consigo e com outros.

Retomo: A rua é um território com potência para o cuidado em saúde mental ao usuário de drogas?

O território da rua é espaço de cultura, história de vida, relações sociais e de cuidado. Nesses espaços, o uso da droga significa a resistência para viver na rua, a resistência ao sofrimento social, a construção de afetos e identidades, o que denomino, aqui, como parte de uma cultura da rua. Esses significados para o povo da rua surgem como um enfrentamento dos estigmas sociais, onde a rua é afirmada como lugar de estilos de vida e afeto, e a droga tem a conotação simbólica de liberdade, livre arbítrio e pertencimento a esse território e cultura.

Então, os interlocutores que são os experientes da rua foram os sujeitos em ação, expressando sua vida nas ruas, seu conhecimento/vivência do uso de drogas, descortinando esse território e cuidado como potência a partir das relações entre eles, e do seu “grito” por visibilidade no sistema de políticas públicas do país.

O sofrimento social das “pessoas em situação de rua” que utilizam drogas é percebido na concepção de que são “*outsiders*”, ou seja, o sistema convencional da sociedade: ter família, morar em uma casa, ter trabalho em instituições, entre outros, não é o estilo de vida a que se adaptam. E as políticas públicas e os profissionais não entendem essa experiência de vida/saúde/doença, provocando o surgimento de redes de conflito e o distanciamento dos processos de cuidado.

Cuidar na rua transcende ao acesso ao sistema instituído socialmente: Saúde, Assistência Social, Moradia e Educação. O cuidado é também na instituição, mas amplia-se

para o entrelaçamento das redes de sociabilidade construtoras de territórios de cuidado, em que há uma organização social das “pessoas em situação de rua” que se cuidam e se protegem.

A rede de drogas vai para além do efeito da droga no organismo, produzindo sentimentos de identidade e coletividade. É necessário conhecer a rede de uso de drogas, a qual aponta para as relações do indivíduo com o outro e com as drogas, e também incorporar essa ideia na construção do cuidado. Nota-se, na formação dessas redes, uma racionalização desse uso de drogas, no entanto, a crítica dos interlocutores mostra a negação dos profissionais sobre essa rede de uso, quando estabelecida a abstinência, em que cuidar é não usar droga, não frequentar mais a mesma rede de relações, não falar sobre a droga. Ao contrário, entendo que é preciso explorar essas redes sociais e as redes de drogas, pois elas mostram os encontros e trajetórias de vida, produzindo significados para o uso.

Considero que entender os fenômenos socioculturais do uso da droga na sociedade, os estilos de vida dos usuários e suas relações com o território ajudam a refletir sobre a atuação de novas estratégias de cuidado e tratamento aos “usuários de drogas”, a partir de seus contextos de vida. Nesse sentido, aponto para as territorialidades de cuidado em que a atenção em saúde deve ser pensada na diversidade de territórios e formas de vida, estando atrelada à desmistificação do território do “usuário de drogas” como o terreno “vulnerável”. Proponho, ao contrário, partir dele para a produção de ações em saúde.

Assim, a rua é um território com potência para o cuidado em saúde mental ao usuário de drogas. É nesses espaços sociais que as pessoas vivem suas histórias de vida, redes sociais de cuidado, cultura e identidades. As territorialidades de cuidado mostram um cuidado dinâmico, construído no cotidiano, itinerante e vivo, revelando uma nova mobilidade urbana.

É preciso ampliar a visão de cuidado, que transcenda um “tratamento institucional”, mas que reconheça essas diversidades culturais, essas identidades experientes, essas mobilidades urbanas, entre outras. O cuidado pode ser dentro e fora de serviços, considerando que ele advém da forma com que os profissionais o vivenciam, ou seja, como eles percebem os sujeitos envolvidos em seus processos socioculturais. No entanto a saída para fora dos serviços gera na cidade e nas mobilidades urbanas mais possibilidades de reconhecimento desses campos como locais ricos no fazer em saúde.

Para avançar na concepção de um cuidado sociocultural e um modelo de saúde que esteja de acordo com as necessidades sociais é necessário o investimento em pesquisas

interdisciplinares e sociais, para que as pessoas sejam ouvidas em suas diferenças culturais, particularidades e desejos. A pesquisa interdisciplinar sobre drogas na sociedade contemporânea segue sendo um desafio epistemológico e hermenêutico/ dialógico, pois se trata de conhecer os estilos de vida dos sujeitos e sua relação com as drogas, as subjetividades e a vida social nos espaços urbanos plurais de nossas cidades latino-americanas e do restante do mundo. Em um contexto ainda fortemente marcado pelo modelo proibicionista e monológico, concluo este estudo considerando a importância das pesquisas interdisciplinares para progredir em novas perspectivas de estratégias dialógicas e inclusivas de cuidado.

REFERÊNCIAS

- AGROSINO, M. **Etnografia e Observação Participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ALMEIDA FILHO, N. et al. (Orgs.). **Teoria Epidemiológica Hoje: fundamentos, interfaces, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discurso político, saberes e práticas. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- _____. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996.
- _____. 30 anos de Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas e da sociedade brasileira. In: FONTES, B. A. S. M.; FONTE, E. M. M. (Orgs.). **Desinstitucionalização, Redes Sociais e Saúde Mental: Análise de Experiências da Reforma Psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal**. Recife: Editora da Universitária da UFPE, 2010.
- AMARANTE, P; COSTA, A.M. **Diversidade Cultural e Saúde: cidadania para a Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.
- ASSIS, J. T; BARREIROS, J.B; CONCEIÇÃO, M.I.G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Rev. Latino-amer. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v.16, n. 4, p. 584-596, dez. 2013.
- AUGÉ, Marc. **Por uma Antropologia da Mobilidade**. Maceió: Unesp, 2010.
- AYRES, J.R.; PAIVA, V.; FRANÇA JR, I. Conceitos e Práticas de Prevenção: da História natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos In: PAIVA, Vera; AYRES, Jose Ricardo; BUCHALLA, Cassia Maria. **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: da doença à cidadania**. Curitiba/PR: Juruá, 2012. Livro I.
- BARROS, M. M. A.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A. Práticas de Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial: A produção do cuidado e as Tecnologias das relações no discurso do sujeito coletivo. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 72-83, jan./mar. 2010.
- BARROS, M.A.; PILLON, S.C.. Atitudes dos Profissionais do Programa de Saúde da Família diante do Uso e Abuso de Drogas. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 655- 62, dez. 2007.
- BASAGLIA, F. Saúde/Doença. In: AMARANTE, P.; CRUZ, L.B. (Orgs.). **Saúde Mental, Formação e Crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2008.
- BAUMAN, Z. **Comunidade: A busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.
- BECKER, H. The Social Bases of Drug-induced Experiences. In: LETTIERI, J.J.; MAYERS, M.; PEARSON, H.W. (Orgs.) **Theories on Drug Abuse NIDA**. Rockville, 1980. Research Monograph 30, NIDA,

BECKER, H.S. **Outsiders**: estudos da sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BOLONHEIS-RAMOS, R; MARQUES, R.C; BOARINI, M.L. Comunidades terapêuticas: novas perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1231-1248, out./dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, 2006.

BRASIL. SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Institui o Comitê Intersetorial da Política Municipal para a População em Situação de Rua** (Comitê POPRUA) e revoga o Decreto nº 17.111, de 20 de junho de 2011a.

_____. **A pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Brasília: MS, 2008. Série Relatos de uso de M&A.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**: Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Consultório de Rua SUS**. Brasília (DF): MS, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasil, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução – RDC n. 29, de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 de ago. 2011c.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas**: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social. Responsáveis Técnicos Lísia Von Diemen, Silvia Chwartzmann Halpern e Flavio Pechansky - UFRGS. Brasília : SENAD; 2012.

_____. **Decreto nº 7.053**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília, 23 de dezembro de 2009; 188º da Independência e 121º da República.

_____. **Cartilha**: entendendo a política de drogas no cenário internacional. Plataforma Brasileira de Política sobre Drogas, 2016.

- _____. **Lei nº 8.080.** Dispõe sobre o Sistema Único de Saúde. Brasília, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**/Ministério da Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.** Curso de autoaprendizado, 2012.
- _____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Glossário de álcool e drogas.** Brasília: 2010.
- BRITO, F. Ensaio sobre as migrações internacionais e o desenvolvimento do capitalismo. **Revista Brasileira de Estudo Pop**, Campinas, v. 12, n. 12, p. 21-34, 1995.
- BUDÓ et al. Redes sociais e participação em uma comunidade referenciada a uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, RS, v. 31, n. 4, p.753-60, dez. 2010.
- BURKE, P. **O que é História Cultural?** 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.
- CALDEIRA, Z. **Drogas, Indivíduo e Família:** um estudo de relações singulares. 1999. 81p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1999.
- CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XXI. **Rev Out IES**, São Paulo, n. 6 p. 115-28, 2002.
- CARRETEIRO, T. C. Sofrimentos sociais em debate. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 57-72, 2003.
- CHAGAS, A. **Análise Discursiva de uma Campanha Publicitária:** midiatização das drogas. Santa Maria: Editora da UFSM, 2012.
- CHAGAS, G. (org.). **Antropologia e Direitos Humanos.** 7.ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia, 2017.
- CHAVES, T et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.6, dez. 2011.
- CAMP. **Ecosol pop rua:** formação em economia solidária com Pessoas em Situação de Rua. Porto Alegre, 2017.
- CLIFFORD, J. **A Experiência Etnográfica:** antropologia e literatura do século XX. 3.ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008.
- COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p. 1523-1531, 2009.
- COLEMAN, J. **Foundations of Social Theory.** Cambridge: Harvard University Press, 1990.
- CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DIREITOS HUMANOS, 1993. Declaração e Programa de Ação de Viena Conferência Mundial sobre Direitos Humanos. Portal de Direito Internacional. Disponível em: <<http://www.cedin.com.br>. Acesso em: 12 de outubro de 2017.
- CORTES, L. F. et al. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 1, p. 84-92, jan./mar., 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20279>. - doi: 10.5216/ree.v16i1.20279. Acesso em: 12 de outubro de 2017.

- COSTA, R. Por um novo conceito de comunidade: redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 235-248, mar./ago. 2005.
- CRESTANI, A.M.Z. **Revelando Lugares e Territórios Urbanos**: espacialidades urbanas e suas sobreposições na cidade contemporânea. Curitiba: Appris, 2014.
- DAMAS, F.B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013.
- DA MATTA, R. Você tem cultura? In: DA MATTA R. (Org.) **Ensaio de sociologia interpretativa**. Rio de Janeiro: Rocco, 1986. p.121-8.
- DA SILVA, C.F. A construção de territórios de resistência a partir das ações e práticas do MLB na cidade. **Geografia em Questão**, Natal, v. 6, n. 2, 2013.
- DA SILVA, A. B. **O Cuidado ao Usuário de Crack**: análise da concepção de território de trabalhadores de um CAPS AD. 2014. 109p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- DE ANDRADE, A.P.M. **Sujeitos e(m) Movimentos**: uma análise crítica da Reforma Psiquiátrica brasileira na perspectiva dos *experientes*. 2012. 308p. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.
- DE ANDRADE, A.P.M.; MALUF, S.W. Loucos/as, pacientes, usuários/as, experientes: o estatuto dos sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 273-284, jan./mar. 2017.
- DE OLIVEIRA, R.C. O Trabalho do Antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, v. 39, n. 1, 1996.
- DIAS, L. C. Os Sentidos da Rede: notas para discussão. In: DIAS, L.C.; DA SILVEIRA, R. L. (Orgs.). **Redes, Sociedades e Territórios**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005.
- DRAUS, P.; CARLSON, R.G. Down on main Street: drugs and the small-town vortex. **Health Place**, v.15, n. 1, p. 247-254, Mar. 2009.
- ECKERT, C.; ROCHA, A. L. C. Etnografia: saberes e práticas. In: PINTO, C. R. J.; GUAZZELLI, C. A. B. (Org.). **Ciências Humanas**: pesquisa e método. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.
- ELIA, L. Responsabilidade do sujeito e responsabilidade do cuidado no campo da Saúde Mental. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 3, n. 4, 2016. Disponível em: <http://smsrio.org/revista/index.php/reva/article/view/92>. Acesso em: 22 de novembro de 2017.
- ELIAS, N; ESCOTSON, J. **Os estabelecidos e os Outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- FACUNDO-GUZMÁN, F.R. et al El consumo de drogas como una práctica cultural dentro de las pandillas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 19, p. 839-47, maio/jun. 2011.

FERNANDES, L.; PINTO, M. El espacio urbano como dispositivo de control social: territorios, psicotrópicos y políticas de la ciudad. **Monografías Humanitas**, Barcelona, v. 1, n. 5, p. 147-162, 2004.

FERNANDES, F.R; FUZINATTO, A.B. **Drogas**: proibição, criminalização da pobreza e mídia. In: I congresso Internacional de direito e contemporaneidade. Santa Maria, 2012.

FERREIRA, R.Z. **O Sentido Antropológico de Dons e Dádivas entre Grupos de Usuários de Crack e outras Drogas**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2013.

FORTES, H.M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, v.10, supl.2, dez. 2010.

FOUCAULT, M. **Os Anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Segurança, Território, População**: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Microfísica do Poder**. [Organização e tradução de Robert Machado]. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

GABATZ, R. I. B. et al. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 140-146, 2013.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma**: la identidad deteriorada. 5. ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993.

_____. **Manicômios, Prisões e Conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

_____. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

_____. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. (Trad. de Marcia Bandeira de Melo Leite Nunes) 4 ed. Rio de Janeiro: LTC, 2015.

GOHN, M.G. **História dos Movimentos e Lutas Sociais**: a construção da cidadania dos brasileiros. São Paulo: Loyola, 1995.

GRUND, J. C. **Drug use as a Social Ritual Functionality, Symbolism and Determinants of Self-regulation**. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1993.

GUIMARRÃES, F.J.; FILHA, M.O.F. Repercussões da Terapia Comunitária no Cotidiano de seus Participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia/GO, v. 08, n. 03, p. 404 - 414, 2006.

HAESBAERT, R. **O Mito da Desterritorialização**: do fim dos territórios à multiterritorialidade. 6 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

HAESBAERT, R. O Território e a nova Des-territorialização do Estado. In: DIAS, L.C.; FERRARI, M. (Org.). **Territorialidades Humanas e Redes Sociais**. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2013.

HALLAIS, J.A.S; BARROS, N.F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.7, p. 1497-1504, jul., 2015.

HERNÁEZ, A.M. **Antropologia Médica: teóricas sobre la cultura, el poder y la enfermedad**. Barcelona: Antropos Editorial, 2008.

HOLZ, M. R.; GONÇALVES, H. A.; ARAUJO, R. B. O Perfil de Funcionamento Executivo no uso de Substâncias Psicoativas: um estudo de caso de um adulto jovem. **Revista Neuropsicologia Latino-Amer.**, v. 6, n. 3, p. 16-24, 2014.

IVERSEN, L. **Drogas**. Porto Alegre: L&PM, 2012.

JASPER, J.M. **Protesto: uma Introdução aos Movimentos Sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 2016.

JORGE, J. S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Consultório na rua: contribuições e desafios de uma prática em construção. **Saúde e Transformação Social**, Florianópolis/SC, v. 3, p. 39-48, 2012.

KANTORSKI, L; DE ANDRADE, A.P.M; CARDANO, M. Estratégias, expertise e experiências de ouvir vozes: entrevista com Cristina Contini. **Interface**, Botucatu, v. 21, n.63, out./dez. 2017.

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. **Social Suffering**. Berkeley: University of California Press, 1997.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

LARAIA, R. B. **Cultura: um conceito antropológico**. 14. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

LEMÕES, T. Rumores, denúncia e mobilização social: uma disputa pela 'verdade' sobre a 'violência estatal. In: EILBAUM, L. et al. **Política sobre drogas no Brasil: a estratégia de RD**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia, 2017.

MACRAE, E. Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO Jr., A. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

MACRAE, E. **A Subcultura da Droga e Prevenção**. Texto Apresentado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2003.

MALUF, S. W. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S.W.; TORNQUIST, C. S. (Org.). **Gênero, Saúde e Aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MARQUES, E. et al. Redes pessoais e Pobreza em São Paulo. In: DIAS, L.C; FERRARI, M. (Org.) **Territorialidades Humanas e Redes Sociais**. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2013.

HERNÁEZ, Angel. Dialógica, etnografia e educação em saúde. **Revista Saúde Pública**, Tarragona, v. 44, n. 3, p.399-405, 2010.

MARTINO, L.M.S. De um eu ao outro: Narrativa, Identidade e comunicação com alteridade. **Revista Parágrafo**, São Paulo, v. 4, n. 1, 2016.

MARTINS, J. S. **O poder do Atraso: ensaios de sociologia da história lenta**. São Paulo: Hucitec, 1994.

- MARTINS, P.H.; FONTES, B. **Redes Sociais e Saúde**: novas possibilidades teóricas. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2004.
- MATOS, A.C.V. **Atuação dos consultórios na rua e a atenção à Saúde das Pessoas em Situação de rua**. 2016. 198p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.
- MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saúde Soc.**, v. 23, n. 1, p. 105-117, 2014.
- MENDONÇA, E.T.; AMORIM, W. Enfermagem e Saúde: construindo um saber sobre Políticas de Saúde. In: PORTO, F; AMORIM, W. (Org.) **A História da Enfermagem: Identidade, profissionalização e símbolos**. São Caetano do Sul, SP: Editora Yendis, 2010.
- MINAYO, M.C. Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
- MORAES, D. Notas sobre Imaginário Social e Hegemonia Cultural. **Revista Contracampo**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, p.1-12, 1997.
- MOREIRA, R. A cidade e o Urbano no Brasil. In: DA SILVA, C.A.; CAMPOS, A. (Orgs.). **Metrópoles e Invisibilidades**: das políticas a luta de sentidos da apropriação urbana. Rio de Janeiro: FABERJ, 2015.
- MOTA, A.P.C. População em situação de rua: contextualização e caracterização **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 4, n. 1, p. 1-15, dez. 2005.
- MOURA, Y.G.; DA SILVA, E.A.; NOTO, A.R. Redes sociais no contexto de uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua. **Psicologia em Pesquisa**, UFJF, v. 3, n. 1, p. 31- 46, jan./jun. 2009.
- NEVES, D.P. Os miseráveis e a ocupação dos espaços públicos. **Caderno CRH**, Salvador, n. 30/31, p. 111-134, jan./dez. 1999.
- NUNES, E.D. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, 2, p. 251-264, 2000.
- OLIVEIRA, L. L. O proibicionismo e a questão do consumo como elemento cultural: A ineficácia da adoção da lógica simplista em termos de políticas de drogas. **Redes: Revista Eletrônica Direito e Sociedade**, Canoas, v. 2, n. 2, p.51-66, 30 dez. 2014.
- OLIVEIRA, M. G. P. N. **Consultório de Rua**: relato de uma experiência. 2009. 151p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- PAGOT, A.M. **O Louco, a Rua, a Comunidade**. As relações da cidade com a loucura em situação de rua. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- PAIVA, C. H .A; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2014.
- PALOMBINI, L. **Dos Subespaços ao Território Descontínuo Paradoxal**: os moradores de rua e suas relações com o espaço urbano em Porto Alegre-RS/ Brasil. 2015. 182p. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

- PASSOS, E.H.; TADEU, P. S. Redução de Danos e Saúde Pública: Construções Alternativas à Política Global de “Guerra às Drogas”. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 154-162, jan./abril, 2011.
- PESSOTO, U. C.; RIBEIRO, E. A. W.; GUIMARRÃES, R.B. O Papel do Estado nas Políticas Públicas de Saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, n.1, p.9-22, 2015.
- PETUCO, D; MEDEIROS, R.G. Redução de danos: dispositivo da reforma? **Boletim Drogas e Violência no Campo**, Rio de Janeiro, mar. 2009.
- PILLON, S; LUIS, M.A.V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Rev Latino-Amer. Enfermagem**, Ribeirão Preto/SP, v. 12, n. 4, p. 676-82, jul./ago. 2004.
- PIOVESAN, F. Direitos Humanos: desafios da ordem internacional contemporânea. **Caderno de Direito Constitucional**, Brasília, p. 43,2006.
- PITT, C.P. FRUBEL, J. **Zumbi dos Palmares**. In: 3º Simpósio Científico FTSG de Graduação e Pós-Graduação. Bento Gonçalves, 2013.
- PRADO, E.V; SARMENTO, D.S; COSTA, L.J.A. O Diálogo como Estratégia de Promoção de Participação Popular no SUS. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 18, n. 4, p. 424-429, out./dez. 2015.
- PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Agência livre para informação cidadania e Educação (ALICE). Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/demhab/default.php?p_secao=116 e <http://www.alice.org.br/>. Acesso em: 02 de dezembro de 2017.
- Polícia Faz Megaoperação de combate ao tráfico na Cracolândia. **Folha de São Paulo**, 21 de maio,2017. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/05/1886022-policia-faz-megaoperacao-de-combate-ao-trafico-na-cracolandia.shtml>. Acesso em: 22 de novembro de 2017.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. Van. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva, 1998.
- RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder**. São Paulo: Ática, 1993.
- RAUPP, L. M. **Circuitos de uso de Crack nas Cidades de São Paulo e Porto Alegre: cotidiano, práticas e cuidado**. 2011. 213p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- RAUPP, L. Territórios psicotrópicos na região central da cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, n.3, p.803-815, 2015.
- RECEUERO, R.C. **Um estudo do Capital Social gerado a partir de Redes Sociais no Orkut e nos Weblogs**. Trabalho apresentado no GT de Tecnologias Informacionais da Comunicação da Compós. Niterói, RJ, 2005.
- REIS, E. P. Reflexões leigas para a formulação de uma agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 18, n. 51, p. 21-30, fev. 2003.
- ROMANI, O. **Las Drogas: sueños e razones**. Barcelona: Editora Ariel, 1999.

_____. Etnografia y Drogas: Discursos e prácticas. **Nueva Antropología**, México, v. XVI, n. 53, ago. 1997.

ROMANI, M.; ROSO, A. Mídia e Crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v.32, n.1, p. 82-97, 2012.

ROMANI, M.; ROSO, A. Mídia, ideologia e cocaína (Crack): produzindo “refugo humano”. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 18, n. 3, p. 373-382, set/dez, 2013.

RONZANI, T.M.; NOTO, A.R; DA SILVEIRA, P.S. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora: Editora da UFJF, 2014.

ROSA, E. Z.; SOUZA, M. E.; PINHEIRO, O. G. (Edit.). As transformações das políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas. Diálogos Álcool e outras drogas. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, Ano 6, n. 6, nov. 2009.

RUI, T. **Nas Tramas do Crack**: etnografia da abjeção. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

SACK, R. D. Definindo Territorialidade. In: DIAS, L.C; FERRARI, M. (Orgs.) **Territorialidades Humanas e Redes Sociais**. 2 ed. Florianópolis: Insular, 2013.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua? Reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n. 8, p. 1798-1800, ago. 2014.

SANTOS, C. D. A formação e produção do espaço urbano: discussões preliminares acerca da importância das cidades médias para o crescimento da rede urbana brasileira. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, São Paulo, v. 4, n.1, p. 177-186, 2009.

SANTOS, M. **Por uma Geografia Nova**. São Paulo: Edusp, 2002.

_____. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, J.A.; OLIVEIRA, M.L.F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **J Nurs Health**, Pelotas, RS, v.1, n. 2, p. 82-93, jan./jun.2012.

SANTOS, V.E.; SOARES, C.B; CAMPOS, C.M.S. Redução de Danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010.

SANTOS, B.S.S.; CHAUI. M. **Direitos Humanos, Democracia e Desenvolvimento**. São Paulo: Cortez, 2013.

SAQUET, M.A. **Abordagens e Concepções de Território**. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SCHERER-WARREN, I. Redes Sociais: trajetórias e fronteiras. In: DIAS, L.C; DA SILVEIRA, R. L. (Orgs.) **Redes, Sociedades e Territórios**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2005.

SHUCH, P. et al. População em Situação de Rua em Porto Alegre: especificidades socioantropológicas. In: GEHLEN, I.; SILVA, M.; SANTOS, S. (Orgs.). **Diversidade e proteção social**: estudos quanti-qualitativos das populações de afrobrasileiros, coletivos indígenas, crianças, adolescentes e adultos em situação de rua e remanescentes de quilombos. Porto Alegre: Century, 2008.

SILVA, D. R.; PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B. A prática médica no contexto dos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 35, n. 2, p. 374-386, abr./jun. 2011.

SIMÕES, C.F. Serviço Social e Movimentos Sociais: dos anos 30 ao limiar do século XXI. In: Encontro Internacional de Política Social, 4., 2016; Encontro Nacional de Política Social, 11, 2016. **Tema: Mobilidade do capital e barreiras às migrações: desafios à Política Social**. Vitória, 2016. Realizado de 6 a 9 de junho de 2016.

SIMONI, A.C.R. et al. Percursos da Redução de Danos no Rio Grande do Sul. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 57-65, 2015.

SOBARZO, O. A produção do espaço público: da dominação a apropriação. **GEOUSP - Espaço e Tempo**, São Paulo, n. 19, p. 93-111, 2006.

SOUZA, C. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16.pdf>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2017.

SOUZA, M. L. O território: sobre espaço e poder. Autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA R. L. (Orgs.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.

SOUZA, T.D.P. **A Norma da Abstinência e o Dispositivo “drogas”**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). 2013. 355p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

SPOSITO, M. E. B. **Capitalismo e Urbanização**. 10 ed. São Paulo: Geografia e Contexto, 2005. Série Repensando a Geografia.

TEIXEIRA et al. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, maio 2017.

UFRGS. **Cadastro e mundo da população adulta em situação de rua de Porto Alegre, RS**. Relatório final quantitativo-qualitativo. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Porto Alegre, 2016.

VEDOVATTO, S. M. A. Contrapondo o discurso midiático sobre drogas – nem tão feios, nem tão sujos, nem tão malvados: pessoas de bem também usam drogas! In: SANTOS, L. M. B. (Org.). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

VELHO, G. **Nobres e Anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

_____. **Individualismo e Cultura**. Notas para uma Antropologia da Sociedade Contemporânea. 2.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

VELHO, G.; CASTRO, E.V. **O Conceito de Cultura e o Estudo das Sociedades Complexas: uma perspectiva antropológica**. Rio de Janeiro: Artefato, 1978.

VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. São Paulo: Tomo Editorial, 2000.

VICTORA, C. Sofrimento Social e a Corporificação do Mundo: Contribuições a partir da Antropologia. **RECIIS – R. Eletrônica de com. Inf. Inovação**, Rio de Janeiro, v.5, n4, p.3-

13, 2011, Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/764>. Acesso em: 20 de dezembro de 2017.

WIRTH, L. O urbanismo como modo de vida. In: VELHO, O. (org.). **O Fenômeno Urbano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979.

XAVIER, M.A.M. Modernização, expansão do consumo e pobreza Urbana. In: SILVA, C. da; CAMPO, A. (Orgs). **Métropoles e invisibilidades**: da política às lutas de sentido e apropriação urbana. Rio de Janeiro: Lamparina, FAPERJ, 2015.

ZAMBENEDETTI, G; PERRONE, CM. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Physis. Revista de Saúde Coletiva**, v.18, abr./jun, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838217005> Acesso em: 20 de dezembro de 2017.

APÊNDICE I - Roteiro de Entrevista/ Observação de campo

O roteiro de entrevista/observação de campo possui como função direcionar o diálogo entre o pesquisador e o seu interlocutor de forma aberta e flexível, bem como direcionar algumas dinâmicas a serem observadas em campo.

A entrevista não deve propor questionamentos, mas pontos a serem abordados pelo entrevistado e interpretados pelo pesquisador.

Desta forma, o diálogo com o usuário de droga na rua se dará a partir de alguns pontos conceituais que ajudam a pensar o problema de pesquisa: O campo de tensão e interfaces entre diferentes territórios (A RUA e os Serviços de saúde), sendo que estes territórios dialogam e constituem pontos de dissonâncias e convergências.

TERRITÓRIO DA RUA (relações, estilos de vida, interfaces com a saúde)

Relação com a família: O que considera como família, qual a diferença entre familiares e amigos, qual o papel da família em sua vida, frequência de contato entre parentes, tipo de relação trocada, histórias que lembram família.

Relação com os amigos: o que considera como amigos, quem são os amigos: companheiros de trabalho, de uso da droga, parentes, profissionais? Papel dos amigos na vida, frequência de contato e tipo de relação trocada, histórias que lembram amigos.

Relações com profissionais de saúde na rua: Já foi atendido na rua? Como foi este atendimento? O que significou? Como foi esta relação? Tipo de relação trocada, histórias que lembram atenção em saúde na rua

DROGA: o que a droga significa, como, quando e motivos para início/continuação do uso de drogas, frequência de uso, locais de uso, relações sociais estabelecidas com o uso (amigos, parentes, conhecidos, profissionais de saúde), sentimentos relacionados ao uso, sensações do uso.

RUA: O que a rua significa, quais as atividades feitas na rua, como enxerga a rua (espaço físico e social), quais os locais que mais frequenta na rua, quais as companhias na rua, como chegou a morar na rua, o que pensa sobre a rua como moradia, como é a vida na rua, como se organiza, o que faz, como se vê na rua.

TRABALHO: Se trabalha, desde quando e por quê, empregos que teve, salário atual, significado do trabalho, relações estabelecidas no trabalho.

Expectativas em relação ao futuro. O que pensa sobre o futuro, desejos para o futuro, desafios, angustias e potencialidades relacionadas ao futuro.

Saúde: O que significa saúde, o que significa cuidado em saúde, o que deseja como cuidado em saúde, experiências sobre saúde, histórias sobre saúde, expectativas em relação a saúde, espaços que remetem a saúde.

TERRITÓRIO DO SERVIÇO DE SAÚDE

Relação com serviços de saúde e profissionais:

Realização de tratamentos para o uso de drogas, o que pensa sobre os tratamentos de uso de droga, frequentou serviços de saúde, quais serviços? Frequência e motivos de frequentar serviços de saúde, relação com profissionais do serviço, papel dos profissionais do serviço, atividades realizadas nos serviços, significado de um serviço de saúde.

Relação com o consultório na rua (CnR) (serviço de saúde utilizado para o contato com os usuários na rua). O que pensa sobre o consultório na rua, que atividades realizam no CnR, como e por que conheceu o serviço, a relação com os profissionais deste serviço, o papel dos profissionais deste serviço, frequência e motivos para utilizar o serviço.

TERRITÓRIO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS/POLÍTICOS

Relação com o movimento de população de rua:

Como é a relação com o movimento? Como iniciou? Como se relaciona com os representantes? O que o movimento proporcionou para você? Frequência que realiza atividades no movimento? Como se sente nestas atividades? A saúde é discutida nestas atividades? As drogas são discutidas? O cuidado as drogas são discutidos.

ANEXO I –Carta de apoio do Movimento da População de Rua



Movimento Nacional da População de Rua do Rio Grande do Sul

Núcleo – Porto Alegre

Porto Alegre, 01 de março de 2016.

Carta de Apoio

Pelo presente documento o Movimento Nacional da População de Rua do Rio Grande do Sul – MNPR/RS, expõem seu apoio a realização da pesquisa intitulada: **A RUA: território de narrativas de cuidado ao usuário de drogas**, autorizando o contato da aluna Aline Basso da Silva com o movimento na coleta de dados, discussão e aprofundamento do tema. Entendendo que esta pesquisa poderá contribuir com a compreensão do contexto das drogas na rua e novas estratégias de cuidado articuladas a realidade da população de rua.


Richard Gomes de Campos

Movimento Nacional da População de Rua do RS

Contatos: 51 -- 8431-3177/8155-3162

movimentoaacionaldasruas@gmail.com

rgdecampos@gmail.com

ANEXO II – Parecer consubstanciado do CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A RUA: Território de narrativas de cuidado ao usuário de drogas.

Pesquisador: AGNES OLSCHOWSKY

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57623916.2.0000.5347

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.802.718

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo de abordagem etnográfica com populações em situação de rua sobre o uso de drogas. O estudo se propõe a entender os fenômenos socioculturais do uso da droga na sociedade, os estilos de vida dos usuários e suas relações com o território que poderão contribuir com a reflexão de novas estratégias de cuidado e tratamento aos usuários de drogas, a partir de seus contextos de vida.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como o usuário de drogas vivencia a rua enquanto um território de cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de estudo com população de rua, vulnerável por definição, segundo resolução CNS 466-12. Os pesquisadores destacam que as técnicas de pesquisa que serão usadas no estudo podem dificultar tanto o vínculo com os participantes da pesquisa como a possibilidade de serem descobertos e estigmatizados.

Portanto, citam que este estudo pode acarretar riscos emocionais e estigmatizadores, sendo importante a atenção do pesquisador para proteção do informante.

Em relação aos benefícios, os pesquisadores destacam que o informante da pesquisa poderá ser escutado quanto as suas demandas de saúde, assistência, políticas públicas, questões sociais de uso. Isto, poderá contribuir com a discussão de novas propostas de cuidado que venham a melhorar o cenário do tema da drogas no Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo qualitativo de abordagem etnográfica com populações em situação de rua sobre o uso de drogas à ser realizado em Porto Alegre (RS).

Com este estudo os pesquisadores pretendem aprofundar a interpretação do fenômeno das drogas na perspectiva do informante, e a partir de então, discutir um contexto de políticas públicas e práticas em saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termo de consentimento livre e esclarecido presente.

Recomendações:

Projeto de acordo com as recomendações da resolução CNS 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as recomendações da resolução CNS 466/12 e da resolução complementar 510/16 foram atendidas na nova versão apresentada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_716653.pdf	05/09/2016 15:25:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLÉ.pdf	05/09/2016 15:18:20	Aline Basso da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/09/2016 15:10:45	Aline Basso da Silva	Aceito
Outros	compesq.pdf	06/07/2016 15:12:30	Aline Basso da Silva	Aceito
Outros	parecer.pdf	14/06/2016 20:44:50	Aline Basso da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Conep_folha_rosto.pdf	23/05/2016 15:07:30	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito
Outros	alinecarta.pdf	11/05/2016 14:40:57	AGNES OLSCHOWSKY	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 03 de Novembro de 2016

Assinado por:
**MARIA DA GRAÇA CORSO DA
MOTTA**
(Coordenador)