



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

DIOGO FIORELLO FOPPA

**LANÇAR AS AMARRAS AO CAIS OU VIVER À
DERIVA? A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE
ACOLHIMENTO PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA**

**Florianópolis
2018**

DIOGO FIORELLO FOPPA

LANÇAR AS AMARRAS AO CAIS OU VIVER À
DERIVA? A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE
ACOLHIMENTO PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Saúde Mental e Atenção
Psicossocial, do Centro de Ciências
da Saúde, da Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito
para obtenção do Título de Mestre
em Saúde Mental e Atenção
Psicossocial.

Orientadora: Prof^a Dr^a Tânia Maris
Grigolo

Florianópolis
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Foppa, Diogo Fiorello

Lanças as amarras ao cais ou viver à deriva? : a experiência de uma unidade de acolhimento para usuários de álcool e outras drogas em situação de rua / Diogo Fiorello Foppa ; orientador, Profa. Dra. Tânia Maris Grigolo, 2018.

157 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Psicossocial. 4. Pessoas em Situação de Rua. 5. Uso Abusivo de Drogas. I. Grigolo, Profa. Dra. Tânia Maris. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

**“LANÇAR AS AMARRAS AO CAIS OU VIVER À DERIVA? A
EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE ACOLHIMENTO PARA
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM SITUAÇÃO DE
RUA”.**

Diogo Fiorello Foppa

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE
MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:
Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Profa. Dra. Magda do Canto Zurba

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e
Atenção Psicossocial

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Tânia Maris Grigolo (Presidente)

Prof. Dr. Jeovane Gomes de Faria (Membro)

Profa. Dra. Maria Terezinha Zeferino (Membro)

Dedico este trabalho aos moradores de rua de Joinville, àqueles que vivem à deriva.

Também à pequena Mel, que veio ao mundo durante o processo de pesquisa, e a cada dia me inspira para lutar por um mundo melhor e uma sociedade com menos desigualdade.

RESUMO

As Unidades de Acolhimento (UA) são dispositivos de Saúde Mental que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Desta Rede fazem parte serviços substitutivos às internações psiquiátricas de longo prazo, criados e implantados em decorrência da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da reordenação do modelo de assistência à Saúde Mental no Brasil. A referida Unidade é um serviço residencial de caráter transitório que oferece acolhimento voluntário e cuidados contínuos, por até 6 meses, para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas e em situação de rua. Demanda esta que vêm recebendo cada vez mais atenção de diferentes setores da sociedade, incluindo a comunidade científica e gestores das políticas públicas. O presente estudo teve como objetivo principal compreender os significados da experiência do acolhimento residencial transitório em uma UA, da perspectiva dos usuários, de uma cidade de grande porte da região sul do Brasil. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa utilizando-se da etnografia como estratégia metodológica. O procedimento de coleta de dados envolveu a observação participante e técnicas de entrevistas abertas, análise fotográfica e documental. A análise foi feita através da triangulação dos dados obtidos por diferentes meios de observação e registro, e para a apresentação utilizou-se da História Natural da Pesquisa. Os resultados foram apresentados em 3 capítulos: Primeiro, a caracterização do campo enquanto dispositivo de saúde inserido em uma rede, como está organizado e executa as suas ações. No segundo capítulo foi tratado como os usuários vivem e se organizam nas ruas e os desafios e potencialidades desta vivência. No terceiro e último capítulo, a partir do contraste com a experiência de viver nas ruas, foi trabalhado os significados do acolhimento residencial transitório no contexto da UA. Os significados encontrados foram múltiplos, desde a utilização do serviço como uma ferramenta para a transição das ruas para uma casa até o uso do espaço para cuidar de si por alguns meses e seguir seu caminho à deriva.

Palavras-chave: Unidade de Acolhimento. UA. Residencial Transitório. Abuso de Drogas. Pessoas em Situação de Rua.

ABSTRACT

The Reception Units (AU) are mental health resources that make up the Psychosocial Care Network (RAPS) of the Single Health System (SUS). This Network comprises substitutive services for long-term psychiatric hospitalizations, and was created and implemented as a result of the Brazilian Psychiatric Reform and the reorganization of the mental health care model in Brazil. The aforementioned Unit is a housing service of transitional nature that offers voluntary reception and continuous care, for up to 6 months, for people with problems arising from the use of alcohol and other drugs and in a situation of homelessness. This demand has received increasing attention from different sectors of society, including the scientific community and public policy managers. The main objective of this study is to understand the implications of the transitional shelter experience in a UA, from the perspective of users, in a large city in the southern region of Brazil. For that purpose, a qualitative research was carried out using ethnography as the methodological strategy. The data collection procedure involved participant observation and techniques of open interviews and photographic and documentary analysis. The analysis was done through the triangulation of data obtained by different means of observation and recording and, for the presentation, the Natural History of Research was used. The results were presented in 3 chapters: First, the characterization of the field as a health service inserted in a network, how it is organized and how it carries out its actions. In the second chapter, it was evaluated how the users live and organize themselves on the streets as well as the challenges and potentialities of these experiences. In the third and last chapter, from the contrast of the experiences of living on the streets, the implications of the transitional shelter in the context of the UA were analyzed. The results found were multiple, from the use of the service as a tool for the transition from the streets to a home until the use of the space to take care of themselves for a few months and then follow their own way adrift.

Keywords: Reception Unit. UA. Transitional Shelter. Drug Abuse. Homelessness.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	23
2 REVISÃO DE LITERATURA	29
2.1 DISCURSOS CIENTÍFICOS E SOCIAIS SOBRE OS PROBLEMAS DECORRENTES DO USO DE DROGAS.....	29
2.1.1 O uso de drogas pela humanidade	30
2.1.2 Ser ou não ser: “Viciados”, “Toxicômanos” e “Dependentes”	31
2.1.3 Modelos explicativos e suas implicações	34
2.2 A RUA EM CONTRASTE COM A CASA E AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.....	35
2.3 AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E O ABUSO DE DROGAS	44
2.4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS: A Saúde Mental e as Políticas Sobre Drogas.....	46
2.4.1 A questão das drogas na Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial	46
2.4.2 Políticas de álcool e drogas no Brasil e Redução de Danos	49
3 PERCURSO METODOLÓGICO	51
3.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	51
3.2 DESENHO METODOLÓGICO	51
4 RESULTADOS	57
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO: A UNIDADE DE ACOLHIMENTO DE JOINVILLE COMO DISPOSITIVO DE SAÚDE	57
4.1.1 Normativas legais, gestão e financiamento	58

4.1.2 Organização e planejamento.....	60
4.1.3 Acesso, acolhimento e cuidado.....	61
4.1.4 Ambiência e processos de trabalho	63
4.1.5 Análise conjuntural	65
4.1.6 Dados históricos, atuais e perfil dos acolhidos	66
4.2 A RUA: VIVENDO À DERIVA	69
4.2.1 Os desafios de viver nas ruas de Joinville.....	70
4.2.2 O tempo e o espaço nas ruas	76
4.2.3 As vantagens de viver à deriva	83
4.2.4 A função das drogas na rua	85
4.2.5 Trajetórias biográficas à deriva	89
4.3 A CASA: OS SIGNIFICADOS DO ACOLHIMENTO RESIDENCIAL TRANSITÓRIO.....	96
4.3.1 Os que chegam e os que ficam	96
4.3.2 O tempo e o espaço na casa	101
4.3.3 Cuidando de si.....	109
4.3.4 O cuidado em liberdade	112
4.3.5 A função das drogas enquanto acolhido	115
4.3.6 Vínculos: um capítulo à parte.....	119
4.3.7 Trajetórias biográficas: fixando-se ao cais.....	122
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	125
REFERENCIAS.....	129
APÊNDICES	139
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	141
APÊNDICE B - Termo de Consentimento para Gravação de Áudio.	145
APÊNDICE C – Diário de Campo.....	147
APÊNDICE D – Roteiro da Entrevista Aberta.	149

ANEXOS	151
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC.	153
ANEXO B - Autorização da Secretaria da Saúde para realização da pesquisa.....	157

APRESENTAÇÃO

Roberto DaMatta, no prefácio de seu antológico livro “A Casa e a Rua” de 1985, faz uma analogia entre livros e casas. O autor defende que um livro é como uma casa, é preciso recepcionar o leitor (aquele que chega da rua) com hospitalidade e cordialidade. Muitas vezes traduzida por alguns rituais, que para nós brasileiros nos são muito particulares, a hospitalidade toma forma em frases automaticamente disparadas quando recebemos uma visita: “não repare na sujeira”, ou, “a casa é modesta mas fique à vontade”, são algumas das mais comuns. Estes ritos são importantes para amortecer a passagem entre a rua e a casa e o visitante se sentir acolhido.

Esta dissertação, assim como o livro citado, trata de “rua” e de “casa”, por isso a analogia também me pareceu adequada. A *apresentação* serve para receber o(a) leitor(a) e contar-lhe sobre onde está entrando, pedir as devidas “desculpas por qualquer coisa”, dizer que “vá ficando a vontade” e que é uma satisfação tê-lo(a) como “visita”.

O interesse em pesquisar essa temática, assim como o ingresso em um Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, é resultado muito mais de uma necessidade profissional e pessoal deste autor do que acadêmica. Minha intenção era buscar (ou construir) algumas respostas para compreender melhor, dentre outras coisas, o papel e a função de um dispositivo¹ de Saúde Mental no Brasil, chamado Unidade de Acolhimento (UA). Uma residência (casa) transitória para pessoas com demandas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas que se encontram em acentuada vulnerabilidade social (situação de rua).

Essa necessidade surgiu em decorrência da minha atuação enquanto psicólogo de uma destas unidades em Joinville SC, desde o seu processo de implantação em 2014, até o presente momento. Além dessa intensa experiência, minha trajetória profissional foi marcada ao longo do

¹ O termo “dispositivo”, no sentido Foucaultiano, será utilizado neste trabalho em referência ao ponto de atenção que foi campo de pesquisa, por entender que o conceito abarca a proposta deste. Para Foucault (2000, p. 244) dispositivo é “[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos.”

tempo pelo trabalho com usuários de drogas que vivem, ou viviam, nas ruas.

Trabalhei durante 3 anos, entre 2011 e 2014, em um Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (CAPS AD) e me despertou especial interesse escutar aqueles que vinham em busca de cuidados de saúde, geralmente com intuito de parar ou diminuir o consumo excessivo de drogas, mas afirmavam que era difícil qualquer tentativa de pôr em prática um projeto terapêutico proposto no CAPS pois, ao final do dia, tinham que voltar para as ruas e lá o uso era quase que inevitável.

Nessa mesma época o município iniciou o processo de implantação do Consultório “de” Rua (CdR), ainda quando os mesmos eram vinculados aos serviços especializados de referência. Junto com um pequeno grupo de profissionais do CAPS AD que se interessava pela temática, iniciamos o processo de mapeamento e estruturação de ações com auxílio e supervisão de uma equipe do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), pioneiros na construção de serviços itinerantes no Brasil para essa população.

Durante 1 ano de trabalho no CdR, até ser transformado em Consultório na Rua (CnR), agora ligado à atenção básica com equipe própria², tive contato direto com o universo que antes só conhecia através de relatos. Estar no campo propriamente dito, nas ruas, nas cenas de uso, *biqueiras*, *mocós*, nas praças em que é feito o comércio e o uso de pequenas quantidades de drogas, em resumo, onde as relações e trocas sociais se dão *in loco* e na “vida real”, foi uma riquíssima vivência com a qual muito aprendi sobre a rua, o viver na rua e as pessoas que vivem nas ruas.

Ainda em 2014 estive em uma espécie de “intercâmbio profissional” organizado pelo Ministério da Saúde, denominado Percurso Formativo, em Santo André SP, município que possui uma rede substitutiva que é referência nacional em Saúde Mental. Durante este período pude conhecer empiricamente a realidade de uma região metropolitana (todo ABC paulista e Santos SP) diferente da qual estava habitado. Lá, foram inúmeras as saídas a campo, longas observações, formação e debates com as equipes do CnR, CAPS AD e UA e com os próprios usuários atendidos pelos serviços.

² Em sua dissertação de mestrado, Pacheco (2015) analisa o processo de implantação deste serviço e conta a história de transição do CdR para CnR no município de Joinville SC.

Nestes 7 anos de trabalho na Saúde Mental tive também experiências mais pontuais em outros serviços, geralmente convidado devido minha “experiência” e “familiaridade” com o tema, a trabalhar aspectos ligados ao abuso de drogas com moradores de rua ou não. Executei algumas atividades em um CAPS ij, em um CAPS III e em uma Residência Terapêutica (RT). Em todos estes locais, trabalhar com usuários de drogas em situação de rua sempre foi instigante, porém na UA foi e é particularmente desafiador.

Por se tratar de um dispositivo, e também um modo de pensar/fazer saúde, relativamente recente, o qual pretende ao mesmo tempo ser uma “casa” e um “serviço de saúde”, com suas regras, normas e contratos, inúmeras inquietações me acompanham nesta jornada. Estas, englobam desde questões referentes aos processos de trabalho e práticas do cotidiano, reflexões sobre potencialidades e resolutividade, até as consequências e desdobramentos que um acolhimento neste modelo tem para os usuários.

Estas inquietações se tornaram ainda mais sobressalientes ao ponto que fui me deparando com a baixa quantidade de diretrizes e orientações, por parte do Ministério da Saúde, sobre este dispositivo. A Portaria que institui a UA é bastante sintética e vaga em seu texto, basicamente descreve que se trata de um ponto de atenção de caráter residencial transitório e define algumas normas gerais para o funcionamento. Também não há publicações como “Cartilhas” e “Normas de Orientações Técnicas”, comumente lançadas pelo Ministério da Saúde nas mais diversas áreas e sobre diferentes temáticas.

A produção científica nacional sobre UA em específico também se mostra praticamente inexistente. Em pesquisa eletrônica realizada em 10 de junho de 2017 e replicada em 15 de maio de 2018, em algumas das principais bases de dados de relevância para a área (MEDLINE, LILACS e SciELO) e no Portal de Periódicos da CAPES, utilizando como palavras chave “Unidade de Acolhimento” e “Residencial Transitório” sem filtros, nenhum estudo foi encontrado sobre o referido ponto de atenção.

Recentemente, tomei conhecimento de 2 dissertações de mestrado realizadas sobre UA nos últimos anos. A primeira defendida em 2015 por Adriano de Oliveira junto ao Programa de pós-graduação em Psicologia Social da PUC de SP intitulada “Os recusados: Uma experiência de moradia transitória infanto-juvenil no campo da Saúde Mental”, na qual o autor discute criticamente a atualidade das práticas de cuidado e proteção direcionadas as crianças em situação de vulnerabilidade social. A outra, intitulada “A unidade de acolhimento adulto de Belo Horizonte na perspectiva de usuários e trabalhadores envolvidos com o serviço: um

estudo de caso do tipo etnográfico”, foi desenvolvido na capital mineira, porém defendido junto ao Mestrado em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e outras Drogas do Hospital das Clínicas de Porto Alegre RS, no final de 2017 pela psicóloga Paola Tavares Moreira, com a qual tive a oportunidade de me encontrar em eventos científicos e discutir sobre nossos trabalhos, os quais, aparentemente, tratam-se de pesquisas inéditas sobre Unidades de Acolhimento na modalidade Adulto.

Enfim, frente a significativas experiências profissionais, inúmeros questionamentos e pouca literatura, eu precisava desenvolver uma pesquisa a partir de uma metodologia científica adequada para elucidar algumas respostas. Para tanto, foi preciso delimitar uma pergunta e traçar um objetivo claro e viável. Muitos dos pressupostos e das tentativas de explicar algumas observações já feitas, devido ao trabalho desenvolvido ao longo de quase 4 anos na unidade e a estreita aproximação com o campo, tiveram que ser deixados de lado por não se constituírem propriamente em problemas de pesquisa.

O tema é complexo e amplo, pode ser abordado sob diferentes prismas, assim como pode ter diversos recortes para uma pesquisa. Após longas reflexões, discussões com colegas de mestrado, do serviço público e reuniões com a orientadora, decidimos abordar o fenômeno da perspectiva dos usuários, “dar voz aos sujeitos”, e utilizarmos a observação participante para que minha vivência enriquecesse o processo de pesquisa. Desta forma, foi necessária especial atenção na adoção de uma metodologia de pesquisa que levasse em conta as especificidades dessas experiências, na construção de um percurso metodológico atento às características do estudo e também aos aspectos éticos envolvidos. Daí emergiu a etnografia como método privilegiado devido ao ângulo pelo qual eu desejava estudar o fenômeno e a posição em que me encontrava enquanto pesquisador.

Ao fazer um levantamento da bibliografia a ser estudada para maior aproximação com o tema, em especial dos estudos realizados no Brasil nas últimas décadas sobre usuários de drogas e/ou pessoas em situação de rua, deparei-me com uma rica produção, principalmente de dissertações de mestrado e teses de doutorado. As pesquisas etnográficas semelhantes ao que me propus desenvolver, são realizadas na maioria das vezes por pesquisadores das ciências sociais, geralmente antropólogos. Cito algumas que me inspiraram e serviram de referência para este trabalho: Frangella (2004), Domanico (2006), Malheiros (2012), Brognoli (1996), Magni (1994), Rui (2012), Alves (2015), Nappo (1996),

Oliveira (2007) e Silva (2000), estas 3 últimas ligadas às ciências da saúde e/ou saúde pública/coletiva.

Neste ponto encontrei o que talvez foi a maior dificuldade de todo processo de pesquisa. Comecei a observar uma grande diferença principalmente do ponto de vista metodológico destas pesquisas com as realizadas tradicionalmente nas áreas da saúde. Nestas primeiras, não há uma excessiva preocupação com detalhamento quanto aos procedimentos metodológicos, em geral as pesquisas são guiadas muito mais a partir da inserção no campo do que pela estruturação prévia do percurso, as hipóteses e objetivos são frequentemente reformulados durante o processo e os “dados” obtidos em campo são descritos detalhadamente e analisados a luz das próprias descrições.

Minha principal dificuldade residiu justamente em transitar entre esse olhar mais amplo que a etnografia oferece e a pesquisa em saúde, mantendo o rigor metodológico que ambas as áreas exigem.

É, portanto, importante apontar e problematizar que este estudo se caracterizou por colocar a cargo da mesma pessoa o ofício de pesquisador e o de profissional que atua na unidade. O papel já consolidado de profissional carrega consigo, inevitavelmente, ideias, pressupostos e conhecimentos *a priori* do fenômeno estudado, assim como alguns relações e vínculos já estabelecidos com os participantes da pesquisa. O presente estudo teve o desafio de possibilitar um aprofundamento acadêmico/científico para tais experiências.

Outro fato que julgo relevante sinalizar nesta apresentação, é que, mesmo após a publicação da Portaria que instituiu as UA em 2012, pouquíssimos foram os municípios brasileiros que a implantaram. Segundo dados do Ministério da Saúde, ao todo são 29 (vinte e nove) UA na modalidade adulto habilitadas no Brasil, e mais 09 (nove) não habilitadas, mas que seguem em funcionamento. Deste total de 38 (trinta e oito), 09 (nove) estão na região sul do país e apenas 02 (duas) em SC. Uma delas na região oeste, a qual está habilitada, e a outra, que será campo desta pesquisa, segue sem habilitação³.

Por fim, acrescento que o trabalho e a pesquisa em um dispositivo de Saúde Mental recente, e de certa forma contra hegemônico, que trabalha com as populações mais vulneráveis e “invisíveis” das sociedades contemporâneas, é cada vez mais desafiador. Exige criatividade, auto reflexividade, senso crítico e busca constante por

³ Dados retirados do site da Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE, do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>> Acessado em: 15 de maio de 2018.

qualificação e aperfeiçoamento profissional e pessoal. Mas é também gratificante e enriquecedor.

1 INTRODUÇÃO

A relação *uso de drogas*⁴ e *população em situação de rua*⁵ é um fenômeno que já vem sendo estudado nas chamadas sociedades complexas contemporâneas desde o século passado. Nos últimos anos no Brasil, tal temática ganhou notoriedade ao ser amplamente explorada pelas grandes mídias como uma das principais preocupações relacionadas ao fato do país sediar dois grandes eventos mundiais do esporte, a Copa do Mundo de futebol em 2014 e as Olimpíadas em 2016.

Esta visibilidade dada a certas camadas pobres da população que ocupam os centros das grandes cidades para consumir drogas, acontece de tempos em tempos e está relacionada principalmente à cobertura midiática que é dada a um ou outro ponto de uma antiga e complexa situação social que acompanha longinquamente a história do Brasil.

Na década de 1980 o “grande problema” eram os meninos de rua que cheiravam cola de sapateiro para amortizar o frio e a fome. Já nos anos 1990 o grande vilão foi o “crack”, um tipo de cocaína de qualidade inferior, em formato de pedras que são fumadas, que chegou na periferia de São Paulo e logo se espalhou entre a população de rua. Mais recentemente, no final da primeira e início da segunda década dos anos 2000, as “cracolândias”, termo pejorativo disseminado pela mídia para se referir aos locais de uso do crack por essa população, ganharam os holofotes junto com o alardeamento de uma suposta “epidemia” do uso de crack.

⁴ O termo “droga/drogas” será utilizado indiscriminadamente referindo-se aos diferentes tipos de substâncias psicoativas, tanto lícitas quanto ilícitas, que causam alterações no Sistema Nervoso Central e na consciência e algum grau de dependência. Não foi objetivo deste estudo problematizar as diferenças entre o uso de substâncias lícitas e ilícitas ainda que compreendo que estas existam e influenciem tanto nos modos de uso quanto nas consequências físicas e sociais do uso de cada tipo.

⁵ Mais adiante é feita uma pequena discussão sobre alguns dos diferentes conceitos para designar a heterogeneidade das pessoas que ocupam as ruas como espaço de sobrevivência e moradia, e os argumentos para a utilização de cada um. Optei por manter “Pessoas em Situação de Rua” tanto por melhor abarcar uma característica geral dos participantes desta pesquisa, quanto por ser o termo utilizado pelas Políticas Públicas oficiais, porém, outros termos como “morador de rua”, “errante”, “andarilho”, dentre outros, também aparecerão com frequência por serem utilizados em outros estudos, na literatura citada e no discurso dos participantes.

Um maior ou menor enfoque ao que passa a ser considerado um “problema social” varia de acordo com os interesses políticos e empresariais e as relações de poder que se estabelecem em diferentes setores da sociedade (ALVES, 2015), e, conseqüentemente, orientam as Políticas Públicas voltadas a estas questões. Como foi o caso das medidas de cunho higienista adotadas por estados e municípios em decorrência dos eventos esportivos que ocorreram nos últimos anos, as quais atendiam principalmente ao clamor de setores que visavam lucrar com o turismo internacional.

O que é invariavelmente observado nestas grandes repercussões sobre o uso de drogas pela população em situação de rua, é a falta de profundidade com que o fenômeno é abordado e a negligência da discussão sobre os fatores condicionantes e determinantes. Em geral se aponta para o usuário como único e exclusivo responsável pela condição na qual se encontra, e/ou a droga em si como o grande mal a ser combatido por ter levado este usuário à situação de rua (paradigma proibicionista médico/jurídico-moral).

Aspectos históricos, sociais, econômicos e políticos, como o desemprego, a pobreza, a violência doméstica, preconceitos étnicos e questões de gênero, que contribuem para a manutenção das desigualdades sociais, são ignorados. Entretanto, a literatura tanto das ciências sociais em suas diferentes vertentes quanto da saúde coletiva atual, em sua maioria, evidencia que estes fatores se apresentam como questões constitutivas da problemática.

Diferente dos discursos individualizantes e culpabilizantes, os principais estudos recentes, direcionados a compreender o uso de drogas no contexto da situação de rua, tem apontado para a necessidade de superar estes reducionismos que colocam a droga como centro do problema. Afirmar que o uso de uma ou outra substância seria o único fator responsável por levar as pessoas a abandonarem tudo e se lançarem de forma degradante à sobrevivência nas ruas, não tem encontrado ressonância nas pesquisas empíricas.

Um estudo recente, de amplitude nacional, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) com financiamento da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD/MJ) com a intenção de elucidar respostas para o Estado conhecer mais profundamente quantos e quem são os usuários regulares de crack no país, trouxe alguns dados reveladores. O que mais chamou a atenção foram os inúmeros marcadores de exclusão social presentes entre os usuários. A hipótese formulada com os resultados foi que a exclusão social agrava as

consequências do uso do crack, mas, além disso, exclusão e uso formam um ciclo vicioso que se retroalimenta (GARCIA, 2016a).

Na parte qualitativa da pesquisa, coordenada pelo sociólogo Jesse Souza, o estudo com “os mais pobres entre os pobres”, fundamentalmente os “desclassificados sociais” que moram nas ruas, revelou uma curiosa relação de continuidade entre “a casa e a rua”. Muitos relatam ter nascido na rua, ou, advindos de famílias extremamente pobres com histórias de privações e violência, tinham a rua como espaço de permanência cotidiana mesmo quando ainda residiam em uma casa. O estudo também forneceu inúmeros elementos para compreensão de que não há simplesmente uma relação de sujeição entre a pessoa e a substância, mas trajetórias sinuosas de uso (MAYORA, 2016).

Assim como no estudo supracitado, na pesquisa de avaliação do programa “De Braços Abertos” da prefeitura da cidade de São Paulo (RUI, FIORE e TÓFOLI, 2016), programa que iniciou em 2014 e teve ampla repercussão midiática por ter sido executado na maior “cracolândia” da América Latina, apareceram os mais variados apontamentos dos moradores de rua sobre os fatores que os levaram e os mantem nesta situação. Conflitos familiares, separação dos pais, a morte de pessoas queridas, gravidez inesperada, fracassos profissionais e desemprego, são alguns exemplos que marcam a trajetória destas pessoas. Nem sempre o uso de drogas é mencionado, embora este motivo apareça com frequência. Há uma infinidade de desafios enfrentados relatados por aqueles que moram nas ruas, sendo o consumo problemático de crack e outras drogas apenas mais um deles.

Estar em situação de rua contribui para o aumento da vulnerabilidade social, dificulta o autogerenciamento, o autocuidado com o corpo e a organização material e simbólica da vida. Estes estudos científicos de ampla envergadura mostram que “moradia”, “residência”, “ter um teto”, aparecem com frequência entre as principais reivindicações desta população frente às Políticas Públicas como uma condição básica para produzir qualquer mudança em suas vidas. Entretanto, chamam a atenção também para os múltiplos sentidos que estar em situação de rua tem para diferentes sujeitos e como esta situação se inter-relaciona com o uso de drogas de formas diferentes.

Outras questões frequentemente postas sobre a temática tratam do “desejo” da pessoa em situação de rua. A saída das ruas para um modo de vida “pequeno burguês”, que se pretende hegemônico (com casa, família, emprego e responsabilidades), é o desejo da maioria dos que estão nas ruas? A ida para as ruas é uma opção claramente consciente, uma necessidade ou a única alternativa no momento de vulnerabilidade? Como

abordar tal complexidade do ponto de vista das Políticas Públicas sem impor uma lógica normativista?

As demandas dos problemas decorrentes do uso de drogas na área da saúde são abordadas pelo campo de conhecimento da Saúde Mental, e, especificamente no Brasil, são tratadas no âmbito da Atenção Psicossocial. Com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, regulamentada pela Lei 10.216 (BRASIL, 2001), serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, principalmente os CAPS, multiplicaram-se como proposta de cuidado em liberdade para pessoas com transtorno mental e com problemas decorrentes do uso de drogas.

Porém, nos 10 (dez) anos seguintes a publicação da referida lei, após inúmeras experiências, discussões e produção científica, os atores envolvidos com estas Políticas identificaram a necessidade de potencializar e ampliar as tecnologias em Atenção Psicossocial, propondo novas práticas e estratégias para a superação dos problemas que a Reforma não conseguiu vencer plenamente. Para tanto, em 2011 foi instituída uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas. Esta Rede incluiu serviços que já existiam e lançou bases para criação de outros (BRASIL, 2011).

Mediante essa nova configuração, em 2012 surge um novo serviço chamado Unidade de Acolhimento como um ponto de atenção do componente de Atenção Residencial de Caráter Transitório da RAPS. Para o Ministério da Saúde a UA é uma unidade de atenção residencial para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas por tempo determinado de até 6 meses. Deve funcionar como residência em período integral, 24 (vinte e quatro) horas e 7 (sete) dias da semana. Oferece acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar, geralmente em situação de rua, que demandem de acompanhamento terapêutico e protetivo (BRASIL, 2012a).

O surgimento deste ponto de atenção foi resultado da soma entre a necessidade de respostas às demandas relacionadas ao consumo de drogas, e uma lacuna de serviços de saúde voltados para pessoas em situação de rua com problemas decorrentes do uso que necessitavam de atenção.

A proposta do presente estudo é abordar parte deste fenômeno no contexto das Políticas Públicas de Saúde Mental e Atenção Psicossocial, mais especificamente a partir da UA como um dispositivo que se propõe a oferecer uma alternativa de enfrentamento a esta questão tão emergente nas últimas décadas: o uso de drogas pela população em situação de rua.

Tendo como cenário a UA de Joinville, uma cidade de grande porte do estado de SC, buscou-se investigar, a partir da perspectiva dos próprios sujeitos, como eles percebem a oferta de acolhimento em uma residência transitória, com os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Compreender os significados da experiência do acolhimento residencial transitório, em uma UA, da perspectiva dos usuários.

Objetivos específicos:

- Mapear os itinerários de vida dos usuários na situação de rua até a chegada na UA;

- Identificar se o acolhimento nesta UA produziu mudanças em seus projetos de vida.

Para dar conta de tais objetivos, foi construído um percurso metodológico tendo como base a pesquisa etnográfica com observação participante. Antes de sua explanação apresentarei uma revisão da literatura abordando alguns temas centrais que envolvem a problemática e que servirá de base para as discussões, como: os discursos científicos e sociais sobre os problemas com uso de drogas, a relação entre a casa e a rua e algumas elaborações sobre o morar nas ruas, o uso de drogas pelas pessoas em situação de rua, e as Políticas Públicas brasileiras de Saúde Mental e Políticas sobre Drogas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O estudo dos fenômenos que abrangem e relacionam a drogadição, a marginalização e a situação de rua, envolve uma ampla discussão em torno dos sujeitos *versus* sociedade, trazendo à tona questionamentos sobre os determinantes do comportamento humano e a construção social da subjetividade. Tamanha tarefa envolve necessariamente transitar entre disciplinas como a Sociologia, Psicologia, História e Antropologia e campos de conhecimento da saúde, principalmente a Psiquiatria e a Saúde Mental. Não é tarefa fácil caminhar nestas fronteiras, nas linhas divisórias de territórios ao mesmo tempo vastos e profundos.

Muito se tem produzido sobre estas duas temáticas isoladamente, como é o caso dos estudos sociológicos sobre a origem dos processos de exclusão social, marginalidade e desvio na sociedade ocidental e especificamente da brasileira, e dos problemas decorrentes do uso de drogas pela área da saúde. Mais recentemente é que a aproximação entre estes temas vem ganhando corpo. Malheiros (2010) aponta que a lacuna na produção de conhecimentos na área, especialmente sobre as práticas de cuidado destes sujeitos no contexto de rua, se dá possivelmente pela incipiência das experiências produzidas neste campo.

Esta elaboração teórica que segue não tem a pretensão de esgotar ou mesmo abordar toda discussão sobre ambos os temas, dado a magnitude e as inúmeras particularidades dos conflitos teóricos envolvidos. O intuito é apresentar alguns conceitos, como são abordados sob as principais perspectivas e como dialogam com as Políticas Públicas. Ao mesmo tempo, construir uma linha de raciocínio coerente com a proposta da pesquisa, com foco nos modos de cuidado na perspectiva da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2.1 DISCURSOS CIENTÍFICOS E SOCIAIS SOBRE OS PROBLEMAS DECORRENTES DO USO DE DROGAS

Os efeitos das drogas podem ser quimicamente parecidos, mas são culturalmente diferentes, o que equivale dizer, socialmente diferenciados porque as ações que deles resultam não têm o mesmo significado e, assim sendo, são também quimicamente outros (ESPINHEIRA, 2004, p.23).

2.1.1 O uso de drogas pela humanidade

Autores evolucionistas defendem que o uso de substâncias psicoativas é anterior ao surgimento do próprio *homo sapiens*. Como a teoria criada por Robert Dudley, chamada de “Hipótese do Macaco Bêbado”, a qual indica que a linhagem de primatas dos quais os humanos descendem já ingeria álcool. O fenômeno teria ocorrido há 40 milhões de anos atrás, na época em que o ancestral comum de humanos, gorilas e chimpanzés descia das árvores e encontrava frutos que, passado seu ponto de maturidade e expostos ao sol, fermentavam e produziam uma pequena quantidade de etanol (DUDLEY, 2014).

Enquanto seres humanos, a partir do momento em que se tornam conscientes de si mesmos, lançam mão de diferentes artifícios para alterar a consciência. Estes, vão desde práticas como rezas, mantras, meditação, rituais e cerimoniais místicos e religiosos, até a utilização das mais variadas substâncias que provocam alterações no sistema nervoso central, sob diferentes meios de autoadministração: tomadas, comidas, fumadas, inaladas, por contato dermal e tantas outras.

Já é sabido que a relação entre os seres humanos e as drogas está presente em toda a história da humanidade. O consumo sempre existiu ao longo do tempo e em todas as culturas. Aparece em diferentes contextos e com finalidades diversas, desde atividades lúdicas, rituais místicos e religiosos e na aplicação medicinal, visando principalmente a procura e aumento do prazer ou o alívio do sofrimento (TOSCANO JR, 2001; MINAYO, 2003; ESCOHOTADO, 2004, BUCHER, 1992).

Nery Filho (2012), desafiado a responder “Por que os humanos usam drogas?” Narra que, quando hordas vagavam sem passado e sem futuro, aprisionados em um eterno presente, por não serem dotados da capacidade de simbolizar, do pensamento abstrato e da linguagem, houve algum momento em que tomaram conhecimento da própria morte. O autor coloca que, diante da angústia do reconhecimento da própria finitude, o uso de drogas se torna uma possibilidade atraente para lidar com o sofrimento da existência, e conclui: “os humanos usam drogas porque se tornaram humanos” (p.18).

Em uma reflexão semelhante, Bucher (1986) discorre que:

“(…) o esquecimento que a droga propicia, permite fugir de si mesmo, do seu passado, dos conflitos que marcam identidade e relacionamento, e alimenta a vã esperança de banir em definitivo o espectro da divisão sofrida” (p.134).

Porém, ao longo da história do homem, as drogas também exercem um papel de “conhecimento sobre a vida”. Em diversas culturas elas aparecem como componentes centrais de sobrevivência, na luta, na caça, na cura e em processos de busca por autoconhecimento, ou, simplesmente como uso recreativo.

Nessa prática humana milenar e universal da qual os seres humanos lançam mão, buscando a modificação do estado de consciência e o alívio para os males do corpo e da “alma” frente as incertezas da vida, o fenômeno atual do consumo de drogas se inscreve em outras dimensões socioculturais da existência humana. A transição dos modelos culturais e as modificações socioeconômicas da sociedade pós-industrial, trouxeram transformações estruturais nos modos de vida das pessoas e das sociedades. Alterações macrosociais refletiram nos desejos e projetos individuais e trouxeram consigo também o aumento significativo do uso e do abuso de drogas.

Bucher (1986), ao analisar a evolução recente do consumo de drogas nas sociedades ocidentais, problematiza a passagem do movimento da ascensão das drogas no século XX de cunho libertador, principalmente caracterizado pelo movimento *hippie* e *flower power*, para um novo papel que elas vêm ocupar, principalmente entre os jovens das classes trabalhadoras destes países. Aponta que há cada vez menos espaço para a droga dos rituais compartilhados pela comunidade, ocupando um lugar no vazio cultural interno de sujeitos isolados. “São os marginalizados daquelas sociedades cujas expressões culturais, em crise, perdem a sua coesão integradora” (p.133).

2.1.2 Ser ou não ser: “Viciados”, “Toxicômanos” e “Dependentes”

O uso de drogas na contemporaneidade é amplo. Ao abordá-lo é preciso não só pensar nos efeitos farmacocômicos que as substâncias causam nos organismos, mas na complexa relação entre os sujeitos e a utilização destas substâncias. Tal ato é mediado pela história pessoal, pelo contexto sociocultural e econômico, e por aspectos antropológicos da relação da própria humanidade com as substâncias. Não menos importante são os sentidos que os próprios sujeitos atribuem ao seu uso. Ao negligenciar quaisquer uma dessas questões, e por ventura outras ainda, corre-se o risco de fazer uma leitura superficial do fenômeno.

Foi falado até aqui da utilização das drogas de uma maneira geral, seja recreativa, medicinal, para fins místicos ou como forma de aliviar a

dor do existir. Agora, entraremos em uma seara que possui espinhosos caminhos e não tão fáceis de serem percorridos: a dependência.

Existe contemporaneamente uma divisão, utilizada principalmente por quem trabalha com o modelo hegemônico do uso de drogas, sobre as principais formas que os seres humanos se relacionarem com elas. Esta divisão é conhecida como Padrões de Uso, e envolve três componentes: o *uso*, que seria a utilização esporádica, social e geralmente com fins recreativos e de baixo impacto; o *abuso*, ou uso nocivo, que envolve um padrão de consumo mais frequente e intenso, caracterizado pelos prejuízos na saúde, na vida social, no trabalho e outras áreas da vida.; e a *dependência química*, uma relação disfuncional entre indivíduo e substância, que seria mais ou menos o momento ou estado em que o sujeito perderia a capacidade de decidir se vai usar e a quantidade que vai usar. Este último é caracterizado pela forte impulsividade e sintomas físicos como abstinência e tolerância, envolve uma série de sinais e sintomas para caracterizar um diagnóstico (SILVEIRA, 2018).

Observemos que essa descrição do que seria uma “dependência” implica na adoção de um modelo biomédico de doença e “psicopatologizante” do consumo de drogas. O próprio termo *Dependência Química* dá ênfase na substância e não nos sujeitos que se relacionam com ela. Ou, como critica Basaglia (1979), a psiquiatria tem como prática histórica colocar os sujeitos entre parênteses para se ocupar das doenças. Também sob uma perspectiva crítica deste modelo, Nery Filho (2012) defende que não são as drogas que usam os humanos, mas os humanos que usam as drogas.

Entretanto, não se pode negar que alguns desenvolvem um modo de se relacionar com as drogas de maneira bastante prejudicial, e que traz inúmeros sofrimentos para si e para as pessoas que lhe cercam. Esse modo prejudicial pode chegar a comprometer significativamente o modo de ser e de viver destas pessoas, fazendo com que apresentem uma grande dificuldade na tentativa de interromper ou diminuir o uso e que percam grande parte de seu tempo em função desta ou daquela substância. Souza (2016) nomeia-o de consumo autodestrutivo.

Se faz útil aqui utilizarmos-nos de uma descrição de Bucher (1986) para melhor compreendê-lo:

“As drogas usadas se enfraquecem, as doses aumentam, a escalada progride, as “drogas duras” suplantam as drogas suaves de amor e beleza, trazendo em sua bagagem a decadência física e moral (...). Após a “lua de mel” das primeiras

descobertas, elas levam a aumentar o vazio, o desespero. O consumidor tem que adotar um ritmo mais acelerado, entrando em múltiplas misturas (...), a delinquência, o pequeno tráfico e a prostituição se alastram para garantir o abastecimento em substâncias que cada vez menos realizam o sonho que prometeram; o esquecimento se faz raro, a consciência da decrepitude moral e física se torna intolerável. É o quadro já clássico então do "grande toxicômano" - caso perdido, entulho da sociedade de competição e de consumo..." (p.134).

Este fenômeno é descrito na literatura, e também no senso comum, de diferentes maneiras: drogadição, vício, adicção, farmacodependência, dependência química, toxicomania, toxicodependência, uso indevido, uso prejudicial, dentre outros. Cada forma adotada para descrevê-lo carrega também a visão de mundo e de sujeito implicados com o uso da terminologia.

Principalmente na área médica brasileira, o conceito *Dependência Química* é adotado categoricamente, devido a concepção epistemológica utilizada para a problemática. Na palavra "química" está o foco na substância que é ingerida e a interação bioquímica desta com o organismo. O interesse é na droga e não no sujeito, no máximo no corpo fisiológico de indivíduos biológicos. A "biologização" de processos e fenômenos psicológicos, sociais e culturais é uma prática já bastante debatida e problematizada na literatura (PATTO; 2015; COLARES e MOYSES, 1996).

A utilização deste conceito é difundida por órgãos como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP)⁶ e seus representantes, e pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT)⁷. É possível afirmar que o modelo hegemônico de compreensão do fenômeno (o qual descreverei detalhadamente mais adiante) utiliza-se do termo *Dependência Química*. Já o mundialmente conhecido grupo de autoajuda Narcóticos Anônimos (NA)⁸ utiliza-se do conceito *Adicção*, que também pressupõe um modelo de doença, porém com forte viés moral.

Alguns outros autores, principalmente àqueles ligados a escola psicanalítica, utilizam-se largamente do termo *Toxicomania*, devido

⁶ Disponível em: <<http://www.abp.org.br/portal/>>.

⁷ Disponível em: <<http://www.febract.org.br/>>.

⁸ Disponível em: <<http://www.na.org.br/>>.

também ao caráter epistemológico adotado (TAVARES, 2012; ALMEIDA, 2010). Outros ainda, optam por termos mais gerais como *Dependência de Drogas* (SCHNEIDER, 2010; SEIBEL e TOSCANO JR., 2001) ou *Dependência de Álcool e outras Drogas* (BRASIL, 2003). Ainda que a terminologia “dependência” apresente limitações e reducionismos do ponto de vista de uma perspectiva crítica, parece ser o que melhor descreve, neste momento, o fenômeno apresentado.

2.1.3 Modelos explicativos e suas implicações

Autores e pesquisadores da área tem trabalhado com “modelos explicativos” ou “modelos teóricos” para a dependência de drogas (BUCHER, 1992; ANTON, 2000; PILLON e VILAR LUIS, 2004; SCHNEIDER, 2010). Os modelos seriam compostos pelas principais concepções que norteiam o modo de pensar o fenômeno, acerca de suas origens e seus desdobramentos, incluindo a proposta de abordagem para tratamento conforme cada concepção.

Classicamente, a classificação de Nowlis (1977 apud TRAD, TRAD e ROMANI, 2015) é considerada uma das mais difundidas e utilizadas. Ele divide os modelos teóricos em quatro vertentes: Modelo Jurídico-Moral, Modelo Médico ou de Saúde Pública, Modelo Psicossocial e Modelo Sociocultural. Todos fazem referência a uma mesma tríade: a substância, o sujeito e o contexto. O que difere em cada um deles é a ênfase e os significados atribuídos a cada um destes elementos.

Existem algumas variações dentro desta perspectiva. Por exemplo, Pillon e Vilar Luis (2004), ao fazerem uma revisão da literatura, identificaram cinco modelos explicativos: Modelo Ético Legal, Modelo Moral, Modelo Médico ou de Doença, Modelo Psicológico ou Psicossocial e Modelo Sociológico ou Sociocultural. Os autores admitem que a divisão proposta acaba por se mostrar superficial e que frequentemente os modelos se sobrepõem.

Em um estudo de perspectiva crítica realizado em uma capital do sul do Brasil, no qual foi adotado o modelo clássico como modelo de análise, os resultados apontam que a maior parte dos serviços realizam uma mescla de diferentes modelos, mesmo aparentemente contraditórios entre si (SCHNEIDER, 2010). Na pesquisa, uma visão hegemônica aparece como sendo “biopsicossocial”, termo bastante genérico presente na maior parte da literatura sobre o assunto, a exemplo de Pratta e Santos (2009).

Para Schneider (2010), subjacente a esta concepção, emerge uma visão subjetivista, psicopatologizante, por momentos organicista e por outros ambientalista, que se apresenta como uma síntese de diferentes influências epistemológicas. Essas concepções resultam em desdobramentos nos métodos de cuidado, intervenções e tratamentos.

Nos resultados da pesquisa destaca-se ainda a curiosa, porém frequente, junção dos Modelos Médico com o Jurídico-Moral, corroborando o que já foi postulado por Escotado (1992 apud TRAD, TRAD e ROMANI, 2015). O primeiro modelo se pretende científico, baseado em preceitos de que a dependência é resultado de fatores biológicos e genéticos, já o segundo, resulta da visão moralista de que a dependência se dá por um desvio de caráter. Tal fusão é descrita pelo autor como “paradigma proibicionista”.

É relevante frisar que este modelo difundido por grande parte de autores e de serviços que atuam na área, sob a roupagem de “biopsicossocial”, é, em última análise, o mesmo modelo de doença vista como crônica e progressiva, e que, portanto, a única possibilidade de tratamento seria a abstinência total. Uma nova possibilidade de compreensão é a da Redução de Danos, que vem sendo bastante trabalhada tanto no âmbito científico como das Políticas Públicas, a qual será discutida mais adiante.

2.2 A RUA EM CONTRASTE COM A CASA E AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Para lançar alguma luz na difícil questão que é o fenômeno da errância, precisamos olhar opostamente para a casa. Casa e rua (não no sentido restritamente arquitetônico e urbanístico do termo, mas como espaços físicos, sociais, simbólicos e produtores de subjetividades) desde os primórdios da sociologia brasileira, notadamente com a publicação de Casa Grande e Senzala por Gilberto Freyre em 1933, constituem-se em categorias sociológicas que fazem parte da tentativa de explicar a formação sociocultural do Brasil.

DaMatta (2003), ao defender esta tese, argumenta que apesar de casa e rua constituírem uma oposição básica para a gramática do país, não se trata de um contraste rígido e simples. Para o autor, um conceito como casa somente se define e deixa apreender ideologicamente com precisão quando em oposição a outros espaços e domínios. Assim como Freyre trabalhou os contrastes entre casa grande e senzala, entendo que não há

como apanhar os sentidos do viver nas ruas sem ser por contrastes, complementariedades e oposições com a casa.

A casa se constituiu como espaço de proteção contra os perigos externos do mundo, mas mais do que isso, é o ambiente privado para guardar a intimidade, lugar onde se organizam os afetos com as pessoas mais próximas, lugar da família e principalmente de segurança. Na contramão, a rua é local público, de passagem, palco do desconhecido e do eminente perigo.

DaMatta (2003) trabalha estes simbolismos através das metáforas que envolvem o povo brasileiro. Expressões como “estar em casa” e “sentir-se em casa” denotam familiaridade, hospitalidade, harmonia e senso de pertencimento a um grupo. Por outro lado, a rua parece ser o local eleito da exclusão, da solidão e da falta de pertencimento e vínculo. As expressões “ser posto para fora de casa”, “vá para o olho da rua” e “estou na rua da amargura” ilustram um pouco estes significados atribuídos a rua.

Estas oposições simbólicas, que se mostram bastante úteis para compreender ambos os conceitos, não são simples e menos ainda rígidas, como alerta o autor. A casa pode ser local de sofrimento, de perpetuação de violências, em que a única saída que se apresenta é a ida para as ruas. Por outro lado, a rua muitas vezes aparece como espaço de trocas sociais, de relações afetivas e de solidariedade. Nas palavras de Espinheira (1993), a miséria expande-se e a rua é amparo coletivo, é o lugar dos desamparados.

A interlocução entre casa e rua para aqueles que utilizam esta última como espaço de moradia é mais complexa do que pode parecer, há uma íntima relação de continuidade entre as duas, as ruas assim como as casas também são locais de organização íntima da vida (MAYORA, 2016). Como bem observa Quintão (2012), o espaço público também é o privado, logo, é o meio de sobrevivência tanto físico como social do qual o sujeito mais depende, entretanto, paradoxalmente, mais do que a qualquer outro lhe é negado esse direito. Com frequência os moradores de rua são expulsos, escorraçados e de forma violenta retirados dos locais que ocupam e produzem seus modos de viver.

Ainda que a rua seja um lugar de exclusão e segregação dentro dos nossos simbolismos sociais, a mesma parece exercer um efeito sedutor de liberdade em alguns, efeito este que pode não ser capturado pela imensa maioria que se organiza em torno de uma vida fixa e sedentária. Estes últimos provavelmente encontram dificuldades em compreender os sujeitos que se afastam dos privilégios e gratificações que é viver em uma

casa, por mais precária que seja. Ao mesmo tempo, todos se sentem desafiados a tentar explicar tais contingências ou motivações.

O que leva alguém romper os elos com família, emprego e a comunidade em troca da constante necessidade de articular formas diferenciadas de sobreviver, adotando um estilo de vida tão particular?

Perguntar diretamente sobre as causas de determinados fenômenos nem sempre é o melhor modo de abordá-los, principalmente tratando-se de fenômenos humanos e sociais. Brognoli (1996) ao tratar dos motivos que os andarilhos apontam como responsáveis por sua ida para a rua, pondera que as histórias contadas devem ser entendidas como uma tentativa de conferir inteligibilidade a elas, constroem-nas com elementos plausíveis para si mesmos e para os outros, a partir dos elementos que dispõe. Segundo o autor, “o que parece haver é, na verdade, uma sobredeterminação de fatores que escapam ao entendimento dos sujeitos, sendo destacados aqueles que fazem mais sentido” (p. 87).

Seriam estas tentativas de explicação apenas partes de conteúdos latentes, pré-reflexivos e inarticulados, aos quais Souza (2016) se refere ao analisar a perspectiva crítica sob a qual o Sociólogo francês Pierre Bourdieu propõe que sejam analisadas as pesquisas sociais.

Outras vezes as explicações são discursos construídos para esconder sinais de reais motivos envolvidos, como, por exemplo, conflitos com a lei ou o desejo consciente (porém “imoral”) de romper os vínculos institucionais e viver à deriva. Ainda que estas motivações possam ser reais, é preciso ter em vista que possivelmente fazem parte de um contexto mais amplo, e venham a se caracterizar apenas como um fator desencadeante de tal movimento.

Para avançar na discussão, é fácil concluir que nem todos que apresentam sérios conflitos familiares, desemprego e dificuldades econômicas, desilusões amorosas ou dependência de alguma droga se encaminham para a errância. O contrário também é verdadeiro, mesmo sendo majoritariamente uma população com histórias de vida marcadas por estigmas, nem toda pessoa em situação de rua, necessariamente, é atravessada por todo este conjunto de mazelas. Condicionantes tanto universais (econômicos, políticos e sociais) quanto particulares (conflitos, emoções e desejos) parecem estar imbricados em um complexo jogo de determinações que se retroalimentam, sendo reducionismo, em meu entendimento, qualquer tentativa de explicação pautada em um único fator descontextualizado.

A instituição familiar, dada sua importância nos modos de subjetivação é, constantemente referida como exercendo papel central no processo de ida para a rua (MAYORA, 2016; RUI, FIORE e TÓFOLI,

2016; BASTOS e BERTONI, 2014). A ruptura com a família, e ao mesmo tempo o afastamento das relações sociais comunitárias, é apontado como uma forma de resolução de inúmeros conflitos. Brognoli (1996) interpreta que, neste sentido, no afastamento da família há também uma negação da norma social, ocorrendo aí a quebra de contratualidade com os modos de fixação. Para ele, este discurso de rompimento com a família como motivo fornece suporte para o sujeito organizar uma explicação para si e para os outros sobre esse evento maior de desligar-se das amarras institucionais, justificando assim sua deriva. É no desgarramento do núcleo familiar que se rompe também com as relações hierarquizadas e com as violências concretas e simbólicas das instituições.

O desemprego também tem significativa menção, devido ao modelo econômico atual e o excesso de contingente de mão de obra estruturalmente excluída (SOUZA, 2016). Sujeitos e famílias inteiras acabam indo e mantendo-se nas ruas após a perda do emprego, porém, muitos que tem a oportunidade de fixar-se com oportunidades de trabalho não o fazem. Não há como reduzir a existência de pessoas em situação de rua pela questão do desemprego, mesmo o fator econômico da subsistência sendo um dos atores principais dos problemas sociais das sociedades complexas contemporâneas.

Neste ponto, torna-se importante o olhar crítico sobre os modos de produção capitalista e os tipos de emprego que são destinados a essa parcela marginalizada. Para Souza (2018) o capitalismo altamente competitivo de hoje acaba ou não absorvendo essa classe que foi secularmente despreparada para o trabalho, ou relegando a ela subempregos, pessimamente remunerados, com os quais pouco se pode mudar sua condição de vida.

Somente a pobreza no sentido estritamente economicista, ainda que seja uma característica marcante desta população, e a principal produtora da exclusão social (SOUZA, 2018), é insuficiente para explicar a totalidade do fenômeno da errância. Uma vez que há, pelo menos na maioria das vezes, outros modos de lidar com as dificuldades de sobrevivência que não implicam a ida e permanência nas ruas, a exemplo do extraordinário crescimento das favelas nas últimas décadas, resultado da fixação geográfica dos mais pobres. É também importante ressaltar que mesmo que a grande maioria das pessoas que vive nas ruas são advindas das camadas mais pobres da sociedade, existe também uma minoria com condições economicamente estáveis que adotam este modo de vida.

Outro dos fatores que mais aparece nos discursos dos sujeitos, completando a tríade família e trabalho, é o uso de drogas. Por ser objeto específico deste estudo a relação de pessoas em situação de rua com o uso

de drogas, tratarei este tema especificamente e de forma mais aprofundada no próximo subitem.

Alguns estudos, como o primeiro, e único até o momento, Censo e Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua realizado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome entre 2007 e 2008, há 10 anos (BRASIL, 2009), os já referidos trabalhos da FIOCRUZ em parceria com a SENAD/MJ (parte quantitativa, BASTOS e BERTONI, 2014), o de avaliação do programa “De Braços Abertos” (RUI, FIORE e TÓFOLI, 2016) e o original trabalho de Quintão (2012) na área da Arquitetura e Urbanismo, buscaram traçar perfis sociodemográficos e epidemiológicos e revelaram interessantes dados quantitativos sobre essa população.

Estes estudos apontam para uma heterogeneidade em relação a idade, tempo de permanência e o(s) motivo(s) eleito(s) para explicar sua ida e permanência nas ruas. Dois pontos que chamaram a atenção foram, primeiro, o fato de que a grande maioria de pessoas em situação de rua é constituída por trabalhadores, ainda que informais e em condições precárias, e segundo, que a conhecida tese de que essas pessoas perderam totalmente os vínculos familiares não se mostra verdadeira, ao ponto que uma grande parcela preserva relações familiares mesmo estando nas ruas (BRASIL, 2009).

Porém, uma característica comum muito marcante encontrada nestes e em outros estudos (ESPINHEIRA, 1993; BURSZTYN, 2003; FRANGELLA, 2004; OLIVEIRA, 2007; VALENCIO et al., 2008) são os inúmeros marcadores de exclusão social⁹ presentes entre esta população: baixa escolaridade e qualificação profissional, extrema pobreza, escasso acesso a serviços de saúde e socioassistenciais, discriminações étnicas e raciais, situações de violência física e psicológica entre pares e por parte das instituições, problemas com a justiça e baixíssima participação em movimentos sociais ou políticos.

⁹ Exclusão Social é um conceito adotado aqui a partir da consistente reflexão de Escorel (1999) que faz um levantamento desde sua origem na literatura francesa até a sua aplicabilidade no contexto brasileiro. Para a autora: “*O conceito de exclusão social – como um processo que envolve trajetórias de vulnerabilidade, fragilidade, ou precariedade e até ruptura dos vínculos nas dimensões sociofamiliar, do trabalho, das representações culturais, da cidadania e da vida humana e, ainda como uma zona integrada por diversas manifestações de processos de desvinculação nos diferentes âmbitos – tem valor analítico para a compreensão de diferentes expressões histórico-sociais*” (ESCOREL, 1999, p. 259).

Feito as devidas ponderações sobre a necessidade de estarmos atentos a não utilização de reducionismos ou elegermos um ou outro fator isolado na ânsia de apreender o fenômeno, tomo o conceito desenvolvido por Souza (2018) de *ralé estrutural*, uma massa de marginalizados socialmente em consequência do processo econômico de modernização do Brasil, para tentar elucidar alguns aspectos sobre a questão da exclusão social que parece ser um ponto comum da população de rua.

Para o autor, o processo de modernização brasileiro constituiu, além de classes sociais modernas que se apropriam de maneira variada e diversa dos capitais cultural (marcadamente a classe média) e econômico (prioritariamente a classe alta), também uma classe inteira de indivíduos que não só desprovidos de capital cultural ou econômico do qual possam usufruir, são também das precondições sociais, morais e culturais que permitem esta apropriação. A essa classe social Souza (2018) chama de *ralé estrutural* para chamar a atenção para o abandono social e político consentido, e denunciar o que todo discurso social insiste em ignorar. Em suas palavras, “(...) tudo na realidade social é feito para que se esconda o principal: a produção de indivíduos diferencialmente aparelhados para a competição social desde seu nascimento” (p.22).

O autor discorre que os mitos da “meritocracia”, do “mérito individual”, do “talento inato” são utilizados para justificar e manter os privilégios daqueles com precondições sociais e os fracassos dos indivíduos das classes não privilegiadas, tornando-os uma suposta “culpa” individual. Descreve que é necessário enxergar além dos fatores econômicos da desigualdade para compreender sua gênese e sua manutenção. Para ele, a transferência dos valores imateriais entre gerações familiares é o fator mais importante para a manutenção das classes sociais, dos privilégios de alguns e da miséria moral e material de outros.

Nessa hierarquia social, mediada pela disciplina e autogerenciamento, sob uma falsa roupagem de livre competitividade, a regra moral classifica e desclassifica classes inteiras. Souza (2018) relaciona o grande número de pessoas em situação de rua com a existência destes “desclassificados sociais”, afirma que estas são “as pessoas que estão sempre a um passo — ou com os dois pés dentro — da delinquência e do abandono” (p.25). As violências materiais e simbólicas vividas cotidianamente e reproduzidas tanto pelas outras classes, pelas instituições e pelos aparelhos do Estado, contribuem para a manutenção e naturalização da desigualdade social abismal que é a brasileira.

Os processos de exclusão social e a existência de um *ralé estrutural* extrapolam a questão economicista e fornecem caminhos para

uma compreensão mais ampla do fenômeno. Majoritariamente a população em situação de rua é composta por parte da ralé, aqueles que são desprovidos não só de condições materiais, mas prioritariamente de precondições de competitividade com as outras classes sociais.

Os filhos das classes média e alta são estimulados a aprenderem desde muito jovens a lidar com as frustrações que a vida lhes impõe, a contarem com a supervisão e apoio de adultos, sejam os próprios pais e familiares ou professores, psicólogos, pedagogos e toda uma rede de suporte, recebem estímulos para desenvolver comportamentos “adequados” às normas e padrões sociais, principalmente no que diz respeito ao mercado de trabalho. Aos filhos da ralé, na melhor das hipóteses, sobra a rua enquanto os pais trabalham em seus subempregos. É comum que tenham que cuidar dos irmãos menores, fazer as atividades de casa quando os pais estão fora, executar trabalhos inapropriados para ajudar financeiramente em casa e se envolver em pequenos furtos, como única possibilidade de conseguir um breve contato com aquele bem de consumo que para o filho das outras classes é trivial.

Espinheira (1993) ao estudar o tema das crianças e adolescentes em situação de rua, trilha caminhos semelhantes ao explorar os valores inseridos na modernização da sociedade somado com a brutalidade da desigualdade econômica como gênese do fenômeno, para ele:

“O padrão competitivo da sociedade industrial programou os destinos dos diversos grupos sociais. Os que podem estão destinados à contemporaneidade tecnológica e são, desde tenra idade, preparados para os papéis que deverão desempenhar, com elevado grau de liberdade quanto à escolha das oportunidades ‘do que ser quando crescer’, mas com a determinação de ‘não poder deixar de ser’ alguém cuja imagem está previamente traçada.” (pag.37).

Estar na (e ir para) rua, para os desclassificados, não é uma mudança de vida tão radical como nos parece a princípio. Nas histórias de vida aparece desde cedo como uma possibilidade de lidar com os conflitos da pobreza, das violências, das perdas materiais e simbólicas.

No contraponto do privilégio positivo do “talento inato” das classes alta e média, está o privilégio negativo de toda uma classe social que se produz e se reproduz como classe de indivíduos com um “estigma inato”. Goffman (1988) ao desenvolver o conceito de *estigma*, postula

que este surge quando existe discrepâncias entre identidade virtual, que são as expectativas de características normativas criadas sobre um sujeito em um ambiente, e a identidade real, que corresponde as verdadeiras características daquele sujeito. Quanto maior a diferença entre expectativa e realidade, maior o estigma no observado e maior o “símbolo de prestígio” para aquele que observa as discrepâncias no outro.

Na interação social, o estigmatizado é desacreditado e começa a passar por situações desconfortantes como angústia, inferioridade e vergonha. Segundo o autor, ao longo da carreira moral é preciso tentar administrar esta tensão emocional presente no dia a dia, e assimilar para si mesmo o fato de que não é diferente, porém, pelo seu estigma, também não consegue ser igual aos “normais”. Aí pode estar a chave para a compreensão sobre as explicações reducionistas que os próprios sujeitos dão ao fato de se lançarem à errância. O estigma é possível de se esconder, eles constroem um mecanismo para controlar a seletividade das informações e vivem com o medo de serem descobertos em sua essência (GOFFMAN, 1988).

A título de registro, é importante destacar que dentre os inúmeros autores que se debruçaram sobre o fenômeno da marginalidade e drogadição, Howard Becker, contemporâneo de Goffman da chamada Escola de Chicago, lançou no início nos anos de 1960 seu clássico livro *Outsiders*, que se tornou referência no estudo do que ele propôs chamar de *desvio*. Becker (2008), ao tratar a questão, propôs uma nova interpretação ao que na época do lançamento de seu livro, e em muitos aspectos até hoje, se considerava um comportamento social “patológico”.

Becker, tentou demonstrar que o comportamento desviante da norma social seria parte de relações e interações constitutivas da própria vida social. Estariam em jogo disputas de poder nas quais grupos sociais dominantes atribuem rotulações de desviante aos grupos dominados. Assim o desviante seria aquele a quem o rótulo lhe foi aplicado com sucesso. "Desvio não é uma qualidade que reside no próprio comportamento, mas na interação entre a pessoa que comete um ato e aquelas que reagem a ele" (2008, p. 27).

Quanto as terminologias utilizadas no Brasil para se referir às pessoas marginalizadas que vivem nas ruas, diversos autores (CAMPOS, 2016; QUINTÃO, 2012; ENDRIGUE, 2002) se debruçaram em busca do melhor conceito tanto para caracterizar esta população enquanto grupo, que leve em conta a heterogeneidade e as diferenças geográficas, quando a designação enquanto indivíduo, com base nos motivos que contribuíram para a ida às ruas, tempo de permanência e modos de organização e

subsistência¹⁰. Outros ainda elencaram semelhanças em categorias mais ou menos homogêneas (SNOW e ANDERSON, 1998; BROGNOLI 1996, VIEIRA et al., 1992) na tentativa de apanhar e melhor compreender o fenômeno¹¹.

Optei, a nível estritamente pragmático, por manter neste trabalho preferencialmente o conceito “Pessoa em Situação de Rua”. Primeiro por ser o termo oficial utilizado pelas Políticas Públicas brasileiras, segundo que a palavra “situação”, como apontam, ainda que criticamente, Campos (2016), Quintão (2012), Frangella (2004) e Endrigue (2002), tem uma conotação de transitoriedade. Conforme os autores, estar na rua apenas enquanto processo de “transição” não encontra ressonância como característica homogênea dessa população, visto que existe pessoas que moram nas ruas há décadas, e, não havendo iniciativas e não sendo ofertadas outras possibilidades, continuarão a viver lá.

Obviamente que o termo “situação” utilizado pelas Políticas Públicas denotam uma intenção, um marco epistemológico e até ideológico, no sentido de que, em muitos aspectos, se pretende mudar as condições destas pessoas, em última instância representando uma ordem social. Entretanto, não posso ignorar que estou “falando” de “dentro” das Políticas Públicas e tenho como fenômeno a ser estudado a relação desta população com um modelo de Política Pública. Manter este termo não me pareceu contraditório, pois o público específico que é acolhido em UA é majoritariamente daqueles que se entendem como estando temporariamente nas ruas, ou seja, uma pessoa em situação de rua.

“Morador de rua”, outro conceito amplamente utilizado no contexto brasileiro, me parece enrijecer a pluralidade de modos de organizar a vida nas ruas. Considerando minha prévia experiência de quase 10 anos de trabalho na área, corroborada por pesquisas empíricas (MAYORA, 2016; BRASIL, 2009), percebe-se que uma significativa parcela dos que tem a rua como espaço de sobrevivência não moram literalmente na rua. É comum dormirem, e passarem grande parte de seu tempo, em casas abandonadas, construções, hotéis baratos, em casa de familiares por alguns períodos, albergues e muitas outras possibilidades. Porém, longe de querer estabelecer categorias definidas, esta e outras terminologias como nômades urbanos, trecheiros e andarilhos aparecem e aparecerão no decorrer do texto assim como os termos trazidos tanto pelos autores da área quanto pelos próprios sujeitos deste modo de vida.

¹⁰ Para maior aprofundamento acessar “Capítulo 1” de Quintão (2012).

¹¹ Para maior aprofundamento acessar Snow e Anderson (1998, p.87 – 120).

2.3 AS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E O ABUSO DE DROGAS

Como já apontado, a maioria dos usuários de drogas em situação de rua fazem parte do que Souza (2016; 2018) define como desclassificados sociais, os quais tem suas histórias marcadas por um abandono social secular desde a libertação dos escravos lançados à própria sorte, passando pelo excludente processo de urbanização e industrialização brasileira, até a constituição das classes sociais do Brasil moderno.

Dentre os desclassificados sociais emergem diferentes tentativas de respostas individuais, segundo o autor. As mais comuns são o “pobre honesto”, aquele que é explorado em sua força de trabalho com nenhum reconhecimento social, e o “pobre delinquente” que se rebela contra os códigos sociais e “escolhe” a vida fora das linhas da lei. O pobre delinquente se subdivide em “delinquente ativo”, geralmente violento e temido, e o “delinquente passivo”, aquele que inicia uma revolta silenciosa autodestrutiva na contramão dos valores sociais hegemônicos.

Ainda que se trate de categorias de tipos sociais ilustrativas e fluídas, nunca rígidas, podemos identificar que neste último grupo encontram-se aqueles que se lançam às ruas e ao uso intenso de drogas na tentativa desesperada, porém nem sempre consciente, de fugir de uma vida sem futuro e esperança.

É inegável que existem semelhanças, do ponto de vista psicopatológico, do fenômeno do uso compulsivo e autodestrutivo de drogas nos diferentes sujeitos. O que não se pode ignorar são as diferenças de significados atribuídos ao uso, por exemplo, por um morador de rua negro, que frequenta as “cracolândias”, e por um profissional liberal branco que usa a droga depois do trabalho no conforto do seu lar. Classificar ambos em categorias tão abrangentes como “dependência” não capta a complexidade da questão (MESSAS et al., 2016). Aí retomamos os clássicos postulados de Becker (2008) sobre a construção social da droga e a importância do contexto, não apenas como mero pano de fundo, inclusive sobre os efeitos experimentados.

O uso abusivo de drogas é uma realidade também das classes médias e altas (GARCIA, 2016b). A autora ao realizar uma pesquisa empírica sobre o uso do crack pela classe média, identificou significativas diferenças nas consequências do consumo da droga entre esta classe e os desclassificados sociais. Dentre elas, o usuário da classe média possui muito mais recursos privados (casas de férias, festas privadas, áreas vip

em danceterias, carros e etc.) para manter seu consumo em segredo, já os desclassificados são descobertos rapidamente, desta forma os primeiros protegem-se do estigma. O consumo esporádico pela classe média é controlado e de certa forma protegido pelos pais, já nas classes baixas frequentemente a família recorre a violência e a exclusão, reproduzindo uma cultura de classe. Quando o consumo se torna problemático as classes mais altas contam com uma série de recursos materiais e culturais, viagens, terapias, retiros, clínicas caras, entre outros, enquanto os desclassificados amargam o abandono institucional.

Os acessos diferenciados aos capitais econômicos, culturais e sociais determinam não só a carreira de consumidor, mas também as trajetórias de vida de diferentes sujeitos que são diferentemente aparelhados para a competição social. O abuso de drogas e a exclusão social tornam-se um ciclo vicioso, a tentativa de fugir de uma realidade intragável aumenta a degradação subjetiva e objetiva e o desprezo social (SOUZA, 2016).

Os marcadores de exclusão social precedentes ao uso de drogas constituem-se como predispositores para o consumo compulsivo de substâncias, e as inúmeras privações vivenciadas fazem com que tenham muito menos acesso a recursos tanto pessoais quanto materiais para o controle do seu uso.

Diferentes tipos de drogas são frequentemente relacionados aos diferentes tipos sociais. O senso comum relaciona o crack como a droga da ralé, por ser um produto mais barato que a cocaína, de qualidade inferior, um subproduto. Entretanto, no contexto das ruas a maioria dos que fazem uso de drogas são policonsumidores. Equivalente ao crack, a droga estimulante da classe média é a cocaína, porém, cada vez mais os estudos recentes demonstram o uso de crack em todas as camadas sociais (ALVES, 2015; GARCIA, 2016b, MAYORA, 2016).

Mayora (2016) trabalha com a hipótese de que o consumo de drogas, especificamente o crack, exerce funções pragmáticas específicas entre os consumidores que moram nas ruas se comparado com o uso feito tanto por usuários das classes médias como pelos desclassificados sociais que moram em uma casa. O autor aponta em sua pesquisa que os significados do uso da droga vão além da dimensão do prazer. A mesma é utilizada para cessar a dor física, a fome e o sono, para ficar acordado quando necessário, amenizar as feridas psíquicas e por produzir uma significativa sensação de poder, que, sob sua análise, é bastante sedutor para aqueles que objetivamente não podem nada.

Frente a esses argumentos o autor questiona o que seria um “consumo problemático” ou “não problemático” na vida de quem não tem nada, de quem passa fome, frio e dorme no chão?

Dentro desta perspectiva, de uma tentativa de compreensão mais ampliada sobre o fenômeno do consumo abusivo pelos mais “pobres entre os pobres”, a “ralé da ralé”, Souza (2016) defende que qualquer tentativa de reinserção social deve levar em conta em alguma medida aquilo que a socialização desigual, violenta e incompleta não foi capaz de realizar: “a construção de um ser humano com um mínimo de capacidade de ação no meio social à sua volta” (p. 36).

2.4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS: A SAÚDE MENTAL E AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS

2.4.1 A questão das drogas na Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial

Contemporaneamente, a dependência de drogas se inscreve na história dos chamados transtornos mentais, sobre os quais o discurso psiquiátrico obteve domínio quase que absoluto até a segunda metade do século XX. O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e a respectiva crítica a essa apropriação da psiquiatria tradicional sobre a loucura nas suas mais variadas formas de manifestação, já está bastante contextualizado do ponto de vista teórico com significativa produção científica (AMARANTE, 2013).

No que tange à questão dos cuidados às pessoas com sofrimento psíquico, que não aqueles provocados pelo uso de substâncias, ainda que haja disputas e divergências há um avanço incontestável tanto no âmbito teórico-científico quanto no prático-assistencial. Porém, quando se trata da questão específica dos problemas com uso de drogas e as Políticas Públicas relacionadas, observa-se ainda muitas contradições, lacunas e retrocessos, fruto principalmente do tendencioso jogo de interesses e disputas de poder sobre a apropriação do conhecimento sobre o fenômeno.

A Lei 10.216 (BRASIL, 2001), conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, resultante de um longo processo de militâncias e lutas iniciado nos anos 70, reordena o modelo de assistência e tratamento em Saúde Mental e torna-se um marco tanto na assistência psiquiátrica quanto na garantia de direitos humanos na área da saúde. Além da desinstitucionalização, a referida lei prevê potencializar um cuidado

territorializado, focado na cidadania e autonomia, prioritariamente em espaços abertos.

Uma das principais estratégias práticas resultantes do processo da Reforma, se não a principal, foi a criação dos CAPS, em suas diversas modalidades, pela Portaria 336 (BRASIL, 2002). Podemos dizer que, de maneira geral, a proposta destes dispositivos de saúde, dentre inúmeras outras, é cuidar em liberdade das pessoas com sofrimento psíquico e ser efetivamente um substitutivo dos hospitais psiquiátricos.

A questão das drogas e dos problemas relacionados ao seu consumo ganhou destaque dentro dessa nova maneira de abordar a Saúde Mental e um espaço privilegiado de cuidado, os CAPS específico na modalidade Álcool e Drogas, conhecidos como CAPS AD. Se anteriormente estas demandas eram tratadas pela psiquiatria dentro da lógica manicomial nos hospitais psiquiátricos ou em Comunidades Terapêuticas, estas majoritariamente de cunho religioso, em ambos os casos sob a perspectiva única da abstinência, agora é possível expandir as possibilidades de atenção às pessoas que apresentam demandas decorrente do uso.

O aporte teórico que serviu de base para construir uma fundamentação filosófica e científica sólida para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, e o entendimento da loucura sob uma perspectiva crítica, fundamentalmente a partir das obras de autores como Michel Foucault, Franco Basaglia, Franco Rotelli, Ronald Laing, Thomas Szasz e tantos outros (AMARANTE, 2013), também forneceu importantes ferramentas para se repensar a questão das drogas e das dependências. Porém, esta guarda particularidades e discussões paralelas dentro da comunidade científica e das práticas sociais que se ocupam do tema.

Dentro desta nova proposta, as similaridades com as outras formas de sofrimento psíquico estão principalmente na crítica ao processo de institucionalização como método de tratamento, o isolamento social oriundo deste processo e o questionamento sobre o status de “doença”, no sentido restrito do termo, das dependências.

Já as particularidades das chamadas questões AD dizem respeito ao frequente processo de criminalização do usuário, ao proibicionismo e a ilegalidade de algumas substâncias que geram uma representação social negativa e contribuem significativamente para o processo de exclusão social. Paradoxalmente, há nas sociedades ocidentais um grande incentivo ao consumo de algumas substâncias em algum nível e a abominação do uso de outras.

Para Delgado et al. (2007), as políticas de saúde no Brasil, durante anos, deixaram de lado a questão das drogas, o que possibilitou que a

temática fosse absorvida pelas instituições judiciais, religiosas e de segurança pública. A ausência do Estado em relação ao problema possibilitou o surgimento de estigmas diversos e a atenção aos usuários permaneceu pautada nas práticas eminentemente psiquiátricas, de cunho hospitalocêntrico, ou de caráter religioso, focado na moralidade e abstinência.

Era preciso levar em conta estas particularidades na construção de serviços e redes de cuidado. Dada tamanha complexidade da questão do uso de drogas e as diferentes demandas resultantes dos processos de exclusão conforme já discutidos, foi necessário expandir a oferta de cuidado para além dos CAPS AD. Paralelamente, em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a RAPS, uma Rede que amplia e reordena Componentes e Pontos de Atenção (BRASIL, 2011).

A configuração da atenção à saúde em Redes não é por acaso ou exclusiva da Saúde Mental, faz parte estrategicamente da reorganização dos serviços pelo Ministério da Saúde. As Redes de Atenção à Saúde (RAS), dentre elas a RAPS, são arranjos de ações e serviços com diferentes densidades tecnológicas que buscam garantir integralidade no cuidado. O trabalho em Redes implica em uma mudança de paradigma avançando de um modelo marcado pela fragmentação, focado nas condições emergenciais e agudas, para ações fundamentadas na promoção da saúde e no compartilhamento de responsabilidades (MENDES, 2011).

Dentro desta perspectiva do cuidado feito em redes, como tentativa de oferecer respostas às demandas das inúmeras vulnerabilidades e exclusões sociais relacionadas com o uso de drogas, em 2012 as UA surgem como Pontos de Atenção residenciais transitórios da RAPS, complementando e ampliando as ações dos CAPS AD. As UA têm por finalidade principal fornecer moradia por tempo determinado, mas também oferecer uma atenção mais ampla e integral àqueles mais vulneráveis.

Busca trabalhar fundamentalmente sob uma perspectiva do cuidado em liberdade, sem a necessidade do afastamento e internações a longo prazo, dentro da lógica do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. É guiada não pelo tratamento baseado na abstinência como única possibilidade, mas com o olhar nas singularidades dos sujeitos e com a Redução de Danos como norteador da práticas e cuidados.

A lógica de cuidado em Saúde Mental nos CAPS AD e nas UA, baseia-se na ideia de deslocar o tratamento do hospital psiquiátrico e

instituições fechadas, locais com ausência de trocas sociais (KINOSHITA, 2001), para o território plano do cotidiano. A “doença” como objeto simples e concreto é transformado em objeto complexo e atrelado às múltiplas dimensões da vida. Isso significa atuar necessariamente na transformação da subjetividade e dos modos de viver, conforme propõe Rotelli (2001).

Sair das instituições hospitalares e das longas internações, implica em colocar os sujeitos em contato com a realidade e as angústias da vida, com o mundo onde as drogas existem e nunca deixarão de existir. Conforme enfatiza Lancetti (2006), as internações deixam os usuários mais passivos em relação ao consumo, inviabilizam o desenvolvimento da autonomia, e ao saírem se dão conta que não aprenderam a conviver consigo mesmos numa sociedade que é real e acabam retornando ao uso pesado.

A proposta dentro da perspectiva da Atenção Psicossocial é a gestão de si e o gerenciamento do próprio tratamento dentro do território que está inserido, com as mediações dos dispositivos e dos profissionais que assistem o usuário. As frustrações do cotidiano são encaradas não como barreiras, mas como potenciais a serem trabalhados, as relações são tidas como espaços privilegiados de construção de vínculos e sentidos e as drogas como apenas mais uma das demandas a ser abordadas e trabalhadas, para alguns com mais intensidade para outros com menos, sempre respeitando a singularidade dos sujeitos.

2.4.2 Políticas de álcool e drogas no Brasil e Redução de Danos

Contradizendo o modelo hegemônico do discurso científico sobre o uso de drogas, a Política Pública oficial do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários adota uma postura mais ampla e crítica do fenômeno. Esta concepção se propõe abordar diferentes saberes e aportes teórico-técnicos esforçando-se para evitar simplificações reducionistas, levando em conta as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas envolvidas, e que devem ser consideradas na compreensão global do problema, questionando a ótica predominantemente médico/psiquiátrica (BRASIL, 2003).

A atual Política adota como paradigma epistemológico e método a lógica da Redução de Danos. A mesma aborda um conjunto de medidas que visa proteger a saúde dos sujeitos que consomem drogas, seja dependente ou não, partindo de pressupostos tais como: que o problema do uso de drogas é uma realidade presente na sociedade contemporânea,

e que nem todos os sujeitos se beneficiam de modelos de tratamento baseado exclusivamente na abstinência.

Sob uma perspectiva crítica, denuncia a negligência histórica de atenção e aponta para “reversão de modelos assistenciais que não contemplem as reais necessidades de uma população” (BRASIL, 2003, p.5). Ou seja, direciona a necessidade de uma problematização e desconstrução do modelo hegemônico de doença que tenha como única meta afastar o usuário da substância.

Andrade (2004), resgatando a história da Redução de Danos enquanto método, descreve que não se trata de uma prática nova e é, sequer, um novo paradigma. O autor relata que apesar de ter ganhado visibilidade apenas na década de oitenta, como uma prática de prevenção à AIDS entre usuários de drogas injetáveis, as primeiras medidas datam de 1926 em países da Europa, na Austrália e nos EUA.

Para além da simples substituição de uma droga mais “pesada” por uma mais “leve” (do crack pela maconha, por exemplo) ou do simples fornecimento de insumos para usuários de drogas, como insinuam alguns críticos, a Redução de Danos é uma postura científica frente a uma problemática. Ela pode envolver desde cuidados básicos de educação e promoção de saúde até o suporte e tratamento para aqueles sujeitos que desejam efetivamente interromper o consumo da substância (SODELLI, 2010).

Apesar de não haver consenso na literatura, as definições seguem mais ou menos a linha de que são ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários à utilização de drogas, porém não requer, necessariamente, que o sujeito tenha que fazer redução ou abster-se do consumo de tais substâncias. As ações orientam-se por três princípios básicos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade (ANDRADE, 2004).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A ética foi um dos pilares do processo da pesquisa. O estudo está em consonância com o proposto nas diretrizes estabelecidas pela resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). Seguiu os princípios da autonomia, que preserva a participação ou a desistência do participante a qualquer momento, da não maleficência e respeito à privacidade, da beneficência e da justiça. Também foram observados os dispositivos da Lei 10.2016 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental (BRASIL, 2001).

Como procedimentos, o projeto foi submetido ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC (ANEXO 1), e ao setor da Secretaria da Saúde responsável pela articulação de ensino e pesquisa do município onde o estudo foi realizado, para autorização e cumprimento dos protocolos (ANEXO 2). Estes procedimentos foram adotados após a qualificação do mesmo em banca examinadora.

Os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) e o de Consentimento para Gravação de Áudio, quando foi o caso (APÊNDICE B). Os termos informam sobre os objetivos da pesquisa, seus direitos, o sigilo quanto a sua identidade, os possíveis prejuízos e benefícios e demais dados necessários.

Todos os nomes utilizados no texto são fictícios para preservar a identidade dos participantes.

3.2 DESENHO METODOLÓGICO

O contato e as vivências prévias no campo foram fatores levados em conta no momento da construção do percurso metodológico. A aproximação já existente com a instituição, a facilidade de entrar e transitar no ambiente, o tempo de permanência diária na unidade e principalmente o vínculo já estabelecido com os usuários, apresentavam-se como elementos potenciais para uma pesquisa qualitativa. Observando-se os aspectos éticos necessários, era preciso escolher um método que abarcasse e potencializasse ainda mais essas características e me dirigisse ao fenômeno e não às minhas próprias convicções.

O desenho metodológico que foi construído neste estudo foi inspirado nas formulações do Antropólogo e Psicólogo Social Edward MacRae da Universidade Federal da Bahia (UFBA), MacRae (2004) e MacRae e Vidal (2006), sobre aspectos metodológicos e abordagens qualitativas no estudo sobre as questões do uso de substâncias psicoativas, sob uma perspectiva crítica ao modelo biomédico na área da saúde.

Tal método insere-se no campo da pesquisa qualitativa etnográfica com observação participante. Para o autor, a etnografia é uma postura que se diferencia dos modelos tradicionais de conhecer os problemas de ordem social e configura-se como uma forma inovadora de apreender a realidade humana e social mais próximas de suas características. Esta metodologia tem suas raízes na fenomenologia, pois preocupa-se com os significados dos fenômenos, e o pesquisador procura compreender aquilo que o sujeito vivencia dentro do seu universo simbólico (MACRAE, 2004).

Diferente do modelo positivista, que pretende uma ciência universal aplicável a todos os tempos e espaços por tratar de verdades tidas como objetivas acerca das leis naturais, este modelo implica a ideia de que os símbolos e as interações devem ser os principais elementos a serem investigados. Ao utilizar-se de tal postura, admite-se não se ter todo conhecimento suficiente do tema de estudo para identificar os problemas e hipóteses relevantes *a priori*, os quais surgirão também no decorrer da pesquisa.

Oferece um estilo de investigação que busca descrever a amplitude e profundidade do fenômeno em seu âmbito natural a partir do ponto de vista dos que estão implicados nele. O pesquisador, chamado de etnógrafo, desempenha papel ativo neste processo, é considerado também um instrumento da investigação, seu trabalho requer interação e diferentes modos de relacionar-se com o ambiente, atentando-se para o rigor investigativo e o seu papel como valor científico (LOPEZ, 1999).

A etnografia com observação participante emergiu como método privilegiado no trabalho de campo deste estudo, primeiro pela posição que já ocupo dentro da instituição, segundo, pela maior possibilidade de abertura ao contato com o universo de significados a partir da vivência no mundo dos participantes.

Lopez (1999) elenca 6 elementos que caracterizam uma investigação etnográfica, tomei-os por base para estruturar o percurso a ser percorrido:

1 - Acesso ao cenário inicialmente exploratório e aberto às contingências do problema de investigação;

2 - Intensa implicação do investigador no contexto social que estuda como observador e participante;

3 - Emprego da variedade de técnicas e procedimentos qualitativos, tais como a própria observação participante, entrevistas e a análise documental;

4 - Registro explícito dos acontecimentos em termos (palavras) significativos;

5 - Um marco interpretativo que ressalte importante papel do contexto;

6 - Uma elaboração dos resultados da investigação em forma descritiva.

Os participantes da pesquisa se constituíram por moradores¹² da UA de Joinville que estavam acolhidos na unidade e por antigos moradores, que já haviam tido a experiência do acolhimento. Julguei importante a inclusão deste “subgrupo” por trazerem uma visão diferenciada e de certa forma ampliada do processo, pois encontram-se numa situação “pós processo”.

Ao total participaram do estudo 09 (nove) moradores que estavam ou passaram pelo acolhimento durante o período da pesquisa de campo e 03 (três) antigos moradores com os quais entrei em contato e aceitei participar de uma entrevista. A seleção foi feita a partir do convite e livre aceite de informantes-chaves¹³.

O principal procedimento de coleta de dados constituiu-se da própria observação participante. Enquanto procedimento emblemático da metodologia qualitativa, ela “[...] pressupõe a ida do pesquisador ao campo e o estabelecimento de relações pessoais com os sujeitos através

¹² Os termos “moradores” e “usuários” são utilizados indiscriminadamente ao longo do texto e com o mesmo significado. “Usuário” refere-se a nomenclatura utilizada pelos documentos do Ministério da Saúde e está relacionado às transformações e construções teóricas no campo da saúde coletiva a partir da reforma sanitária brasileira. Usuário (de um serviço) pressupõe um papel ativo de um sujeito de direitos em contraposição ao termo “paciente”. Já “morador” é um termo coloquial utilizado pelos profissionais da RAPS e por eles próprios ao se referirem a quem está acolhido (morando) na UA, por esta ser também um espaço de moradia. Mantive este último por não me parecer conflitante com o termo “usuário”, revelando a multiplicidade de papéis que um sujeito pode exercer. Da mesma maneira o termo “participante” é utilizado para os que participaram do estudo.

¹³ Os “informantes-chaves” são largamente utilizados como importantes recursos no método etnográfico por ajudarem a ter uma maior compreensão do cenário e da situação (LOPEZ, 1999).

de uma participação direta e integral na sua vida cotidiana e no seu meio cultural” (MACRAE, 2004, p. 35). Busca a interação por longos períodos com os participantes, partilhando o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação. Segundo o autor, a observação do conteúdo operativo permite compreender o mundo dos participantes sobre aquilo não dito, pois todos que compartilham de uma cultura demonstram-na em suas performances sem que seja necessário falar sobre ela.

Durante um período de 5 meses, de fevereiro a junho de 2018, fiz uma imersão sistemática diária no campo, geralmente de segunda à sexta-feira das 12:00h às 18:00h (conciliando com meus horários de trabalho), mas também em horários variados, pela manhã ou à noite e nos finais de semana, em horários específicos destinados à pesquisa de campo. É importante pontuar que, durante esse período mencionado, o qual chamarei de *imersão*, a observação e interação com o campo foi sistematizada, porém, como descrito, já venho há quase 4 anos acompanhando este dispositivo e carrego comigo observações anteriores que necessariamente irão aparecer no decorrer dos relatos.

Tal procedimento teve como instrumento de registro o Diário de Campo (APÊNDICE C). A partir do início da *imersão* na unidade, as interações com os participantes, e outras que julgasse importantes, começaram a ser registradas no Diário de Campo. Por se tratar de um dispositivo em formato de casa, as amplitudes das relações cotidianas mostraram-se ricas em proporcionar material para posterior análise. Reuniões com moradores, passeios externos, promoção de contratualidade no território, ações de Acompanhante Terapêutico (AT) e pequenas interações diárias configuraram-se como os espaços e momentos mais produtivos na coleta de informações.

Como complemento, foram realizadas entrevistas abertas¹⁴ conduzidas por um roteiro indicativo de alguns itens a explorar (APÊNDICE D), com as quais procurei investigar de forma mais aprofundada informações específicas que dessem conta de dizer algo sobre os objetivos deste estudo. Nelas também foi dada atenção especial aos itinerários, o que permitiu ouvir trajetórias da vida dos participantes não disponíveis à observação imediata distanciadas no tempo e no espaço. Foram realizadas um total de 07 (sete) entrevistas, 04 (quatro) com moradores e 03 (três) com antigos moradores, utilizou-se do princípio da saturação para delimitar esta amostragem.

¹⁴ Algumas entrevistas foram gravadas e depois transcritas, outras, que não foram possíveis de serem gravadas, foram registradas no Diário de Campo.

Outras fontes de dados e informações complementares foram as análises de documentos institucionais como o Projeto Técnico Terapêutico (PTT) da UA, o Plano Municipal de Saúde Mental do quadriênio 2014 – 2017, os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dos moradores, a Planilha de Registro e Estatística utilizada pelos técnicos e e-mails trocados com os dois últimos coordenadores de Saúde Mental do Município sobre a história e o modelo de gestão da Unidade.

Durante a execução da pesquisa emergiu uma outra fonte de dados *a posteriori* adequada aos objetivos e compatível com o método etnográfico. Trata-se da fotografia. A mesma apareceu na UA na mesma época do trabalho de campo como resultado de uma oficina de fotografia chamada “Olhar Inclusivo”, fruto de uma parceria com um projeto de extensão do curso de Jornalismo de uma instituição de ensino superior do município.

Ao presenciar a potência que tal recurso exercia na subjetividade dos moradores, conversei com a professora sobre a possibilidade de, em uma de suas aulas práticas, abordarmos o tema do significado do acolhimento residencial na UA para a vida deles, e que tentassem retratar esse significado em imagens. Em seguida solicitei-lhes a autorização para usar alguns de seus registros fotográficos em meu estudo, do qual já tinham conhecimento.

Com uma quantidade significativa de informações levantadas, era necessário organizar o próximo passo. Frente aos argumentos expressos por pesquisadores sobre a dificuldade de apresentação e análise dos inúmeros dados coletados, de modo que contemple e leve em conta as evidências e o valor científico, foi necessário cuidado acurado em distinguir o que era dado coletado do que era inferência (MACRAE, 2004).

Uma solução nomeada por Becker (1993, apud MACRAE, 2004) de “História Natural da Pesquisa”, que busca dar conta de tal discussão, foi utilizada como modelo de apresentação dos dados etnográficos.

A apresentação da História Natural da Pesquisa envolve a descrição explícita e sistemática de todos os elementos e passos do processo, com narração histórica e contextualizada. O termo enfatiza que, além do registro processual do trabalho de campo, seja dado ênfase na fundamentação teórica e metodológica adotada e nas possíveis mudanças de posição do pesquisador no decorrer do estudo, deixando claro as formas características das diferentes evidências.

O modelo de análise, por tratar com assuntos cuja finalidade é descrevê-los e classificá-los em categorias qualitativas, foi feito através da triangulação dos dados obtidos por diferentes meios de observação e

registro (diário de campo, entrevistas abertas, análise documental e fotográfica) para efetuar validações cruzadas. Foi preciso procurar discursos, práticas e representações constitutivas de uma cultura em comum compartilhada, através da história de vida e suas relações com histórias dos outros participantes que se agrupam em torno do mesmo modo de vida, procurando não criar grupos falsamente homogêneos mas apreender unidades de funcionamento.

Começando com a análise e compreensão de detalhes (menores) inter-relacionados que se identifica em padrões e processos cada vez mais amplos, tendo como parâmetros categorias de análise. A teoria e as categorias de análise se determinam no encontro com a informação num processo dinâmico e interdependente.

A apresentação da História Natural da Pesquisa, que versa sobre a análise dos resultados obtidos, será descrita em 3 Capítulos: Primeiro, apresentarei uma contextualização, resultante do reconhecimento do campo, da Unidade de Acolhimento que foi cenário de pesquisa enquanto dispositivo de Atenção Psicossocial inscrita em uma Rede, sua história, função, organização, funcionamento e alguns dados do serviço até o final de junho de 2018. O segundo e o terceiro capítulos serão dedicados às análises a partir da triangulação dos dados obtidos no campo.

No segundo capítulo, inspirado nas formulações de DaMatta (2003) sobre a necessidade de contrastar a casa com a rua, como modo de apreender os significados desta última, abordarei como contraponto os significados da vivência nas ruas para depois confrontar com os significados atribuídos à UA. Colocar em contraste é prática recorrente nas análises do método etnográfico (MAGNANI, 2002). Neste capítulo serão apresentados e discutidos alguns dos significados que o “viver nas ruas” teve para os participantes, os desafios enfrentados pelos que vivem nas ruas de Joinville, como se organizavam no tempo e no espaço, quais as vantagens de viver à deriva, o papel das drogas naquela situação e algumas trajetórias de vida.

No terceiro, será trabalhado os significados do acolhimento residencial transitório no contexto da UA, os itinerários e a procura dos serviços de Atenção Psicossocial, o gerenciamento do tempo e do espaço na casa e o cuidado consigo, o significado do cuidado em liberdade e dos vínculos, a função das drogas enquanto acolhido e o relato de trajetórias biográficas de transição entre as ruas e uma casa. Por último serão esboçadas algumas considerações finais.

4 RESULTADOS

A execução de uma etnografia pressupõe algumas etapas. Após a entrada em campo formalmente, foi necessária a construção de uma sistematização do conhecimento prévio e atual sobre a Unidade. Esta etapa foi operacionalizada com o auxílio de alguns elementos, como o estudo de documentos oficiais, reconstituição da história do grupo e do local, observação da vida e das atividades cotidianas e a realização de conversas não diretivas com pessoas que pudessem ajudar na compreensão da realidade. O resultado deste levantamento apresento a seguir.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO: A UNIDADE DE ACOLHIMENTO DE JOINVILLE COMO DISPOSITIVO DE SAÚDE

A Unidade que foi cenário da pesquisa encontra-se no município de Joinville SC, cidade de grande porte localizada na região norte do estado, a maior de SC com 577 077 habitantes e o terceira mais populosa da Região Sul do Brasil, atrás apenas de Porto Alegre RS e Curitiba PR. Pertence à Microrregião de Joinville e à Mesorregião do Norte Catarinense, é sede da Região Metropolitana do Norte/Nordeste Catarinense, a qual conta com aproximadamente 1,34 milhão de habitantes, assim sendo, a mais populosa região metropolitana do estado¹⁵.

Tem como principal pilar econômico o setor da indústria, possui um elevado índice de desenvolvimento humano - IDH 0,809, classificado como *muito alto*, e aparece entre os 30 primeiros municípios no ranking brasileiro. Ostenta prêmios de uma das melhores cidades do Brasil para se viver e os títulos de "Manchester Catarinense", "Cidade das Flores", "Cidade dos Príncipes", "Cidade das Bicicletas" e "Cidade da Dança". É ainda conhecida por sediar o Festival de Dança de Joinville, considerado o maior festival de dança do mundo, e a Escola do Teatro Bolshoi no Brasil, a única no mundo fora da Rússia¹⁶. Entretanto, amarga a maioria dos problemas e mazelas sociais comuns aos municípios brasileiros.

¹⁵ Informações retiradas do site do IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Consultado em 30 de novembro de 2017 <<http://cod.ibge.gov.br/B90>>.

¹⁶ Idem nota n. 15.

Conforme consta no planejamento estratégico do Plano Municipal de Saúde Mental do município para o quadriênio de 2014 a 2017 (JOINVILLE, 2012), a implantação da UA surgiu como necessidade de ampliar a RAPS, especificamente em relação à atenção ofertada para pessoas que se encontram em situação de rua e com outras vulnerabilidades relacionadas ao uso ou abuso de crack, álcool e outras drogas. Teve como pano de fundo o incentivo financeiro da SENAD/MJ, resultante da adesão do município ao projeto “Crack, é Possível Vencer”.

Nesse contexto, a gestão municipal de Saúde Mental da época já havia enviado projeto para abertura de uma Casa de Acolhimento Transitório (CAT), primeiro modelo deste tipo de serviço ligado ao Programa de Enfrentamento ao Crack. Após alguns ajustes do projeto a nível nacional, para melhor adequar-se aos outros pontos da rede, a CAT passa a se chamar UA tornando-a a principal estratégia de residencial transitório da Política Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

O início das atividades no município, já com a nomenclatura UA, data de 23 de maio de 2014, a partir do início dos trabalhos da equipe contratada com um usuário da rede que demandava de cuidados integrais. Este início foi concreto, porém informal, já que a unidade ainda não dispunha de espaço físico próprio. Durante mais de 2 meses as ações da equipe com o usuário se deram no CAPS AD (durante o dia) e no CAPS III (durante a noite e finais de semana). A entrada na sede própria ocorreu no dia 01 de agosto do mesmo ano, onde permanece até o presente momento. A constituição da equipe, a estrutura física e as ações desenvolvidas se mantem basicamente as mesmas, conforme será descrito adiante.

4.1.1 Normativas legais, gestão e financiamento

As principais normativas que orientam o funcionamento de uma UA vão desde a Lei 8.080 de 1990, que cria o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990) e estabelece a moradia como um dos determinantes e condicionantes da saúde, passando pela Lei 10.216 (BRASIL, 2001), marco da reordenação do modelo de assistência à Saúde Mental, mais recentemente a Portaria 3.088 (BRASIL, 2011, republicada em 2013) que institui a RAPS no âmbito do SUS e amplia os serviços ordenando-os em Componentes e Pontos de Atenção e finalmente a Portaria 121 (BRASIL, 2012a), que institui a UA, tendo este como seu principal marco legal.

A partir destes e outros marcos legais, o Ministério da Saúde estabelece a Atenção Psicossocial como Política Pública oficial com foco na substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços composta por dispositivos de base territorial em níveis diferentes de complexidade (COSTA ROSA, 2013). Em Joinville esta rede é, de maneira geral, antiga e bem aparelhada se comparada aos outros municípios de SC. Os serviços substitutivos apareceram ainda no início dos anos 90 com a criação de uma proposta semelhante ao que hoje conhecemos por CAPS. Antes mesmo da publicação da Portaria 336 (BRASIL, 2002), que estabelece os CAPS em suas diversas modalidades, já existia 1 CAPS na modalidade II e 1 na modalidade AD na cidade¹⁷.

Atualmente a rede conta com pelo menos 1 dispositivo de cada um dos 7 Componentes da RAPS: 4 CAPS (II, III, I e AD), 2 Residências Terapêuticas, 1 Consultório na Rua (CnR), SAMU, leitos psiquiátricos em Hospital Geral, 1 serviço de convivência, inclusão social e geração de renda, denominado SOIS, a atenção básica que conta com 57 Unidades Básicas de Saúde (UBS) mas apenas com 1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)¹⁸, e a própria UA, que é a segunda em atividade no estado.

Apesar de seu pleno funcionamento desde 2014, não está regulamentada legalmente, não possui alvará sanitário e registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A não adequação a alguns critérios de funcionamento, principalmente em relação à estrutura física (acessibilidade, número de quartos coletivos, sala de enfermagem e etc.) e composição de equipe mínima (pelo menos 1 profissional de nível superior todos os 7 dias da semana), conforme é preconizado (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2013), é o principal nó crítico que inviabiliza a regulamentação.

Outro problema que pode ser apontado quanto a dificuldade da efetivação das ações é em relação ao financiamento. Por não ser habilitada a Unidade não recebe incentivo mensal disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Desta maneira suas ações e despesas são custeadas

¹⁷ VITORINO, S. L. Informações concedidas por e-mail sobre aspectos da história da RAPS. Joinville, 2016. [Mensagem pessoal] Mensagem recebida por: <diogofoppa@gmail.com> em: 05 out. 2016.

¹⁸ Informações retiradas do site da Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<https://saude.joinville.sc.gov.br/>>. Acesso em: 30 nov. 2017.

exclusivamente por fundo municipal¹⁹, inviabilizando maiores investimentos em materiais, serviços e ações que ampliem o cuidado.

A gestão da Rede e de todos os pontos de atenção é feita no âmbito do Grupo Condutor da RAPS, instituído pela Portaria 75/2015/SMS (JOINVILLE, 2015). O grupo é composto por representantes das secretarias municipais afins à saúde, dos hospitais que compõem a rede, serviços de urgência e emergência e SAMU, coordenações dos serviços especializados de referência, representantes dos Conselhos de Saúde e de Álcool e outras Drogas, da sociedade civil, dentre outros.

De acordo com a portaria supracitada, a finalidade do Grupo Condutor é implementar e articular os pontos de atenção e atuar como espaço de formulação de Políticas Públicas para a atenção à Saúde Mental, pactuação, avaliação e controle das ações de prevenção, promoção e assistência. Como atribuições específicas o documento cita o auxílio na elaboração e implementação do Plano Municipal de Saúde Mental, a proposição de ajustes, monitoramentos e avaliações, a elaboração e implementação de fluxos, o planejamento e execução de ações educativas e preventivas e contribuir para resolutividade e qualidade de gestão das ações em saúde no município (JOINVILLE, 2015).

A rede é municipalizada e pactuada junto à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR). Os únicos pontos de atenção que são regionalizados com a Macrorregião de Saúde Nordeste de SC são os leitos psiquiátricos adultos e infantojuvenis em hospitais gerais regionais, no próprio município.

4.1.2 Organização e planejamento

A UA, como parte de uma rede articulada de atenção em saúde, tem o seu planejamento no contexto macropolítico da RAPS, a partir do Plano Municipal de Saúde Mental, elaborado pelo Grupo Condutor, levando em conta as leituras diagnósticas dos próprios serviços e das diretrizes e encaminhamentos das Conferências Municipais de Saúde, no que refere à Saúde Mental.

Já o processo local de planejamento se dá a partir da coordenação local do serviço e fundamentalmente na inter-relação das ações

¹⁹ BARBOSA, N, H. Informações concedidas por e-mail sobre aspectos da gestão da RAPS. Joinville, 2016. [Mensagem pessoal] Mensagem recebida por: <diogofoppa@gmail.com> em: 03 out. 2016.

compartilhados com o CAPS AD do município. As ações contínuas e de organização são formuladas e discutidas pela equipe técnica semanalmente e articuladas com a coordenação do serviço mensalmente. Questões mais cotidianas e que envolvem a rotina do ponto de atenção são organizadas priorizando a participação dos diversos atores envolvidos, principalmente usuários e equipe de profissionais da UA. São feitas reuniões semanais, em formato de assembleias, com a participação de todos os presentes na unidade.

4.1.3 Acesso, acolhimento e cuidado

Na portaria federal que institui as UA são lançadas as bases de sua estruturação. Sua existência está condicionada a vinculação com um CAPS de referência, preferencialmente na modalidade AD, devido ao público que acolhe. Para ser inserido na Unidade o usuário deve estar vinculado ao CAPS, pois este exerce a responsabilidade de gerenciamento do cuidado, inclusive de propor como mais uma das estratégias do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do usuário o acolhimento na unidade. Desta maneira, uma das características fundamentais desta modalidade de ponto de atenção é que ela não se configura porta de entrada para a rede. As mesmas foram pensadas para serem dispositivos complementares ao cuidado (BRASIL, 2012a).

No município de Joinville a UA está referenciada ao CAPS AD e o cuidado é compartilhado. Após a equipe deste CAPS identificar junto ao usuário condições de vulnerabilidade social, econômica e familiar, geralmente caracterizada por situação de rua, é discutido com o mesmo a possibilidade e o desejo de utilizar a moradia transitória como uma estratégia em seu PTS, em seguida é articulado e discutido com ambas as equipes. Caso o desejo parta inicialmente do sujeito, mesmo não sendo usuário do serviço, a lógica é a mesma, a pessoa é encaminhada ao CAPS AD para fazer um acolhimento inicial e discutir a possibilidade de inserção na UA.

Algumas experiências e tentativas de encaminhamento e compartilhamento de cuidado por outros serviços, a exemplo o CnR, estão sendo feitas para ampliar o acesso dos usuários ao acolhimento residencial transitório. Porém, o vínculo do usuário com o CAPS AD é fundamental e se faz necessário devido ao papel de gestor do cuidado que o mesmo exerce.

Atualmente o acesso do usuário a UA se dá preferencialmente por este meio, exceto raras exceções. Não são utilizados sistemas de

classificação de risco, mas de vulnerabilidades. Além da vulnerabilidade social e familiar e de demandas decorrentes do uso de drogas, alguns outros critérios são observados para a inclusão do usuário. Estes foram discutidos e construídos entre as equipes e são frequentemente revisitados e repensados para estarem de acordo com as diretrizes das Políticas do SUS, da Atenção Psicossocial e das Políticas sobre Drogas, observando a legislação vigente.

Os critérios incluem também a voluntariedade, o desejo ou movimento de mudanças, quadro de saúde estável (não estar em crise ou síndrome de abstinência, por exemplo) e ter 18 anos completos ou mais, por se tratar de UA modalidade adulto. A avaliação se dá singularmente a partir do conjunto de vulnerabilidades que o usuário apresenta e da observação da equidade no cuidado. Toda essa organização do processo de cuidado está descrita no Projeto Técnico Terapêutico da Unidade (JOINVILLE, 2014), documento que norteia as ações e Políticas do serviço.

O cuidado no âmbito da UA é concretizado a partir, principalmente, da execução do PTS, que é construído e gerenciado em conjunto com a equipe do CAPS AD, além do próprio usuário. PTS é um conceito amplo na Saúde Coletiva e particularmente caro para a Saúde Mental. O modelo de PTS utilizado pela equipe é o proposto por Oliveira (2007) que foi adotado após a realização de um grupo de estudos entre as equipes em 2016 sobre o tema, com a finalidade de apropriação do conceito e a construção de um instrumento útil e potente.

O propósito final da UA é promover a Reabilitação Psicossocial, entendida como um processo de restituição contratual do usuário, com o objetivo de ampliar a sua autonomia e a capacidade de elaborar projetos com ações práticas que modifiquem as condições concretas de sua vida. Autonomia no sentido do indivíduo autogerir normas e ordenar sua vida de acordo com as diversas situações que venha a enfrentar (KINOSHITA, 2001). Para tanto, trabalha-se com a ampliação das redes de dependências dos usuários, a partir da facilitação do acesso à educação, saúde, cultura, lazer, trabalho e geração de renda.

Com a reorganização do sistema de saúde em redes e a implantação da RAPS, os CAPS, e conseqüentemente as UA, assumem um papel estratégico no cuidado e Atenção Psicossocial. A organização do cuidado é articulada entre os componentes da Rede e cada ponto de atenção passa a assumir a corresponsabilização da atenção à Saúde Mental, desde a atenção básica, atenção de urgência e emergência, até a atenção hospitalar. Ainda que no cotidiano do cuidado, partindo do modelo de

Reabilitação Psicossocial, as redes intersetoriais são mais acessadas do que a própria RAPS.

O refinamento destas aproximações com outros serviços que atendem à demanda de pessoas em situação de rua no município, está sendo pensado e planejado para ocorrer na modalidade semelhante ao que se conhece por matriciamento. O objetivo é estreitar as relações entre os serviços e as equipes para um cuidado em rede e compartilhado o tanto quanto possível. Este trabalho em rede já acontece, entretanto não de forma sistemática e planejada. A proposta é aproximar os dispositivos da rede de saúde (UA, CAPS AD e CnR) com os serviços da assistência social (Centro POP e Abordagem Social) através de reuniões mensais.

Vale destacar também que a articulação com a atenção básica da saúde é um desafio que vem sendo debatido e construído ao longo dos últimos anos para aprimorar o cuidado em rede em todos os níveis. Atualmente, no município, o que se busca é a corresponsabilização das Equipes de Saúde da Família (ESF) no cuidado a essas demandas, ampliando o foco que é dado apenas para as Equipes de Saúde Mental na Atenção Básica²⁰ e do NASF, através de estratégias de compartilhamento de cuidado, principalmente o matriciamento.

4.1.4 Ambiência e processos de trabalho

O imóvel onde funciona a Unidade está localizado em um bairro central do município, em uma região nobre, de fácil acesso e próximo a serviços de saúde, assistência social e educação. É em formato de casa, conforme orienta o Ministério da Saúde, possui 3 quartos coletivos e 3 quartos individuais (a capacidade inicial era para até 12 pessoas, de ambos os sexos), 1 sala administrativa, 1 sala para intervenções individuais e reuniões e demais dependências de uma casa comum. O imóvel é alugado pela prefeitura, possui alguns problemas estruturais por ser antigo como acessibilidade fora das normas exigidas, problemas na parte elétrica, infiltrações e etc., porém, é amplo e possui espaços externos e internos para atividades coletivas.

Tomando por base o conceito de ambiência da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2007) que entende o espaço como possibilidade de produção do sujeito e que a ambiência é tanto objetiva

²⁰ No município existe Equipes de Saúde Mental regionalizadas na Atenção Básica. Compostas por pelo menos 1 Psicólogo e 1 Terapeuta Ocupacional. Algumas destas equipes contavam com 1 Psiquiatra até 2015, porém os mesmos foram realocados em serviço ambulatoriais.

quanto subjetiva, pode-se dizer que a unidade é um ambiente acolhedor por ser pensada em reproduzir o máximo possível de uma casa. A sala de estar, a cozinha e os espaços de lazer, principalmente, proporcionam trocas e relações interpessoais diversas, ainda que apresentem problemas físicos estruturais. A disposição e dinâmica do ambiente concreto é produtor de subjetividades através da mediação da equipe, mas também independente desta a partir da interação entre os próprios usuários.

Atualmente a equipe é composta por 08 agentes administrativos que trabalham em modalidade 12X36 horas, diurno e noturno, 1 zeladora, 1 coordenadora que é compartilhada com o CAPS AD e apenas 2 profissionais técnicos de nível superior: 1 psicólogo e 1 assistente social, ambos com carga horária de 30 horas semanais mais 2 plantões mensais de final de semana cada (1 de 6h e 1 de 12h).

Estão sempre presentes pelo menos 2 agentes administrativos por turno, os mesmos são responsáveis pela administração e funcionamento da unidade, desde aspectos administrativos básicos até os mais burocráticos e intervenções pontuais com os usuários quando se faz necessário. Já os profissionais de nível superior são responsáveis pela gestão do cuidado dos usuários na UA, manejo e intervenções individuais e coletivas, resolução de conflitos, escuta qualificada, ações de Acompanhante Terapêutico, ampliação e contato com as redes, auxílio no resgate de vínculos e facilitação da garantia de direitos, dentre outros. De maneira geral busca-se a execução e efetivação do PTS e da Reabilitação Psicossocial.

Os processos de trabalho da equipe incluem desde o acolhimento inicial do usuário que entra na unidade, ambientando-o e acolhendo suas primeiras demandas, o acompanhamento ao longo do tempo que permanece acolhido, incluindo saídas no território e estabelecimento de contratualidade com serviços, pessoas e redes formais e informais, até o acompanhamento do processo de desligamento, encaminhamentos e transferência de cuidados. Passa também pela administração da própria casa, de aspectos estruturais até a ocupação e dinâmica do uso dos ambientes.

São feitas reuniões semanais da equipe da UA com a equipe de referência do CAPS AD, reuniões também semanais de finais de semana com equipe e moradores e reuniões mensais entre equipe da UA com a coordenação. As comunicações entre a própria equipe são feitas diariamente no que costuma se chamar de troca de plantão e através de um livro de registros.

4.1.5 Análise conjuntural

O processo de mapeamento e análise da organização, planejamento e gestão da Unidade apontaram para alguns pontos relevantes: O primeiro tornou-se explícito com a dificuldade de execução do próprio mapeamento. O número reduzido de documentos e registros formais foi um dificultador no levantamento de informações tanto da história quanto do planejamento e execução das ações do serviço. São praticamente inexistentes registros estatísticos, de planejamento estratégico, dados epidemiológicos e relatórios de gestão. Documentos legais especificamente sobre a UA junto a Secretaria Municipal da Saúde também não foram encontrados.

Em segundo lugar, é importante destacar o modelo de planejamento e gestão que ocorre a nível de rede, o que proporciona pensar os pontos de atenção de forma complementar e articulados. Este modelo proporciona maior grau de resolutividade, pois conta com a inter-relação entre os pontos de atenção e um maior diálogo entre eles. Como os serviços seguem um determinado padrão, no cotidiano do trabalho também se torna mais fácil as aproximações entre equipes.

Porém, identificou-se que há a necessidade de inclusão de um número maior de atores neste processo de gestão e planejamento através da potencialização do controle social, pois essa ausência aparece como uma lacuna em todos os níveis. No nível macro, identifica-se a pouca representatividade de usuários, familiares e profissionais nos espaços de controle social como os Conselhos de Saúde e de Álcool e outras Drogas, e de gestão direta como o Grupo Condutor da RAPS. Já no dia a dia da unidade, a participação e representatividade dos usuários até está presente, mas resume-se a decisões superficiais como, por exemplo, reclamações em relação a qualidade dos alimentos. Cogestão e gestão participativa são temáticas não abordadas no serviço.

O aspecto do financiamento não pode deixar de ser analisado como um terceiro ponto, ainda que não se trate do tema central da presente proposta e seja um assunto um tanto espinhoso. Desde sua implementação no município, a UA não recebe custeio federal devido a inadequações já descritas. Logo que foi instituída por portaria oficial, ainda em 2012, o Ministério da Saúde já oferecia incentivo financeiro de custeio mensal no valor de R\$ 25.000 (vinte e cinco mil reais) para as UA modalidade adulto (BRASIL, 2012a). Em uma rápida análise é possível concluir que o investimento em adequações pendentes é compensado a médio prazo com o processo de cadastramento e o recebimento do repasse mensal. Este

financiamento refletiria diretamente na qualidade das ações ofertadas para a população.

4.1.6 Dados históricos, atuais e perfil dos acolhidos

O objetivo aqui não foi fazer uma análise aprofundada do perfil dos moradores que foram ou estão acolhidos na UA, mas relatar um panorama geral de algumas características que serão importantes para a compreensão do contexto da pesquisa.

Desde sua inauguração até o término da pesquisa no final de junho de 2018, foram acolhidos 52 (cinquenta e dois) usuários, destes, apenas 4 (quatro) mulheres. Houveram mais 8 (oito) reacolhimentos, totalizando 60 (sessenta), uma média de 15 (quinze) por ano. Este número total está aquém da expectativa da equipe, da rede intersetorial, da gestão e dos próprios usuários da RAPS do município, especialmente os que estão em situação de rua. A quantidade relativamente baixa de acolhimentos se justifica pela precariedade, principalmente nos últimos 2 anos, da estrutura física da casa. Goteiras, infiltrações, fragilidade dos beliches transformados em camas baixas, a interdição de um dos quartos coletivo e a escassez de recursos materiais de toda ordem, obrigaram a redução do número de vagas simultâneas de 12 (doze) para 07 (sete), e em alguns momentos para 06 (seis).

Alguns dados relevantes aparecem na análise do perfil destes usuários acolhidos ao longo destes quase 4 anos²¹. Fatores de exclusão social marcam a trajetória de vida destas pessoas. As idades apresentam variação entre 19 (dezenove) e 59 (cinquenta e nove) anos, com média de idade de 35,68 anos. São, em sua grande maioria homens adultos jovens.

A “principal droga de abuso” referida é respectivamente o crack (47,37%), o álcool (42,10%) e a maconha (10,53%), porém, poucos faziam uso de apenas uma dessas drogas, a maioria era poliusuário. Muitos declaravam no momento do acolhimento inicial, que a droga em si não foi necessariamente o fator que o levou para situação de rua, mas que sob esta condição se via obrigado a aumentar o consumo.

²¹ Paralelo a esta pesquisa foi desenvolvido um estudo sobre o perfil epidemiológico dos usuários acolhidos na UA, com análises detalhadas de diversos itens como escolaridade, renda, vínculos familiares, tipos de drogas de abuso e os diversos desdobramentos que ocorreram após a passagem pela Unidade. O estudo foi elaborado em formato de artigo científico, mas ainda não foi publicado. Os dados foram retirados da tabela estatística utilizada pelo serviço.

Como já apontado, os encaminhamentos são quase que exclusivamente advindos do CAPS AD, menos de 10% vieram de outros serviços como CAPS II, CnR e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), todas essas situações foram exceções e/ou solicitadas pela gestão. Até o final de 2017 a absoluta maioria dos usuários já faziam uso de alguma medicação psiquiátrica no momento do acolhimento, demonstrando o caráter biomédico que ainda permeia a lógica do CAPS. No último ano as equipes têm discutido criticamente o fenômeno da medicalização como estratégia principal do cuidado e repensado suas práticas, reflexo disso é o constante aumento do número de usuários que chegam na UA e não fazem uso de psicofármacos.

Pela própria finalidade da Unidade de oferecer cuidados e proteção integral para pessoas em situação de grave vulnerabilidade social, os acolhidos em geral não possuíam nenhuma renda, salvo raras exceções. Alguns poucos desempenhavam algum trabalho informal ou “bicos”, 5 (cinco) deles recebiam o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e grande parte recebia uma pequena quantidade oriunda do Programa Bolsa Família, valor este que em geral utilizavam para comprar cigarros e/ou itens de higiene pessoal e alimentos, mas que não era suficiente para manter sua autonomia financeira.

Outros fatores de exclusão social que chamam a atenção são quanto ao baixo índice de escolaridade e qualificação profissional, 59,62% não possuía nem o ensino fundamental completo, apenas 15,38% possuía o ensino médio completo e 5,77% formação superior. A grande maioria já havia trabalhado em várias atividades, mas sem a devida qualificação que o mercado formal exigia. Os vínculos com a família eram em geral, se não perdidos, extremamente fragilizados.

Inúmeros desfechos ocorreram com os diferentes moradores que passaram pela Unidade, desde a efetiva saída das ruas com a fixação em uma casa e a reinserção no mercado formal de trabalho, até o retorno para as ruas nas mesmas condições nas quais entraram na UA. Entre estes dois extremos houveram as mais variadas situações, aqueles que voltaram a residir com a família, os que retornaram a cidade de origem, outros conseguiram algum lugar provisório para ficar geralmente condicionado à execução de um trabalho informal, outros ainda foram acolhidos em outros serviços ou instituições como igrejas e comunidades terapêuticas.

Para além da produção de cuidado em saúde foi possível trabalhar e produzir outras ressonâncias concretas na vida dos moradores. O retorno aos estudos tanto formal quanto informal (cursos técnicos, profissionalizantes) apareceu como uma das principais atividades realizadas. As tentativas de reinserção no mercado de trabalho, procuras

e entrevistas de emprego foram muitas, porém poucas com resultados satisfatórios para os usuários. Uma grande dificuldade com a qual profissionais e moradores se deparam é a geração de algum tipo de renda, o mercado formal competitivo dificilmente absorve essa demanda marcada pela baixa escolaridade e qualificação profissional.

Um terceiro ponto que acabou afetando o projeto de muitos moradores, foi a reaproximação e o resgate dos vínculos afetivos e familiares. Este item demonstrou a sensibilidade que um serviço de saúde deve ter ao se pensar o próprio conceito de saúde. Na maioria dos casos de efetiva mudança nos modos de vida e cuidados de saúde, o apoio da família apareceu como um fator determinante.

Por trabalhar na perspectiva da Redução de Danos, foi visível tanto a redução quanto a interrupção do uso e das práticas nocivas à saúde sem impor a abstinência e nem mesmo guiar as ações do serviço para este fim, mas, por outro lado, trabalhar significados e projetos de vida e de autonomia.

4.2 A RUA: VIVENDO À DERIVA

Concomitante a etapa de reconhecimento do campo, o procedimento de observação participante exige a aproximação do pesquisador ao grupo social em estudo. Este é um processo que pode ser longo e difícil, pois o observador precisa trabalhar com as expectativas do grupo, se preocupar em avançar sobre alguns bloqueios, desconfianças e resistências. É necessário ser aceito em seu próprio papel, como alguém externo interessado em realizar um estudo.

Estas válidas advertências, popularizadas na literatura de referência e em teses etnográficas, não se concretizaram em grandes desafios para essa pesquisa. Os vínculos já existentes na minha relação com os participantes, que foram construídos com base na relação entre técnico da unidade/psicólogo e moradores/usuários foram fundamentais para o processo de *imersão* prosseguir sem grandes intercorrências.

Entretanto, toda inserção em campo implica uma tensão constante. Concentrei esforços na busca de atenuar possíveis distância que me separavam do grupo devido ao meu papel de poder que já estava de certa maneira dado. O trabalho exigiu paciência e honestidade na explicitação sobre qual o real interesse de minhas intervenções, as quais foram condições necessárias para que o percurso da pesquisa pudesse, de fato, ser realizado de dentro do grupo com a participação de seus membros enquanto protagonistas e não simples objetos.

No primeiro dia de reunião (assembleia) entre profissionais e moradores, logo após o início do processo de *imersão*, solicitei um tópico de pauta para expor o início da pesquisa. Conteí que estava desenvolvendo ali na UA um estudo que tinha como finalidade entender um pouco melhor como era o acolhimento, do ponto de vista deles. Me interessava saber o que eles tinham a dizer sobre esse momento de suas vidas. Ressaltei que, como eu era também o psicólogo da Unidade, compreendia que pudesse ter alguns assuntos que eles tivessem receio de falar, por exemplo, queixas a respeito do serviço oferecido ou de nós, profissionais que trabalhamos lá. Mas que, na medida do possível, ainda que fosse difícil separar as coisas tão claramente, ficassem livres para falar o que tivessem desejo.

Conforme minha prévia experiência, predomina entre os usuários do serviço um discurso normativista, geralmente hegemônico, de que todos buscam uma “grande transformação”, “mudança de vida”, ou um certo “redimir-se moralmente” ao entrar na UA, fruto da reprodução de falas, as quais já havia presenciado inúmeras vezes, oriundas dos próprios

profissionais da UA e do CAPS AD. A esse discurso imediato Escorel (1999), ao estudar os moradores de rua, chamou de “falas prontas”, que são artifícios utilizados em benefício próprio que variam de acordo com o interesse e os tipos de relação com cada interlocutor.

Na prática cotidiana tenho observado que sob o acolhimento há inúmeras outras intenções e significados implícitos e nem sempre revelados, pelo menos não verbalmente. Muitas vezes o “dar um tempo” é mais importante do que o “mudar de vida”.

Em outras palavras, em alguns momentos a UA serve mais como uma espécie de refúgio do intenso e conturbado cotidiano das ruas, para cuidar de si e usufruir de alguns “benefícios” básicos de sobrevivência da vida moderna (alimentação, cama, banho quente, televisão) do que para o estabelecimento de fixação em uma residência, como analisarei mais adiante.

Descrevi que estaria, a partir daquele momento, iniciando um processo chamado observação participante, no qual faria algumas anotações durante conversas e atividades na casa e externas, e algumas entrevistas individuais com quem concordasse. Como já esperava, nenhum morador verbalizou ou demonstrou qualquer ressalva ou incômodo com o que acabavam de ouvir, todos pareceram concordar com um “*pode contar conosco*” proferido por um deles.

4.2.1 Os desafios de viver nas ruas de Joinville

As ruas de Joinville são ruas de passagem, pouco acolhedoras e convidativas à “vadiagem”. Caracterizada por ser uma cidade essencialmente industrial, em que boa parte do urbanismo e alguns dos principais bairros se desenvolveram e organizaram a partir da expansão de grandes grupos industriais entre as décadas de 1950 e 1980²², existe poucas áreas de lazer, parques, praças e espaços públicos de trocas sociais na cidade. Diferente dos municípios vizinhos, daqueles litorâneos onde há longos espaços convidativos ao lazer junto às praias, calçadões e travessas, ou daquelas pequenas cidadezinhas do interior onde as grandes praças arborizadas e ruas pacatas chamam a atenção.

Os poucos espaços públicos de convivência estão concentrados nas regiões centrais da cidade, os principais são as pequenas praças anexas ao mercado público municipal, à antiga estação ferroviária, à biblioteca

²² Informações retiradas do site: <<http://tudojoinville.com.br/joinville/historia-de-joinville/>>, acessado em 10/05/2018.

pública municipal, ao terminal central e ao museu de arte. Há também uma alameda chamada Rua das Palmeiras e um parque municipal com quadras de esportes e pista de skate. Nos momentos de lazer nos finais de semana, feriados, ou quando há algum evento público em que estes locais são ocupados pela população em geral, os moradores de rua se camuflam ficando muitas vezes imperceptíveis ao olhar desatento. Em outros, como nas noites e nos dias de semana, sua presença se torna mais vivível por serem alguns dos poucos ocupantes daqueles espaços.

Assim como a população sedentária, que se fixam em uma residência, os nômades urbanos também criam uma lógica de ocupação do território em que circulam, utilizando cada espaço de acordo com as necessidades que emergem nos seus trajetos e de suas relações sociais. Nestes poucos locais de convivência, os “marginais” se agrupam na busca de alguma interação, principalmente nas “rodas de cachaça” e nos frequentes momentos em que grupos e instituições, geralmente de cunho religioso, promovem a oferta de alguma vantagem, na maioria das vezes alimentos. O relato a seguir ilustra essa dinâmica:

Durante o dia nós ficava ali na praça da bandeira, nós ficava ali, mangueava um mangueava outro ali no terminal, porque tem muita gente que passa ali, ai é um lugar bom pra levantar uma graninha, fazer um corre ou outro, pedir um passe (cartão de vale transporte). De noite nós ia lá na praça da estação, que sempre tem uma igreja ou alguém que dá a janta, um cachorro quente, depois fumava um com os parceiro, tomava um gole de pinga. No dia que ia pro “estouro” ai era correria a noite inteira, senão sossegava e ia cada um pro seu canto” (Mauro).

Na época em que trabalhei no CdR, já havíamos mapeado a cidade e identificado que apesar da população de rua se concentrar nas regiões centrais, não há formação de grupos grandes. A principal característica era de pequenos grupos pulverizados, duplas ou mesmo pessoas vagando sozinhas. O que dava a impressão de existir menos moradores de rua do que realmente havia²³. Em uma conversa com o atual enfermeiro da

equipe do CnR, o mesmo me confirmou que ainda hoje, 5 anos depois, não houve muitas alterações. Com exceção de algumas situações sazonais, como atualmente é em torno da rodoviária e no ano de 2016 foi na marquise do Banco Bradesco do centro em que há um aglomerado maior, lembra ele, os moradores de ruas ficam espalhados pelos bairros centrais²⁴.

Em uma ocasião, conversando com 3 moradores em um espaço de convivência da UA onde os usuários utilizam para fumar seus cigarros e palheiros, denominado “fumódromo”, espaço rico por proporcionar momentos de descontração e longas conversas²⁵, um deles que gostava de contar suas aventuras pelo “mundo das ruas” arriscou uma explicação do porquê não existe locais com grande aglutinação de moradores de rua na cidade. Para ele era claro: “*joinvilense não gosta de morador de rua*”. Seus argumentos giravam em torno de que havia um consenso na cidade de que, caso muitos desocupados comessem a se juntar, era preciso “*botar pra correr*”. Para ele, esse consenso se explicava por Joinville ser, sob o seu ponto de vista, rica, limpa e seus moradores descendentes de alemães, e, portanto, de “*gente trabalhadora*”. Sua teoria era fortemente corroborada por seus outros dois interlocutores, que sob gargalhadas se revezavam contando histórias das inúmeras vezes que foram escorraçados

²³ Em 2017 o então secretário de assistência social do município divulgou em matéria para um dos principais jornais locais (disponível em: <<http://anoticia.clicrbs.com.br/sc/geral/joinville/noticia/2017/07/numero-de-pessoas-que-vivem-em-situacao-de-rua-aumenta-em-joinville-9847977.html>>) que Joinville possuía em torno de 700 pessoas vivendo em situação de rua. Esse número é bastante contestado pelas equipes tanto da secretaria da saúde (CnR, CAPS AD) quanto da própria secretaria de assistência social (Centro POP e Abordagem Social). Não há censo ou estatísticas formais que comprove tais números. Para o enfermeiro da equipe do CnR (informação obtida em 08/05/2018) esse número foi superestimado para tentar justificar ações higienistas contra uma possível “cracolândia” que “poderia” ser formada na cidade (conforme afirmação do gestor em matéria jornalística citada). Para o enfermeiro o número real gira em torno de 200 a 300, de acordo com o mapeamento e os atendimentos que realizam.

²⁴ Conversa com enfermeiro do CnR, Joinville, 08/05/2018.

²⁵ Julgo que pelo fato dos moradores se sentirem mais à vontade, tanto por estarem fumando quanto por ser um ambiente diferenciado de qualquer *setting*, onde vão “conversar com o psicólogo”. A partir destas observações, comecei a utilizar muito mais estes espaços e momentos informais da casa, que me proporcionavam maior interação e menos “engessamentos”, tanto para conversas informais quanto para realizar as entrevistas abertas. Ali me sentia também muito mais etnógrafo do que psicólogo.

por moradores e policiais quando tentavam dormir em locais públicos visíveis²⁶.

Em última análise, o que foi criticado nesse episódio, e em muitas outras vezes que presenciei e ouvi relatos, é a constante violência e reafirmação da exclusão social pela qual são submetidos nos espaços públicos. Parte da população sedentária vê no nômade urbano um desviante do “caminho correto”, aquele que subverte a ordem social, e, por este motivo deve ser punido com ações repressoras executadas na maioria das vezes pela força policial.

Frangella (2004), ao estudar em sua tese de doutorado a corporalidade dos moradores de rua de São Paulo e os tipos de relação que se constrói entre o espaço urbano e o corpo na situação de rua, argumenta que para além das marcas visíveis nos corpos dos habitantes das ruas, características que lhe são atribuídas, como desonestidade, fracasso individual e má vontade, se somam com identificações do estigma desse segmento. Para a autora, as configurações urbanas contemporâneas, marcadas por discursos da modernidade, hierarquizam os espaços urbanos por meio da higienização, assepsia e banimento dos pobres e desviantes, aqueles com a “identidade estigmatizada”.

Essa configuração urbana permeada por esse modelo de hierarquia produz modos específicos de ocupar os territórios que variam de região de acordo com as práticas e culturas locais. Diferente do que se observa na maioria das grandes cidades Brasil à fora, a maior parte das pessoas que vive em situação de rua na cidade de Joinville não mora ou dorme literalmente “na rua”, ou seja, nas calçadas, debaixo de marquises, em barracos improvisados ao lado de rodovias ou debaixo de viadutos. Estes escolhem locais mais reservados para passar as noites e deixar os poucos pertences durante o dia, *mocós*²⁷, construções, casas abandonadas ou nos fundos de algum comércio com o álibi de que irão cuidar do lugar e manter tudo organizado, negociado com o dono ou o responsável. Poucos são os que ficam pelas praças, calçadas ou em algum ponto de ônibus.

Pedro, 32 anos, me conta que essa prática é realizada geralmente por aqueles que “*se passam na cachaça*” e acabam “*deitando em*

²⁶ Diário de Campo, 09/03/2018.

²⁷ Mocó é o nome atribuído a um local discreto, esconderijo ou abrigo utilizado para dormir e guardar os poucos pertences, geralmente casas, edifícios, construções ou comércios abandonados. Também pode ser referido como local para ir usar droga “longe dos olhos” da sociedade. É comum o uso de variações do termo como “eu ia me *mocozar* para usar crack”, aqui o sentido é de se esconder, independentemente de onde seja.

qualquer lugar, onde caem ficam”. Ainda segundo o seu relato “os que estão legalzinho, o cara que se cuida, ou que fuma a pedra, não fica ali na vista de todo mundo. Procura seu mocó ou um lugar mais privado.”

Há aqueles que dão preferência irrestrita aos *mocós* principalmente pela privacidade que oferece, luxo raro na situação de rua, e de certa forma um cuidado com a segurança física. Conforme descreve Pedro, que viveu durante 2 anos em uma grande casa abandonada em uma área nobre, porém discreta da cidade, a qual chamava de mansão:

[...] tem muita gente que tem medo, porque pode aparecer alguém de madrugada, ou se você chega durante a noite tá escuro e você não sabe o que pode encontra lá. Eu, pra ficar sossegado, me trancava em um quarto lá no sótão e montava “armadilhas” desde a entrada da casa, espalhava cacos de vidros, latinhas vazias, que é pra fazer barulho caso chegasse alguém. E claro, sempre dormia com um pedaço de pau do lado. Tem gente que dorme em grupo, é mais seguro mesmo, mas eu não gostava, só levava mulher.

Manter-se seguro e a constante preocupação com a integridade física são algumas das atividades que mais consomem o tempo de quem está na rua, mais ainda para quem não escolhe o *mocó* como a principal opção para dormir. Para estes, a necessidade de reinventar e adaptar espaços e lugares em um ambiente minimamente seguro para passar a noite é constante, exige planejamento e avaliação dos possíveis riscos.

Jorge, com 38 anos, negro, alto e aparentando ser muito forte fisicamente, descreveu que é preciso empreender uma verdadeira logística para ter uma noite de sono.

Ultimamente eu ficava com mais uns ali na rodoviária, achei um lugar que ninguém incomodava, não na rodoviária em si, mas na frente de uma lanchonete que tem ali na frente. Depois que fechava, lá por dez, onze da noite, no dia que eu não ia usar crack nós já arrumava ali o papelão, colocava mais uma manta ou cobertor em cima, que é pra não pegar a friagem do chão, e se agasalhava com tudo o que tinha, você não sabe o frio que é dormir no relento! O problema é que chovia, ventava, chegava um irmãozinho pedindo

um isqueiro, um cigarro, oferecendo uma “bola” de béck²⁸, e seis da manhã você abria o olho e não via mais ninguém, todo mundo tem que vazar assim que clareia o dia, senão o dono chega e aí o tempo fecha. Eu vivia com sono, tanto que comecei a vir no CAPS porque vi que tinha um sofá que eu conseguia dormir no intervalo das atividades, e ali eu não precisava me preocupar porque não ia apanhar enquanto dormia.

Sobre as situações potenciais e reais de violência que vivenciava no cotidiano, Jorge descreve um amplo leque com as quais se deparou como morador de rua:

De vez em quando batia a polícia, vixe, aí tinha que caminhar, senão levava tapa na orelha. Outras eram os irmão que saiam no soco, no teu lado, as vezes sobrava pra você [...] tem os skinhead que todo mundo tem medo, nunca se sabe né, o cara chega e taca fogo em você dormindo [...].

Indaguei-lhe então se, mediante a todo estes perigos, desconfortos e contratempos, não era melhor dormir em um *mocó*.

Pra mim casa abandonada não servia. É perigo alguém entrar lá e te matar enquanto você dorme. Tem muita gente ruim, tem que dormir onde esteja a vista de alguém, ou sempre em mais de um. Ali (referindo-se ao local onde dormia ultimamente em frente a rodoviária) passava gente a noite inteira, o fluxo da rodoviária, o pessoal que pega ônibus no ponto do outro lado da rua. É desconfortável mas fazer o quê? Melhor acordar cansado mas vivo.

Parece que no momento da escolha do local de repouso é levado em conta a segurança como fator primeiro a ser analisado, ainda que as opiniões divergem sobre que tipo de local é mais seguro. As estratégias para a autopreservação transitam entre esconder-se em *mocós* e ficar

²⁸ Gíria para maconha. “Dar uma bola em um béck” significa dar uma tragada em um cigarro de maconha.

visível a alguém que possa interceder em caso de agressões e violências, porém não tão visível a ponto de ser rechaçado e expulso do local onde não é bem quisto. Paralelo a essas duas principais maneiras de sobrevivência nas ruas, os limites institucionais são forçados a todo momento, por exemplo, no relato acima em que o usuário descreve que ia para o CAPS para dormir, ou em outras situações que ouvi sobre as emergências de hospitais e UPAs serem buscadas com certa frequência para se ter momentos de descanso e sono sem, necessariamente, estar doente. Além disso, os pernoites em algum albergue ou similar e em hotéis baratos, quando se conseguia uma quantia significativa de dinheiro, também era prática recorrente.

Outra característica interessante de Joinville é que, apesar do tamanho, não possui viadutos, a não ser os poucos da principal rodovia federal, BR 101, que corta as principais entradas da cidade. Aquela imagem que habita o imaginário popular, do “mendigo” morando debaixo dos pontilhões, em barracos de madeirite e lona, não se reflete empiricamente no município. O “morar na rua” no sentido clássico do termo, tem aqui uma configuração própria devido a estas especificidades. As pessoas em situação de rua articulam uma maneira particular de ocupar o território e traçar itinerários peculiares nessa dinâmica urbana.

4.2.2 O tempo e o espaço nas ruas

A dinâmica da rua no contexto de vida dessas pessoas é dotada de uma propriedade essencial: o deslocamento nômade. Diferente dos que se fixam em residências, os nômades urbanos movimentam-se constantemente, o movimento se dá tanto pela busca por recursos para sua subsistência quanto em consequência das frequentes expulsões dos lugares que ocupam (FRANGELLA, 2004).

O deslocamento constante faz parte da sua organização no tempo e no espaço, para alguns mais e para outros menos. Para os trecheiros, andarilhos e hippies (aqui se incluem também alguns artistas de rua), os quais por definição tem o longo deslocamento geográfico como modo de vida, é mais notório esse movimento. Porém, mesmo para aqueles que se organizam em uma *mancha*²⁹ geográfica mais restrita, o simples fato de

ir ao banheiro, que nos parece tarefa trivial, pode significar um empreendimento de minutos caminhando para encontrar um local discreto ou um estabelecimento comercial que permita a sua entrada.

Além da preocupação com o local para dormir, a alimentação e a compra e consumo de drogas surgem como as atividades que mais demandam planejamento e organização. As refeições são poucas durante o dia, em geral uma ou duas, se estiver bem organizado é possível fazer três nos dias de semana, mas é preciso disposição para se locomover.

O café da manhã é oferecido no Centro Pop, quem está em acompanhamento no CAPS AD toma por lá, os que não frequentam nenhum dos serviços se viram pedindo em alguma padaria ou *mangueando*³⁰ algum trocado daqueles que passam apressados em direção aos seus trabalhos. O almoço é mais fácil de conseguir, o acesso ao Restaurante Popular³¹ é gratuito para moradores de rua cadastrados no Centro Pop. Aqueles que não são dados a tais formalidades, os muitos que perdem a hora do almoço por estarem dormindo após intenso uso de drogas durante a noite anterior e outros ainda que, por algum motivo, não querem almoçar no Restaurante Popular, conseguem facilmente alimentação em restaurantes da região, conforme relatam:

Comida não é problema, nisso não dá pra dizer que as pessoas não ajudam. Alguém vê ali você parado num canto e chega e te oferece, se você pede (dinheiro) e diz que é pra comida eles te dão. Mas eu peço mesmo já a comida, chego e falo se “não tem condições de me pagar almoço”. O cara entra, almoça, e volta com uma marmita. As vezes te leva pra almoçar lá dentro com ele, te paga o almoço,

²⁹ Tomo algumas categorias de análise construídas por Magnani (2002) ao discorrer sobre a etnografia urbana. Uma delas é a categoria *mancha*, a qual o autor descreve como: “áreas contíguas do espaço urbano dotadas de equipamentos que marcam seus limites e viabilizam – cada qual com sua especificidade, competindo ou complementando – uma atividade ou prática predominante” (p. 22).

³⁰ *Manguear* pode ser entendido como o ato de pedir algo de valor, geralmente dinheiro, utilizando-se de artifícios como contar uma história triste ou trágica para convencer o seu interlocutor. A história pode ser verdadeira ou não. *Mangueando* e *Mangueio* são derivações verbais de *manguear*.

³¹ Serviço da Secretaria de Assistência Social, ligada a estratégia de segurança alimentar, com o objetivo de fornecer alimentação a um preço reduzido prioritariamente para a população de baixa renda.

já aconteceu comigo, é porque ando limpinho né! Tem muito restaurante que dá também, é só questão de pedir, comida muita gente não nega (Pablo).

Nos finais de semana e feriados prolongados a alimentação é mais escassa, os serviços públicos estão fechados e a maioria dos restaurantes também, é preciso se organizar ainda mais para não passar fome. Apesar de poucos, ouvi relatos de alguns que já haviam se alimentado de restos de comida jogada no lixo, em todas essas situações a necessidade emergiu como medida extrema frente a fome, que é uma companheira constante dos que estão na rua, mas não uma prática frequente.

Existe todo um mapeamento mental de onde estão localizados os restaurantes nos quais é possível pedir comida e ser atendido. Em uma ocasião em que acompanhei Chico para realizar um exame médico, em um longo percurso que fomos caminhando pela região central da cidade, o mesmo foi me mostrando quais eram os restaurantes onde era possível ganhar refeições. Em certa altura, ao constatar o seu amplo conhecimento, fiz-lhe um elogio dizendo que ele era muito sagaz em articular tal rede de sobrevivência. Ele modestamente me confessou que aquilo não era mérito seu, pois “*todo andarilho sabe dessas coisas*”³².

Há uma cultura de transmissão verbal deste conhecimento e de domesticação do território entre seus pares, inclusive para os novatos, não só sobre os locais em que tais “generosidades” são práticas comuns, mas também de como deve ser o comportamento adequado ao abordar esses estabelecimentos.

Logo que cheguei na cidade os companheiro já falaram: ali, ali e ali dão! (comida), naqueles ali nem adianta ir porque eles não gostam que peçam. Mas tem que saber chegar, o horário, tem que ir depois das duas (14:00 h), depois que todo mundo já almoçou, pra não espantar os cliente, aqueles que pagam. Tem que saber chegar, tem que levar um potinho, coisa que eu não sabia [...] os cara não vão te dar um isopor, alguns até dão, mas eu levava meu pote. Ali naquele [...], por exemplo, você tem que saber que eles não gostam quando você vai pela porta da frente, tem que ir lá atrás, pela cozinha, pedir (Zeca).

³² Diário de Campo, 06/03/2018.

Estas e outras regalias são muitas vezes conquistadas através da principal moeda de troca que quem está em situação de rua possui: sua força física para o trabalho. Pedro sempre tirava os lixos de um restaurante próximo ao CAPS onde almoçava quase que diariamente, a partir de um acordo que fez diretamente com o gerente do estabelecimento. Chico fazia alguns pequenos trabalhos de limpeza e manutenção do terreno onde fica uma popular pizzaria da região, em troca de algumas fatias de pizza e um refrigerante nas noites em que ficava com fome. Quando o trabalho era maior, como por exemplo lavar o carro do dono, além das pizzas ainda recebia alguns trocados que utilizava para comprar crack e cigarros.

A dinâmica envolvendo a compra e o consumo de drogas não é muito diferente da utilizada para conseguir alimentos, os artifícios para arrecadar dinheiro são os mesmos: o *mangueio* e a execução de algum pequeno trabalho. *Manguear* é tarefa frequente de quem está nas ruas, uma verdadeira tática de sobrevivência, dificilmente alguém consegue manter-se por muito tempo nas ruas sem recorrer a este artifício. Não à toa que os termos “pedinte” e “mendigo” são largamente usados pela população, resumindo as pessoas em situação de rua ao ato de pedir dinheiro.

Como principal trabalho executado pela população estudada, o de “guardador de carros” ou “flanelinha” ocupa lugar de destaque, é realizado em regiões de áreas comerciais, próximo à shoppings, restaurantes, danceterias e grandes eventos. Este se mistura e se confunde com o *mangueio* na maioria das vezes, a não ser quando há grandes eventos esportivos ou culturais, nestes ocorre verdadeiras disputas territoriais, os valores cobrados são fixos e o montante arrecadado é alto segundo seus padrões.

Aqui inclui-se também as frequentes vendas e trocas de objetos achados e recebidos de doação e os pequenos furtos. Uma ampla gama de produtos é comercializada entre as pessoas em situação de rua, entre si mesmos e com outros interlocutores, pequenos comerciantes do centro da cidade, outros usuários do CAPS AD que não estão em situação de rua ou quem mais conseguirem abordar e convencer. Os objetos comercializados vão desde roupas, calçados e alimentos ganhos em campanhas e nos serviços de referência, eletroeletrônicos, principalmente celulares, smartphones e relógios, até pequenos artesanatos produzidos por eles ou adquiridos de terceiros.

Os sinaleiros mais movimentados das regiões centrais são os locais eleitos preferidos para conseguir dinheiro, neles, três atividades principais disputam espaço: a execução de alguma performance artística, predominantemente os malabares, a venda de doces, balas e artesanatos e

o *mangueio*. As duas primeiras são também práticas frequentes de outros grupos e sujeitos que não fazem parte da população de rua. As performances artísticas e malabares são o principal meio de subsistência dos hippies nômades e/ou artistas de rua que passam pela cidade. Estes também podem estar temporariamente em situação de rua, mas trata-se de grupos completamente diferente do qual estamos abordando neste estudo, ainda que compartilhem de algumas características comuns. As vendas de doces e artesanatos é praticada por trabalhadores desempregados e pequenos artesãos respectivamente.

Outras formas de levantamento de recursos financeiros é o benefício social do Bolsa Família que é acessado pelos que procuram o Centro Pop, os pequenos furtos, a venda de pequenas quantidades de drogas e a prostituição. Estas, com exceção do benefício do Bolsa Família, por se tratarem de atividades ilícitas ou de contravenção, são poucas vezes reveladas explicitamente. Quando surgia o assunto, essas atividades eram associadas a terceiros, um amigo ou conhecido, ou ligadas ao próprio passado, dificilmente algo que se admita fazer no presente.

Todo esse conjunto de ações que envolve a articulação de espaços e relações para a manutenção da sobrevivência nas ruas, são arranjos executados dentro de determinada *mancha*. Podemos dizer que na *mancha* ocupada pela população em situação de rua de Joinville os equipamentos que lhe dão sustentação são os serviços específicos de referência, principalmente os espaços físicos do CAPS AD e do Centro Pop, o Restaurante Popular e alguns outros estabelecimentos que prestam algum suporte para a manutenção da vida diária. Estes equipamentos servem para constituir pontos de referência para a prática de determinadas atividades essenciais, e o restante da vida vai se organizando ao redor destes serviços.

Se pensarmos no aspecto visual de uma *mancha* em um mapa e pegarmos o mapa da cidade de Joinville, podemos identificar que as pessoas que vivem nas ruas circulam ou constroem seus principais *trajetos*³³ entre o centro da cidade onde são encontradas as principais praças e ocorre os pequenos comércios de drogas, o bairro Anita Garibaldi no qual estão localizados o CAPS AD, o Centro Pop e a rodoviária, o Bairro Bucarein onde fica o restaurante popular, se estendendo até o início do bairro Floresta onde se localiza a praça da estação ferroviária. Pode

³³ Outra categoria utilizada por Magnani (2002) é a de *trajetos*, os quais são caminhos não aleatórios percorridos no interior de determinada *mancha*. São escolhas e recortes de curta extensão pelos quais se pode ir caminhando.

inúmeros arranjos e variações diferentes do processo de sobrevivência cotidiana nas ruas, entretanto, o caso serve para ilustrar como a ocupação do tempo e do espaço é mediada pelo deslocamento.

Na época que eu morava lá na mansão eu não vinha muito pro CAPS, era vez ou outra só. Eu acordava de manhã e tinha uma meta, que era juntar dinheiro, independente de quanto fosse, pra poder usar droga de noite, só usava de noite. Acordava e ia lá pro shopping Cidade das Flores, as menina do café me davam uns salgado e eu comia lá. Pra almoçar pegava rango em três lugar diferente, alternava que é pra não ficar manjado, era só ir mais tarde. Depois ficava por ali cuidando de carro, pedia dinheiro, tinha dia que pra fazer dez pila era humilhação, tinha que ouvi um monte de coisa: “um rapaz bonito desse, porque não vai trabalhar?”, tinha muita maldade também, um dia uns cara, dois fortão, me chamaram, “vem pega dois pila aqui”, e eu senti a maldade, falei: “não, deixa que eu pego mais pra frente”. Você me perguntou de rotina, do banho. Pelo menos banho e fazer a barba eu fazia, o resto era à loca. Eu tomava banho ali mesmo no Cidade das Flores, no banheiro dos funcionários, era meio que escondido, ai um dia cheguei pra mulher que cuidava do estacionamento lá e ela falou: “nós sabemos que você toma banho ali, não tem problema, só não deixa sujo”, ai, um tempo depois começou a colar mais outros lá, avacalharam, deixavam cueca, roupa suja, ai trancaram. Ai comecei a ir no banheiro dos funcionários lá do (shopping) Muller, mas lá tinha que ser meio mansão impossível (risos). As vezes ia no Centro Pop quando ainda era na (rua) Urussanga, teve épocas também que eu mangueava de porta em porta, chegava a juntar cinquenta pila [...], nesses dia, no final do dia, eu ia lá Guanabara, pegava (crack) no peso. Ia a pé. Quando eu ficava lá no Cidade das Flores as vezes aparecia alguém que queria pegar droga, me perguntava se eu tinha, ai eu pedia pra me levar de carro, me deixava lá perto (do bairro Guanabara) eu pegava e tirava a minha parte. Se fumava por lá ficava por lá mesmo, mas

geralmente voltava pra mansão, pra usar sossegado. As vezes colava com o pessoal da cachaça, ali no mercado público, mas eu não gostava de beber, não é à toa que a bebida alcoólica tá no ranking como a pior (Pedro).

4.2.3 As vantagens de viver à deriva

Assim como escutar as histórias de vida de moradores de rua implica ouvir recorrentemente as tentativas de elaboração sobre os motivos que o levaram a tal situação, questionar-lhes sobre as vantagens de se viver sem fixar-se é quase certo de que a resposta envolva, em um primeiro momento, a negação de que haja alguma vantagem. São frequentes as respostas de que “*na rua é só ré*”, “*não há vantagem nenhuma*” ou “*só traz coisa ruim*”. Capturar a existência destas vantagens só é possível a partir de uma atenta interpretação das sutilezas dos comportamentos e discursos observados nas vivências do cotidiano.

Vivenciar o cotidiano de uma UA nos proporciona isso. Por exemplo, perceber a manutenção de alguns hábitos de quando se estava em situação de rua, mesmo morando na UA já há alguns meses. Cito o exemplo de um morador da UA que vi por acaso fazendo uma refeição junto com moradores de rua na praça da estação ferroviária. Ao perceber que eu havia lhe visto, me procurou no dia seguinte na Unidade para se “desculpar”. O mesmo saía algumas vezes na semana, no início da noite, dizendo ir dar uma caminhada para fazer alguma atividade física, porém, revelou que ia até a antiga estação nesses dias e horários quando uma igreja ia até o local distribuir comida. Acabava sendo o ponto de encontro de moradores de rua, lá faziam rodas de conversa e encontravam os companheiros de rua.

Ao me revelar o motivo pelo qual ia até a estação ferroviária duas ou três vezes na semana, fez questão de deixar claro que não era pela comida, pois segundo ele “*temos muita boa comida aqui na UA*”, nem tampouco para fazer uso de drogas, ainda que revelou que vez ou outra “*fumava um baseado com os parceiros*”³⁴.

Esse tipo de ação e comportamento tem por função a busca de algum prazer e satisfação. A rua é também espaço de trocas sociais, de encontro com seus pares, de construção e fortalecimento de laços afetivos. Assim, uma teia social vai sendo tecida. É lugar de liberdades e prazeres

³⁴ Diário de Campo, 23/02/2018.

que a estrutura de uma vida organizada em torno de uma casa não proporciona.

Zeca e eu estávamos indo entregar uma documentação no INSS para entrar com o pedido de Benefício de Prestação Continuada (BPC), processo iniciado pela assistente social da UA após o usuário ser diagnosticado com esquizofrenia pela equipe do CAPS AD. Nossa caminhada era marcada pelo seu andar lento, resultante da quantidade de medicação que estava recebendo para controlar seus sintomas psicóticos. Como tínhamos tempo, ele foi me contando como foram os 3 intensos meses em que viveu nas ruas de Joinville antes de entrar na UA. Descreveu que nunca antes havia ficado em situação de rua, que esta tinha sido uma profunda experiência.

Ao passarmos por um grande imóvel abandonado em uma avenida movimentada, ele me perguntou se eu conhecia a história do “*mendigo rico*”. Deduzindo que ele se referia ao Sr Sebastião, um usuário dos serviços do CAPS AD e Centro Pop e conhecido ao mesmo tempo por ser um homem de muitas posses, incluindo o imóvel pelo qual passávamos pela frente naquele momento, respondi-lhe que sim. Perguntou-me qual história eu conhecia, limitei-me a responder que só sabia “*o que todos sabem*”, que ele é de uma família tradicional muito rica da cidade, e que ainda possui muitos bens, apesar de viver nas ruas.

Fiz-lhe a mesma pergunta. Zeca prontamente respondeu que não eram histórias inventadas e sim verdadeiras, pois ele próprio havia convivido com o Sr Sebastião enquanto estava em situação de rua. Contou-me alguns casos, um ou outro recordei já conhecer, como o de que recentemente havia comprado uma caminhonete 0 km, andou e dormiu dentro dela por alguns dias e em seguida trocou-a com traficantes por drogas.

Após ouvi-lo resolvi perguntar o que ele pensava sobre uma pessoa ter todos esses recursos e mesmo assim viver nas ruas. Eis o que me respondeu: “*acho que gosta de estar na bagunça*”. Contra argumentei questionando: “*mas não é sofrido?*”, e ele novamente defendeu seu ponto de vista: “*é divertido, sofre um pouco mas a pessoa se diverte*”. Para ele, o fato de poder usar drogas no momento que quiser é um destes divertimentos, mas não o principal. Descreveu que durante o tempo que viveu nas ruas teve acesso a uma dinâmica de vida que antes não conhecia, “*você sempre encontra alguém disposto a fazer alguma coisa, só fica sozinho se quiser*”³⁵.

³⁵ Diário de Campo, 21/05/2018.

Mesmo Zeca possivelmente negligenciando outros fatores que podem ter contribuído para Sr Sebastião ter se lançado à errância, ele nos traz um dado importante sobre a vida nas ruas: a socialização como fonte de prazer.

Obviamente que a exclusão social gera sofrimento, violências físicas e simbólicas cotidianas, a reafirmação de estigmas, humilhações e privações de confortos e direitos básico. Entretanto, não só de desvantagens vive a pessoa que está em situação de rua, em meio as inúmeras mazelas há também diversão. Essa diversão é mais facilmente revelada pelos que vivem ou viveram pouco tempo nas ruas ou por aqueles que apresentam mais autonomia e facilidade para sair dessa situação. Os que já estão a anos nas ruas demonstraram maior serenidade em relação aos prazeres que essa vida oferece.

Espinheira (1993) ao tratar dos meninos de rua da cidade de Salvador, reflete que a casa não é só porto seguro como é posto pela ideação social. Em muitos casos ela é também lugar de desespero, desamparo, violências e desassossegos, o que torna o ambiente familiar adverso e a rua um lugar de amparo coletivo. O autor defende que na rua podem-se viver múltiplas identidades simultâneas e, portanto, fugir das tiranias da intimidade.

4.2.4 A função das drogas na rua

Um dos prazeres encontrados nas ruas é a droga. Me abstenho aqui de procurar uma relação de causalidade entre o uso destas e a ida para as ruas. Meu interesse é demonstrar a relação que os participantes da pesquisa estabeleceram com as drogas estando em situação de rua, e não definir causalidades. Trabalho com a hipótese de uma dupla via: as drogas tanto podem contribuir para levar os indivíduos a esta situação, como podem ser uma possibilidade para quem já está nas ruas, levando os sujeitos ao estreitamento das relações com elas.

Há uma tradicional especulação, porém rasa, sobre a principal causa da errância ser a dependência de drogas, geralmente colocada como fator isolado ou descontextualizado. Ainda que o discurso do problema do uso de drogas esteja presente em algumas das histórias dos usuários como desencadeador de uma vida à deriva, o que identifiquei de concreto foi que a exclusão social elevada ao seu máximo potencial (a situação rua) é responsável pelo aumento exponencial do consumo de substâncias, e não o contrário. Cabe ressaltar que existem moradores de rua, ainda que uma pequena minoria, que não são usuários de drogas.

As drogas mais referidas de uso nas ruas são o crack, a cocaína, a maconha e o álcool, não necessariamente nesta ordem, além do cigarro de nicotina. Para além de proporcionar prazer e amenizar os sintomas de uma dependência, o uso exerce algumas funções para as pessoas em situação de rua³⁶, uma das principais é a socialização.

“*Não tem como estar na rua e não usar uma coisinha*” defende Moreno durante uma conversa em grupo na UA, e continua:

É assim, você vai numa praça tem o pessoal tomando um negócio, cruza um irmão na rua te convida pra fumar um verde³⁷, passa por um cara que ta num canto já sabe que ele ta fumando pedra³⁸, se você para e pede é capaz dele te dar uma bola, mas se você fizer a intéra³⁹, falar: “ta na mão”, claro que ele vai querer fumar contigo, e assim vai, você fica o dia inteiro nisso, tem sempre alguém disposto a fazer um pião⁴⁰, ir aqui, ir ali⁴¹[...].

Já Zeca, me descreveu durante uma caminhada até o INSS já relatada, que quando chegou na cidade a forma que encontrou para conhecer as pessoas e se enturmar era oferecendo alguma droga: “*Eu colava nos grupinho e botava uma maconha, as vezes uma garrafa de pinga, e lá já fazia amizade, não tem erro*”. Também recorria ao uso para receber amparo social em momentos de vulnerabilidade: “[...] *quando não tava bem, tava meio tristonho, também era só colar com os parceiro que já te ofereciam um cigarro pra fumar, um gole de pinga e ali dava umas risada e já melhorava*”.

Drogas diferentes exercem funções diferentes. Contrapondo a questão da socialização, que é um fator comum experimentado na relação com quase todas as drogas, ainda que existam aqueles que prefiram usar sozinhos, há funções que são específicas de uma ou outra substância.

³⁶ Corroborando Mayora (2016).

³⁷ Gíria para maconha.

³⁸ Gíria para crack.

³⁹ Oferecer algum dinheiro ou o produto em si para somar, complementar. Interar.

⁴⁰ Andar sem destino, fazer um passeio com finalidade de encontrar alguma diversão.

⁴¹ Diário de Campo, 12/04/2018.

O álcool é amplamente usado por esta população, ainda que não apareça com tanta evidência como o crack nos discursos midiáticos. Na cultura das ruas está especificamente relacionado com a amenização da sensação de frio e com a desinibição no momento de vender algo ou *manguear*. Como remédio para algumas dores da alma, presente em falas como “*beber para esquecer*” ou “*tomar um porre para não ficar pensando naquilo*”, dividindo essa função com o crack: “*com a pedra na cabeça você não pensa em nada, esquece de tudo*”. Já como aditivo em momentos de recreação e sociabilidade é frequentemente associado ao uso de maconha.

Em geral, as pessoas em situação de rua são poliusuárias⁴², mesmo que tenham suas preferências acabam fazendo um uso mais amplo: “*eu não sou muito de beber, na verdade nem gosto da cachaça, mas no inverno não tem como, ou você toma uns fogo ou não consegue dormir de frio*”. Descreve Renato que se define como dependente de crack e nicotina, mas que usa maconha e álcool dependendo da circunstância. Os usuários exclusivos de álcool são os menos abertos ao uso de outras substâncias, principalmente as ilícitas.

As drogas estimulantes (crack e cocaína) têm como função específica ligada a elas a vigília: “*Quando você não tem onde dormir acaba fumando (crack) pra se manter acordado, ou quando tá num lugar perigoso e fica escamado, tem que ficar ligado [...]*”. E a inibição do apetite: “*Tem vez que é difícil de comida, final de semana que o comércio tá fechado, e a droga já é mais fácil, sempre tem um louquinho pra te vender, ai fuma e perder a fome*”. Apesar do crack ter se configurado como a principal droga de abuso eleita pela população em situação de rua, cabe apontar que há uma significativa parcela desta população que não faz uso dessa droga, ou que faz uso controlado e esporádico, contrapondo a ideia corrente de que todo usuário de crack se torna dependente⁴³. Essa parcela é composta por alcoolistas crônicos e tem o álcool e não o crack como principal droga de abuso, e por usuários de outras drogas que não se consideram usuários abusivos ou dependentes de nenhuma substância.

Apesar da cocaína ser substancialmente a mesma droga que o crack, o que muda é o valor e a forma de autoadministração. O crack é vendido por um valor muito mais baixo, é considerado a droga dos pobres,

⁴² Conforme experiências prévias neste e em outros serviços para essa população, corroborando Brasil (2009), Bastos e Bertoni (2014), Rui, Fiori e Tófoli (2016) e Mayora (2016).

⁴³ Corroborando Garcia (2016a), Rui, Fiori e Tófoli (2016), Alves (2015), Bastos e Bertoni (2014) e Brasil (2009).

dos desclassificados sociais (SOUZA, 2016). A cocaína é mais cara e difícil de conseguir no contexto da rua se comparada ao crack. É aspirada em formato de pó, este processo pode ser feito de uma maneira muito discreta e “limpa”, sem exalar cheiros e necessitar de apetrechos ou utensílios, e em praticamente qualquer ambiente com o mínimo de privacidade, banheiros de restaurantes, casas noturnas ou dentro de um carro. Já o consumo do crack envolve a combustão das pedras para que a fumaça seja inalada, envolve algumas ferramentas como cachimbos, latas, papel alumínio, cinzas de cigarro e outros a depender da preferência de cada usuário, exala um odor característico semelhante a plástico queimado⁴⁴. Se comparado com a cocaína o efeito é muito mais rápido e potente, quase que imediato após o uso, porém, dura menos tempo, sendo necessário repetir o processo com maior frequência para manter o efeito desejado.

Por estes motivos a cocaína é pouco utilizada na situação de rua e é vista como uma droga de elite. Aparece ligada a momentos mais específicos como algum tipo de lazer, ao se frequentar algum evento ou festa em que o uso do crack não é possível, ou na companhia de usuários que não pertencem ao mundo das ruas e que tem preferência pela cocaína aspirada. Crack e cocaína podem ser usados também para cortar o efeito da embriaguez do álcool.

A maconha é vista como uma substância sem potencial de causar prejuízos a quem consome, está relacionada aos momentos de descontração, lazer, socialização e para relaxar. É considerada leve tanto em seus efeitos agudos quanto a longo prazo, é usada em diferentes momentos do dia e sem muita preocupação ou autocensura. Especificamente tem a função de abrir o apetite quando o usuário irá se deparar com uma possibilidade de alimentar-se fartamente, de induzir ou estimular o sono e como “remédio” para interromper o efeito do crack e da cocaína ou controlar os mesmos.

Julguei curioso o fato de que havia alguns relatos de que era mais facilmente encontrado no centro da cidade o crack do que a maconha. Em uma ocasião em que estava tendo uma conversa sobre Redução de Danos com o morador Almir, que só conseguia amenizar a fissura pelo uso de crack fumando um cigarro de maconha, o mesmo me descreveu que há anos não se encontra maconha de boa qualidade pela região central. Segundo ele, o que têm é muito ruim. É preciso ir aos bairros mais periféricos para se conseguir algo satisfatório. Em sua opinião, os

⁴⁴ Para maior aprofundamento sobre os modos de uso de crack e a parafernália envolvida ver “capítulo 3” de Alves (2015).

pequenos traficantes que ficam pela região central perceberam que não vale a pena vender maconha, pois o preço é baixo e compra-se muito pouco, já o crack o usuário tende a comprar até que esgotem os seus recursos, pela forte compulsão que o uso causa. Almir também se queixou de que mesmo os vendedores tendo maconha eles lhe oferecem o crack, pois sabem de sua dependência e que ele não consegue recusar este último⁴⁵.

Os discursos confluem na ideia de que é muito difícil estar em situação de rua e não usar drogas, em praticamente todo ambiente ela está presente e muitas das relações entre os próprios moradores é mediada pelo uso. Há certo consenso de que usa-se muito mais drogas estando nas ruas do que fixado, tanto pela necessidade constante de controle da exposição ao frio, fome, sono, medo e inúmeras hostilidades, quanto por ser um potente socializador. Parece haver um ciclo contínuo difícil de romper, quanto mais se usa a droga, mais difícil de se auto gerenciar e implementar mudanças em suas vidas, isso gera frustração e o uso aumenta como forma de lidar com esta.

4.2.5 Trajetórias biográficas à deriva

Mais do que frequente, é condição inicial de qualquer conversa com quem vive ou viveu nas ruas ouvir suas histórias de vida, estas são contadas a partir da costura de fatos na tentativa de dar conta de reconstruir e dar sentido para suas trajetórias⁴⁶. Entre acontecimentos marcantes e memórias nem sempre coerentes cronologicamente, está presente a necessidade de encontrar explicações nas histórias de perdas, ligadas aos vínculos familiares, econômicos, afetivos e comunitários, para justificar sua desvinculação e desterritorialização. Sempre há um momento de rompimento mais ou menos bem identificado, aquele momento em que se foi “parar na rua”.

A partir de uma análise mais refinada das inúmeras trajetórias biográficas com as quais tive contato, observei que esse movimento não é tão linear quanto aparenta em uma primeira exposição pelos seus atores. Muito mais do que um momento definitivo e claramente identificado em que os sujeitos rompem os vínculos institucionais e se lançam à deriva, há uma continuidade tanto de processos de exclusão social quanto de aproximação com o universo das ruas⁴⁷. A sedução exercida pelas ruas e

⁴⁵ Diário de Campo, 30/04/2018.

⁴⁶ Corroborando Frangella (2004), Escorel (1999) e Brognoli (1996).

⁴⁷ Corroborando Mayora (2016).

a “domesticação” delas como possibilidade de existir já estão presentes nos horizontes das subjetividades desde a infância.

Em uma das entrevistas aprofundadas que realizei, Jorge me contava que o momento crucial em que tomou as ruas como morada pela primeira vez, ainda quando estava em Blumenau SC, foi após se separar da esposa devido ao uso abusivo e recorrente de drogas. Em outro momento da entrevista, enquanto falávamos sobre sua infância, revelou que quando criança com 10 a 11 anos de idade, já tinha por hábito passar uma noite ou outra fora de casa:

Eu morava em Guaratuba (litoral do Paraná), passei minha infância lá, eu aprontava muito, desde pequeno, e quando aprontava o pau pegava em casa. Chegou um tempo que, como já sabia que ia apanhar do pai quando chegasse em casa, eu nem voltava. Ficava com a molecada pela rua, roubava fruta do vizinho, nós ia até os barco grande de pesca que ficava pronto pra sair pra pescar no outro dia e eles estavam abastecido, nós roubava comida, fruta, refrigerante. Às vezes dormia em um barco mesmo, as vezes ficava pela praia, achava um canto, outras dormia no barraco de um colega, dizia pra mãe dele que o pai tinha deixado [...] e assim ia.

Ao realizar o acolhimento inicial de Moreno, 45 anos, um novo morador que descrevia que era do interior do Paraná mas já tinha “*rodado meio mundo*”, interessei-me em ouvir as trágicas históricas que narrava sobre sua vida. Após um sinuoso caminho que beirava desde assaltos dignos de filme até uma pacata vida que levou no interior de São Paulo montando estruturas de palcos para eventos, chegou na sua infância na “*cidade de terra vermelha*”. Perguntei-lhe como havia começado essa vida de andanças mundo à fora. Descreveu que apanhava muito quando criança, justificou que o pai era “*do tempo da escravidão*” e só sabia se portar daquela maneira. Revelo-me cenas de verdadeiros espancamentos que sofria tanto por parte do pai quanto por parte da mãe. Em uma delas lembrou que o pai havia ficado semanas internado em uma UTI por conta de uma doença (a qual não me recordo e tampouco anotei no Diário de Campo). Nesse período, a mãe envolveu-se emocionalmente com um vizinho, e Moreno em certa ocasião presenciou a traição da mãe enquanto esta trocava beijos como o mesmo em um bar próximo de casa. Decidido a entregá-la ao pai, esperou este sair do hospital recuperado e contou tudo

que havia visto. O pai, além de não acreditar na história que ouvira do filho ainda lhe deu o que Moreno descreveu como “*a maior surra que já tomei na vida*”.

Conta que nesta época tinha apenas 13 anos, e, cansado de apanhar, fugiu de casa e foi parar no centro da capital Curitiba. Lembra que ficou pouco tempo, acredita que em torno de 3 meses, mas que ali se revelou um mundo novo para ele, aprendeu a viver com e como os meninos de rua. Ao final deste período de alguns poucos meses que não soube precisar, foi “*pego*” por algumas pessoas ligadas há algum órgão público que comparou com o “*conselho tutelar de hoje em dia*” e levado de volta ao interior do estado para a casa dos pais. Ficou algum tempo mas fugiu inúmeras outras vezes até completar 18 anos quando saiu de casa em definitivo⁴⁸.

Longe de me propor a buscar um padrão nas histórias de vida à deriva, não posso deixar de destacar a recorrência com que o fator violência doméstica, ainda na infância, apareceu nas entrevistas que realizei com maior profundidade. Interessante observar que este dado surgiu geralmente após uma investigação mais ampla sobre as trajetórias bibliográficas. Em um primeiro momento ao contarem sobre os motivos que acreditam ser responsáveis pela errância, os moradores construíam explicações ligadas à sua vida enquanto adultos, tais como divórcios, perda de empregos e abuso de drogas, porém, ao lembrarem de suas infâncias, a ocupação dos espaços públicos como local de permanência para fugir dos castigos físicos, inclusive durante as noites, era bastante presente.

Ressalto ainda que, mesmo que a violência doméstica e uma vida conturbada durante a infância sejam fatores relevantes na explicação do fenômeno, entendo que não são descolados de fatores sobrepostos mais amplos, tais como pobreza, desemprego, desigualdades sociais e outros.

Abaixo, descrevo exemplos da trajetória de dois antigos moradores da UA, com os quais mantive contato durante o processo da pesquisa, e que continuam à deriva mesmo após terem sido acolhidos na Unidade. Neste breve relato abordo os itinerários percorridos até a entrada na UA, a passagem deles pelo serviço e as ressonâncias em suas vidas após o acolhimento.

O primeiro personagem é Chico, 51 anos, estava na rua há tanto tempo que já “*não lembrava mais*”, foi acolhido na UA em agosto de 2017 e ficou até abril de 2018 quando foi desligado após 8 meses de permanência, 2 a mais do que o estabelecido como limite. O segundo é

⁴⁸ Diário de Campo, 05/04/2018.

Mauro, atualmente com 35 anos, sua trajetória nas ruas começou aos 14 anos de idade quando fugiu de trem do interior de SC e veio parar nas ruas de Joinville, onde permaneceu por quase todo esse tempo até ser acolhido na UA pela primeira vez em fevereiro de 2016 e a segunda vez em fevereiro de 2017, permanecendo por 6 e 4 meses respectivamente.

Chico foi acolhido na UA pois frequentava assiduamente o CAPS AD e vinha sinalizando para a equipe que estava querendo “*deixar de lado*” o uso de crack e sair das ruas. Nas tentativas de reconstruir sua história de vida, as falas de que passou boa parte da sua vida “*na farrá*” eram recorrentes, entre idas e vindas para a situação de rua já tinha “*perdido as contas*” do número de vezes que ficou à deriva. A última vez em que decidiu abandonar-se à errância em definitivo foi em 2014, após o falecimento da ex. esposa com quem ainda dividia a casa.

O Chico que chegou na UA era uma pessoa de difícil trato, visto pela equipe como intolerante e pelos outros moradores como “*teimoso e mandão*”, trazia um discurso imerso em queixas e uma forte fissura para o uso de crack. Carregava consigo uma longínqua história de uso pesado de drogas, desde cocaína injetável nos anos de 1980 até o uso regular de crack nos últimos 25 anos, marcas em seu corpo em decorrência de doenças como HIV, Hepatite C e baixa visão, além de um enorme ressentimento por estar sendo rejeitado por sua filha e sua enteada devido a vida que levava.

Os primeiros meses na UA foram permeados por tentativas de aproximação entre equipe e morador, e foi basicamente a partir de um gosto em comum pelo jogo de dominó com uma agente administrativa do serviço que as possibilidades foram se abrindo e os vínculos de confiança se formando. No decorrer de sua trajetória de 8 meses na Unidade, Chico propôs para si mesmo a abstinência do crack, sem que essa fosse uma imposição da equipe, a qual atingiu e manteve com múltiplos esforços pessoais e apoio dos profissionais que lhe assistiam. Empreendeu esforços nos cuidados com sua saúde, iniciou tratamento para o HIV e manteve-o, fazendo sua carga viral ficar indetectável, iniciou e finalizou o tratamento de longos meses para a Hepatite C e a correção da baixa visão através de duas cirurgias oftalmológicas. Tornou-se mais cordial e bem quisto pelos outros moradores, para se distrair e “*ocupar a cabeça*” tornou-se uma espécie de “*zelador*” da Unidade, limpava, fazia pequenos consertos e reparos, cuidava do jardim e da horta, tratava os pássaros com os restos de comida que sobrava das marmitas e passava tardes jogando dominó com quem se dispusesse. Para ele, o ponto alto de seu processo de tratamento se deu com o resgate e estreitamento dos laços afetivos com a

filha e a neta, chegando a frequentar sua casa e sendo visitado por elas na UA.

Os últimos 3 meses foram marcados pelas dificuldades encontradas em gerar algum tipo de renda para não retornar à situação de rua. Esse fato gerou uma grande angústia nas equipes e foi motivo de inúmeras reuniões das quais participei. Inúmeros também foram os esforços para auxiliá-lo na conquista de um emprego formal ou informal, possibilidades estas que ficavam cada vez mais remotas com a recusa das empresas em contratar alguém com 51 anos, praticamente sem nenhuma experiência registrada em carteira e da esquivia do próprio Chico em sair em busca de algum trabalho, ainda que verbalizasse com veemência que não queria voltar para as ruas.

Em conversa recente⁴⁹ com o agora antigo morador, ao encontrá-lo no CAPS AD onde fui participar de uma reunião, o mesmo me revelou o que já havíamos desconfiado na época, que não saía para procurar emprego pois sabia que ninguém iria lhe admitir, e, mesmo nos empregos informais onde já havia trabalhado, tinha receio de que as pessoas descobrissem que era HIV positivo e lhe tratassem com hostilidade e preconceitos. Estas eram as marcas do estigma (GOFFMAN, 1988) que Chico carregava consigo.

Por se tratar de um serviço residencial transitório, a equipe se viu obrigada a desligá-lo findando os já avançados 8 meses. Chico voltou para as ruas, mantém praticamente os mesmos *trajetos* e ocupa a mesma *mancha* de antes, com frequência vai até a UA ver os antigos e novos moradores e os profissionais com quem desenvolveu fortes vínculos ou para jogar um dominó. Em uma destas ocasiões tive a oportunidade de realizar uma entrevista com profundidade com Chico, nesta ele contou que mantém o contato com a filha, continua o tratamento para o HIV, apesar de ter retornado o uso do crack por ser “*difícil se segurar estando na rua*” tem tentado usar o mínimo possível, frequenta quase que diariamente o CAPS AD e está pensando em conversar com um antigo “*patrão*”, dono da pizzaria para quem fazia uns “*bicos*”, para ver se “*descola um troco para pagar umquinho e sair dessa vida*”.

Já Mauro vivia desde muito jovem nas ruas, ficou períodos de meses em cidades litorâneas do Estado, mas a maior parte em Joinville. Há alguns anos atrás fez uma única tentativa de saída das ruas quando ficou aproximadamente 1 ano trabalhando em uma metalúrgica com um senhor que lhe ofereceu ajuda e lhe deu este emprego, morava em um pequeno apartamento alugado, mas logo voltou a viver nas ruas.

⁴⁹ Diário de Campo, 14/05/2018.

Diferente de Chico, Mauro não tinha por costume frequentar os serviços públicos e nunca havia buscado tratamento na rede de saúde mental. Seu contato se deu inicialmente pelas abordagens do CnR que estava lhe acompanhando após fraturar o punho em uma queda de bicicleta. Por intermédio daquela equipe, foi gradualmente se aproximando do CAPS AD e amadurecendo o desejo de mudar sua situação, fixar-se e iniciar um trabalho. A partir da articulação entre estes 2 serviços e a UA foi realizado o acolhimento de Mauro.

Apesar do longo tempo em situação de rua o então morador empreendeu rápidas mudanças em sua vida, dentro de 1 mês retomou os estudos em um Centro de Educação para Jovens e Adultos – CEJA e conseguiu um emprego em uma empresa de limpeza urbana. A rápida absorção pelo mercado de trabalho formal se deu pelo fato de que, ciente de sua pouca chance competitiva pela baixa escolaridade e ínfima experiência profissional, se dispôs a trabalhar em empregos com baixa remuneração e que exigiam grande esforço físico.

Ficou durante os 6 meses sendo acompanhado pela equipe e “*ajudado a reaprender a viver na sociedade*”. Mauro não possuía mais contatos com familiares, não tinha vínculos afetivos e, portanto, a Unidade acabou se tornando a sua “*família*”. Todo esforço que fazia era no sentido de se organizar e gerenciar seu dinheiro, comprar o que desejava e pensar em uma vida nova. O desejo do uso de drogas estava presente, mas não ao ponto de interferir em seu novo projeto de vida.

Ao final do sexto mês, já havia guardado uma quantia em dinheiro para pagar o primeiro mês de aluguel em uma quitinete, comprado alguns eletrônicos como televisão, computador e celular e estava pronto para “*entrar de novo na sociedade*”.

Mauro descreveu que no segundo mês após sair da UA começou a sentir-se “*muito sozinho e enclausurado*”, o imóvel que havia alugado era minúsculo, pois priorizara uma boa localização para ficar próximo do trabalho e da escola e com o salário que recebia não tinha condições de pagar algo maior. Por este mesmo motivo também não tinha opções de lazer, todo dinheiro que recebia, após árduos 30 dias trabalhados, dava apenas para pagar as parcelas do computador, o aluguel e para se alimentar. Percebeu então que estava ficando muito solitário e “*pensando em besteira*”, resolveu “*socializar*” conforme aprendeu no CAPS AD que era importante. Procurou sair com os colegas de trabalho, contou que um pequeno grupo tinha por hábito se reunir nos finais de semana na casa de um casal que trabalhava na empresa, e resolveu aceitar o convite que já lhe haviam feito inúmeras vezes para se juntar a eles.

Ao confraternizar com o grupo descobriu que devido à baixa remuneração que recebiam pelos seus trabalhos, a única diversão que tinham era “*comprar umas linguicinhas e pão, uma garrafa de coca (refrigerante) e uma de cachaça e passar o dia entornando*”. Em questão de semanas Mauro tinha se desorganizado novamente e retomado ao uso intenso de álcool e crack e começou a faltar no trabalho, na sequência ocorreu a demissão, a inadimplência do aluguel e o retorno para as ruas.

Alguns meses depois, no verão do ano seguinte, o usuário novamente solicitou o intermédio do CnR para uma nova tentativa de inserção na UA, esta foi feita. Desta vez ficou apenas 4 meses, abandonando por conta própria a Unidade em decorrência de inúmeras frustrações. Mesmo tendo conseguido retomar o antigo emprego descreve que se sentiu perseguido por alguns colegas de trabalho, ficou com dívidas e prestações para pagar após ter utilizado limites de cartões de crédito e feito compras que não teve como pagar quando voltou para as ruas e se desestabilizou.

Desde então vive como um “*andarilho mendigão*” segundo sua própria autodescrição. Eventualmente vai até a UA para pegar ou deixar algum de seus documentos, os quais solicitou que ficassem sob nossos cuidados, ou simplesmente para fazer uma visita. Na última vez estava vestido com uma fantasia improvisada com sacolas e uma tampa de um pequeno lixeiro usando-a como capacete, contou que havia apanhado muito na última semana e que não aguenta mais a rua porque não conseguia parar de tomar cachaça⁵⁰. Ficou evidente as marcas que essa vida deixara em contraste com a vida na UA de outrora.

Ambas histórias são singulares, guardam particularidades dos desafios enfrentados por cada um dos moradores que passou pela UA mas mantiveram suas vidas à deriva apesar dos esforços empreendidos. Estas servem para ilustrar o impacto que o acolhimento teve em suas vidas, os vínculos que formaram com os profissionais do serviço que se reflete nas frequentes visitas que fazem, inclusive recorrendo à equipe quando precisam de algum auxílio, uma orientação da assistente social, guardar algum documento ou simplesmente conversar.

⁵⁰ Diário de Campo, 23/02/2018.

4.3 A CASA: OS SIGNIFICADOS DO ACOLHIMENTO RESIDENCIAL TRANSITÓRIO

Como bem alerta Brognoli (1996) essa população não se deixa capturar tão facilmente pelas malhas institucionais. As relações cotidianas entre os moradores de rua e os serviços públicos se constroem em torno da necessidade de suprir a ausência de condições mínimas de sobrevivência sob as quais se encontram, principalmente a alimentação. A comida acaba funcionando como uma troca material e simbólica e implica uma dependência constante da rede de atendimento (FRANGELLA, 2004).

É preciso refletir sobre a dupla tarefa que as Políticas Públicas assumem. De um lado a oferta de assistência, cuidado e tratamento, num esforço de reduzir o sofrimento e a exclusão social; do outro a ação disciplinadora e o controle dos comportamentos (BROGNOLI, 1996; FRANGELLA, 2004). Contra essas funções, os nômades urbanos travam um embate sutil no qual entram em cena os seus próprios desejos e necessidades. Em um primeiro momento parece haver uma domesticação e aceitação dócil das “regras do jogo”, porém, se olhado mais a fundo, é possível perceber a subversão da lógica e a recriação de outros significados para todo tipo de instituição.

Os serviços, sejam as Políticas Públicas ou instituições do terceiro setor, mesmo aqueles que assumem a função última de ofertar possibilidades de saída da situação de rua, acabam muitas vezes funcionando mais como manutenção da vida nômade do que uma ferramenta para a fixação.

4.3.1 Os que chegam e os que ficam

Dentro deste universo que não é homogêneo, mas cujos atores compartilham de certas características e de alguns aspectos de uma cultura comum, existem aqueles que acessam diretamente os serviços públicos e os que não acessam. Estes últimos, segundo relatos daqueles com quem tive contato, são os que “abandonaram-se nas ruas” e, desgostosos da vida, decidiram nunca mais deixar a errância⁵¹. Dentre os

⁵¹ Frangella (2004) também encontra estas duas distinções entre formas de estar na rua, formuladas a partir de representações feitas pelos próprios moradores de rua: “abandonar-se na rua” e “querer sair dela”.

que acessam, há os que o fazem eventualmente, ou emergencialmente, como forma de suprir alguma necessidade básica de sobrevivência, a exemplo da procura dos serviços de urgência/emergência em saúde em um momento crítico ou da busca de um albergue para passar uma noite muito fria, e os que fazem com determinada frequência e buscam se vincular principalmente com os serviços de saúde e assistência social especialmente voltados para essa população: CnR, Centro POP, Abordagem Social e também o CAPS AD.

Essa vinculação pode exercer duas funções distintas, não necessariamente excludente uma da outra. A primeira é a manutenção da vida nômade, através do acesso a banhos, roupas limpas, cobertores, alimentação, confecção de algum documento para acessar outro benefício, alguma passagem para se deslocar a outro ponto da cidade, entre outros. A segunda, que não exclui a primeira, é o auxílio para fixar-se e sair da situação de rua, através do resgate dos vínculos familiares e afetivos, recolocação no mercado de trabalho, reciclagem ou qualificação profissional, confecção de documentos, cuidados de saúde e redução ou interrupção do uso de drogas.

As pessoas em situação de rua que chegam na UA são, quase que exclusivamente aquelas que compõem este último grupo, dos frequentadores mais ou menos assíduos dos serviços públicos. Isso se dá pela especificidade da Unidade que é servir de suporte residencial transitório para quem está em tratamento no CAPS AD, ou seja, que buscou voluntariamente algum auxílio.

Essas características compõem um “perfil” dos acolhidos na UA. São pessoas que vivem tanto há muitos anos quanto há pouco tempo em situação de rua e tecem redes territoriais com diferentes intensidades e amplitudes, porém, possuem ainda um significativo grau de autogerenciamento, projetos de vida mais ou menos estruturados e melhores condições concretas de atuarem ativamente sobre seus destinos em comparação aos outros moradores de rua, em geral possuem maior escolaridade e alguma qualificação profissional. Verbalmente apresentam um desejo de sair, ainda que temporariamente, da vida nas ruas.

Logo que chegam na UA, após um processo de avaliação no CAPS AD, os novos moradores são acolhidos e ambientados com os atuais, com os profissionais e com o espaço onde será, a partir de então, sua residência por alguns meses. A adaptação se dá muito rápida, a maioria já esteve em instituições por longos prazos, Comunidades Terapêuticas e hospitais psiquiátricos, que chamam genericamente de “clínicas”, em que compartilhavam espaços coletivos com outros usuários de drogas e,

portanto, já haviam incorporado os códigos de conduta necessários para a “boa convivência”.

Assim como ocorre nas diversas situações da vida humana em sociedade, os grupos que se formam em determinado espaço ao longo do tempo desenvolvem dinâmicas e características distintas. Há épocas em que o grupo de acolhidos na UA caminha de forma mais harmoniosa compartilhando objetivos semelhantes, seja sair da situação de rua, abandonar o uso de drogas, voltar a estudar, dentre inúmeros outros. Em outros momentos existem conflitos marcantes e inúmeras divergências quanto aos propósitos e finalidades de se estar acolhido e um residencial transitório.

Dentro desta variedade de características que se configuram nos grupos, sempre há *performances* que destoam dos objetivos iniciais pactuados entre grupo e instituição.

Partindo da análise dos discursos dos informantes chaves entrevistados, é possível identificar categorias de “tipos” de moradores da UA. Trata-se a princípio, de como os próprios moradores identificam uns aos outros dentro dos seus juízos de valores e os comparam a si mesmos. São eles: 1 - Os que desejam fixar-se. Isso implica um processo de mudança nos modos de vida, inclui diminuir o uso de drogas, procurar um trabalho formal, resgatar e compartilhar as normas sociais que foram em parte abandonadas. Tal movimento demanda um imenso esforço para quem viveu nas ruas; 2 - Aqueles que querem apenas dar um tempo ou “*não querem nada com nada*”. São identificados pelos demais como “*parasitas*”, em geral não articulam movimentos de mudança seja no sentido de trabalhar suas questões de saúde mental no CAPS AD (acabam abandonando este após a entrada na UA), buscar resgatar os vínculos afetivos, se qualificar profissionalmente, acessar as redes intersetoriais ou gerar algum tipo de renda; 3 – O terceiro “tipo” são aqueles que em geral manifestam desejo e executam algumas ações no sentido da mudança, mas possuem alguma característica específica: apresentam maiores limitações quanto a execução de seus projetos pessoais, seja pela forte dependência de alguma substância, um grave sofrimento mental associado, déficits cognitivos e a dificuldade de se adaptar a um modelo de residência, mantendo-se em uma dinâmica de rua mesmo estando acolhido.

Essas categorias não são fixas ou imutáveis, perpassam também pelo papel que a equipe desempenha junto a cada *performance*. Tomemos como exemplo a análise feita por Caetano, 40 anos, ficou apenas 2 meses em situação de rua e 4 meses acolhido na UA. Está há 3 anos morando sozinho em um apartamento e trabalhando.

Eu acho que essa casa aqui pra quem quer um recomeço é o lugar certo, pra quem quer! Esse que é o negócio. Porque tem a maioria das pessoas, eu sei porque fiquei aqui, tem pessoas que vem simplesmente pra sair da rua, não passar frio, não precisar correr atrás de comida e tal [...] a pessoa quando é usuário e fala assim “a cara! eu to querendo me tratar”, você sabe se é verdade ou se é mentira, não sei explicar bem, explicar o porquê, mas você sabe, pelo jeito de conversar, essas coisas. Assim como passou muita gente aqui, tem um que eu encontro até hoje ali perto de casa e ele fala: fui lá só pra passar um tempo, dar um a engordada, sair do frio [...].

Jorge lança um olhar semelhante na tentativa de explicar as diferentes dinâmicas e motivações:

[...] tem cara que entra aqui e quer mudar, mas no decorrer do tempo vê que não é tão fácil, como é o meu caso. Outros que você sabe que entram aqui só pra dar um tempo, não quer nada com nada, tem cama quente, rango (comida) tem chuveiro pra tomar banho [...] todo mundo gosta de conforto, mas sair da rua mesmo, são poucos, mas não sei se isso é tão errado, é?

No momento em que conversávamos e me veio esta pergunta a rebote, me furtei em respondê-la, fazendo apenas um gesto de que não tinha aquela resposta. Agora, após muito refletir e estando imerso nos dados obtidos pela pesquisa, posso responder com certo grau de convicção: não penso que seja “errado” um usuário procurar a UA apenas para “dar um tempo” ou cuidar de si, afinal, compreendo que o papel dos serviços públicos de saúde não é impor algum tipo de norma, no caso da UA que os usuários mudem de um modo de vida nômade para um fixado. A finalidade deve ser a oferta de cuidado em saúde.

A partir de falas como a de Caetano e Jorge e de outros comportamentos que nem sempre se tornam explícitos nos discursos, mas que na observação direta foi possível observar claramente, identifiquei outros elementos que compõem a construção desses “tipos”.

Toda decisão envolve uma avaliação de custo-benefício, e para os marginalizados em situação de rua não é diferente. Em geral, os

empregos, carro chefe para a efetiva saída das ruas, aos quais essa população tem acesso (quando tem) são pessimamente remunerados, exigem uma rígida disciplina e esforço físico acima da média. No final das contas, os usuários acabam avaliando que é mais vantajoso manter a vida nômade na qual se consegue o mínimo para sobreviver, apesar de todo sofrimento, do que trabalhar exaustivamente para obter pequenos confortos, dado o fato do alto custo de vida no município de Joinville. Trata-se, em última análise, de uma questão também econômica.

Temos inúmeros exemplos de moradores que iniciaram trabalhos formais nas grandes indústrias, os chamados “chão de fábrica”, e acabaram não dando conta por não conseguirem cumprir o horário rígido, frustrarem-se com facilidade frente aos inúmeros desafios e principalmente em relação a baixa remuneração. Em contraponto, a vida nas ruas parece menos onerosa sob a avaliação de muitos:

Tem gente que consegue as coisas muito fácil na rua, pessoa que tem lábia chega em um e consegue comida, dinheiro, tudo, consegue tudo fácil, e tem gente que se adapta na rua, tem gente que cai em qualquer canto e dorme, no meu caso eu não conseguia dormir na rua [...] tem os que gostam dessa vida, a maioria dos restaurantes dá a comida, vai a noite ali na estação tem ali o Seu João que dá comida, aí o cara tem a lábia e pensa, porque vou trabalhar? (Caetano).

Ao entrar na UA os sentidos vão sendo produzidos e transformados conforme as situações vão sendo experimentadas. Esta relação custo-benefício também é constantemente reavaliada, entra em jogo a dificuldade do processo de transição do universo livre das ruas e com poucas regras, para um ambiente onde as relações geram conflitos e frustrações, mas que, por outro lado, oferece confortos e benefícios.

A partir desta perspectiva, reside uma complexidade maior na dualidade entre lançar as âncoras em um cais ou continuar remando sem destino. Assim como percebo que são múltiplos e sobrepostos os fatores que levam os sujeitos a lançarem-se à deriva, também o são os fatores que contribuem ou não para a manutenção deste modo de vida.

4.3.2 O tempo e o espaço na casa

Ainda que a Unidade seja uma espécie de híbrido, uma mistura entre uma casa e um serviço de Saúde Mental, a mesma tem como pretensão reproduzir ao máximo possível um ambiente residencial. Porém, mais importante do que ela reivindica como sendo seu papel é o que realmente ela representa para quem faz uso dos seus serviços. Empiricamente observei que há uma apropriação deste espaço como casa pelos usuários, os mesmos cozinham, assistem televisão juntos, reivindicam direitos, cobram dos colegas a manutenção e limpeza dos ambientes, recebem visitas, enfim, organizam-se no tempo e espaço da casa como ocorre em qualquer residência compartilhada.

O papel que a UA deve desempenhar gera dúvidas e contradições inclusive na equipe, ou talvez muito mais nesta do que nos moradores. Em uma reunião de equipe⁵², discutia-se sobre o “dormir no sofá”. Os questionamentos eram se deveríamos permitir, uma vez que o serviço é também a casa dos usuários segundo alguns defensores, ou se deveríamos colocar algumas regras proibindo tais práticas, pois trata-se de uma unidade de saúde com eventual circulação de profissionais de outros serviços, estudantes, pessoal da manutenção, dentre outros, e logo não seria de “bom tom” ter alguns esparramados pelos sofás.

Na ocasião, limitei-me ao papel de observador e tomei aquela discussão como um importante dado etnográfico. Sem necessariamente ter que conversar com os participantes da pesquisa, uma vez que eram pessoas de fora falando (profissionais), presenciei a descrição de comportamentos compartilhados pela cultura daquele grupo que eu pesquisava, e o que estes comportamentos diziam sobre o significado que aquela casa, aquela sala, e aquele sofá tinha para eles. Concluí que os significados naquela situação eram de proteção, segurança e familiaridade, ao ponto que se permitiam dormir nos sofás sem questionarem se era adequado ou não àquele espaço.

Após aquela reunião comecei a observar mais atentamente como se dava o sono dos moradores. Recordo que a dificuldade em dormir, decorrente da preocupação com a segurança física, era a queixa mais frequente ao se relatar sobre as adversidades enfrentadas nas ruas. Diferentemente, na UA as horas de sono eram longas e despreocupadas.

Certo dia chamou-me a atenção Jorge dormindo no sofá. Era uma quarta feira chuvosa e movimentada na Unidade, estávamos em reunião

⁵² Diário de Campo, 12/02/2018.

com a equipe do CnR e praticamente todos os moradores estavam em casa, pois nas quartas pela tarde não há atividades no CAPS AD. Mesmo com o movimento pela sala de estar, as conversas em volume alto na sala de reuniões e todo tipo de barulho em uma casa com 15 pessoas circulando pelo ambiente, Jorge dormia profundamente no sofá abraçado em uma almofada⁵³. Lembrei-me que o usuário logo que acolhido trouxe como queixa um “*grave problema*” com o sono, contava que os meses passados nas ruas haviam lhe causado tamanho impacto que praticamente não conseguia dormir. A enfermeira lhe sugeriu uma consulta com o psiquiatra para avaliar o uso de alguma medicação que pudesse lhe auxiliar na indução do sono, mas Jorge se recusou.

Abro aqui um parêntese para problematizar como a medicalização dos sintomas da vida cotidiana que estão relacionados ao contexto já é prática recorrente não só da psiquiatria, mas da cultura ocidental em geral. A medida que a prática médica se insere na vida cotidiana os discursos se apropriam desta racionalidade e cada vez mais a vida torna-se medicalizada (CAPONI et al. 2010). A Atenção Psicossocial procura romper com a medicalização da vida e construir outras possibilidades de lidar com as adversidades, uma residência transitória para usuários de drogas é um exemplo concreto disso. Na situação acima relatada, podemos perceber que o uso de um artifício médico para suprir uma demanda social não interfere na estrutura do problema, e sim, apresenta-se apenas como um paliativo sem voltar a atenção para os determinantes deste.

Tanto a recusa de Jorge para tomar um remédio para dormir como a efetiva melhora de seu sono com o passar dos dias na UA, revelam a importância do contexto na construção dos condicionantes da saúde mental dos sujeitos. Viver em uma casa é sinal de proteção e baixa exposição a riscos e perigos, nas ruas há uma tensão constante pelo medo de furto e da violência, o que gera um elevado grau de hipervigilância e estresse nas pessoas que vivem nestas situações.

As fotografias feitas por Jorge no contexto da oficina realizada nos meses de abril e maio de 2018 também revelam o caráter de proteção, relacionado principalmente ao sono, que a UA simboliza para o morador. Diferente de outros que me surpreenderam retratando em suas fotografias a equipe e outras peculiaridades inusitadas, Jorge fotografou coisas bem concretas da vida cotidiana, dentre elas a sua cama com o celular em cima.

⁵³ Diário de Campo, 14/03/2018.



Concretas também foram suas respostas quando questionei o significado de tal imagem: *“Aqui é minha cama e meu celular. Como era para fotografar o que a UA representa pra mim, é isso. Representa que eu posso dormir tranquilo e deixar minhas coisas sem me preocupar que alguém vá roubar”*.

Além da qualidade do sono, a UA é espaço de produção de outros sentidos. Se antes as praças eram os palcos eleitos para as trocas sociais e as ferramentas de mediação utilizadas eram as drogas, na UA os palcos e o leque de ferramentas se ampliaram.

A imagem abaixo retrata a sala de estar da Unidade, ali ocorrem as mais variadas interações e é o local eleito como núcleo de convivência da casa. Zeca, ao capturar tal imagem, não soube descrever verbalmente o que ela significava, mas contou-nos que achou bonita a imagem de nós ali conversando, e que a UA era assim para ele: *“pessoas reunidas conversando”*.



A sala é o principal ambiente da casa em que as pessoas se encontram e interagem ao longo do dia. Neste espaço é onde as relações são mais horizontalizadas, profissionais e moradores conversam sobre assuntos corriqueiros dos mais variados e a dinâmica flui naturalmente, independentemente de quem esteja presente no ambiente.

Pela manhã, assim como em todo resto da casa, a sala é pouco movimentada, em geral os moradores estão em atividades no CAPS AD, procurando emprego ou trabalhando, estudando ou fazendo as mais diversas atividades. Os profissionais estão envolvidos em tarefas administrativas, reuniões e outros compromissos. No período da tarde o ritmo diminui e mais moradores encontram-se em casa, os que não estão ocupados passam a tarde interagindo entre si e com os profissionais, os quais também tem seus tempos mais livres. À noite quase todos estão em casa, exceto um ou outro que estuda no CEJA ou faz algum curso profissionalizante. Neste período a equipe de plantão diurna é substituída pela equipe noturna, apenas 2 agentes administrativos, e a grande maioria na casa é de moradores.

Neste espaço sempre muito ocupado, as relações são mediadas por duas ferramentas principais: a televisão e o jogo de dominó. A televisão é o lazer mais consumido pelos moradores, assim como pressuponho que seja na grande maioria dos lares brasileiros. Apesar de estar na maior parte do tempo ligada, nem sempre é o motivo pelo qual as pessoas se sentam nos sofás da sala, mas acaba sendo a figura de fundo da troca social.

Alguns moradores em específico sinalizam o gosto que tem pela possibilidade de desfrutar do aparelho, ao qual não tinham acesso na rua. Almir descreveu em um momento de reavaliação de seu PTS junto à equipe técnica, o como é gratificante poder se informar através dos telejornais e poder saber o que se passa no Brasil e no mundo. Segundo ele: “*na rua a gente fica alienado da sociedade em todos os sentidos, sem acesso à informação*”⁵⁴.

Assistir a filmes nas noites e nos finais de semana também é uma atividade de lazer recorrente e uma das preferidas entre os usuários. A prática envolve necessariamente o estreitamento dos laços entre eles e com a equipe, quando essa participa da atividade. Perpassa pela decisão de qual filme escolher para assistir, de quem fará a pipoca, o suco, o café ou outro alimento para acompanhar a recreação, e os comentários e avaliações sobre o filme escolhido.

O jogo de dominó esteve em evidência durante todo o período de *imersão* como potente ferramenta de mediação de trocas sociais. Inicialmente introduzido na rotina da Unidade por uma agente administrativa e o antigo morador Chico, que estreitaram os vínculos devido ao gosto em comum pelo jogo, o mesmo tornou-se um passatempo adotado por todos que se encontravam ociosos na sala de estar.

Outro palco da casa que trazia significados diversos e foi eleito como cenário a ser fotografado é o “fumódromo”. Uma área coberta com uma mesa estreita e comprida, cadeiras, uma churrasqueira, duas redes e um rádio, com vista para um pequeno jardim e uma piscina (inutilizada há mais de 2 anos por falta de manutenção), era não só ocupado para se fazer uso de cigarros, mas também para descansar, conversar, ouvir música e fazer alguns tipos de artesanato, como a própria rede que aparece na fotografia abaixo feita a mão por um antigo morador e registrada pelo morador Max.

⁵⁴ Diário de Campo, 25/05/2018.



Max, ao contar sobre a fotografia, revelou que tentou dar destaque para aquele espaço da casa pois simbolizava muita coisa para ele, era o local que ia quando queria relaxar e refletir sobre a vida: *“eu fico aqui deitado nessa rede e minha cabeça vai longe, coloco uma música e isso me acalma”*.

Este espaço, como já foi descrito em outro momento, também acaba sendo muito utilizado pelos profissionais para fazer algum tipo de intervenção que não necessita de privacidade, pois o ambiente é agradável e identificamos que os moradores ficam visivelmente à vontade nele, deitados nas redes e ouvindo música. Entre os próprios moradores também há uma interação frequente naquele espaço, permanecem tendo longas conversas contando um pouco de sua história ou seus projetos para o futuro.

A cozinha da Unidade é bastante reduzida em tamanho e com apenas uma pequena mesa de material PVC. Existem mais duas destas mesas na sala e as refeições não são feitas coletivamente, cada um come no momento em que deseja ou está com fome. Uma característica que contribui para tal prática é que as principais refeições servidas na UA vêm prontas de uma empresa de alimentação terceirizada pela prefeitura, o que, em meu olhar, perde a riqueza da prática de compartilhar a preparação dos alimentos e da realização das refeições feitas em grupo enquanto lugar de produção de subjetividade.

Os palcos e ferramentas de produção de vida na UA não se limitam a própria casa. O trabalho desenvolvido busca proporcionar a ocupação de diferentes territórios e a produção de contratualidade nestes, porém, sob uma perspectiva diferente das quais os usuários estavam acostumados enquanto moradores de rua. Além das atividades com “fins terapêuticos” como a frequência no CAPS AD, UBSF, Centro Pop e outros serviços, alguns passeios, atividades de lazer e ocupação de espaços públicos são realizados com frequência.

A própria oficina de fotografia é um exemplo de ferramenta utilizada para ampliar as redes de relações dos moradores. A mesma proporcionou para os usuários da UA, mais do que momentos de lazer e de aprendizagem, acesso a uma câmera fotográfica profissional com a qual nunca antes tinham tido contato, imersão no universo desconhecido das artes visuais, contato com estudantes de jornalismo e uma série de relações sociais que a atividade possibilitou.

Essa oficina foi, de forma muito sensível, registrada por Chico para demonstrar em forma de imagens o que a UA significava em sua vida. O usuário descreveu que tirou fotos da própria atividade pois aquilo resumia para ele o que era a UA: “*Significado? Esse é o verdadeiro significado, é isso aqui! Quando eu ia ter uma manhã gostosa dessas estando na rua?*” Referindo-se a uma imagem que capturou de uma mesa de café da manhã ao ar livre que a equipe e os moradores haviam preparado para receber a professora e os alunos de jornalismo que iriam ministrar o curso.



Elis, uma antiga moradora e uma das poucas mulheres que foram acolhidas na UA, com a qual fiz uma entrevista com profundidade, contou-me que através destas apropriações de outros espaços e a circulação em diferentes territórios começou a se perceber como uma cidadã: “[...] *aqui eu tinha o que fazer, vocês levavam nós pra tudo quanto é lugar, até no teatro, coisa que nunca tinha entrado [...] ver o balé lá, lembra?*” referindo-se a uma ocasião na qual levamos ela e outro morador assistir a um espetáculo de formação de plateia do balé Bolshoi no Teatro Municipal. “*Foi aqui que eu comecei a me sentir mais “gente”, sabe, ver que eu podia frequentar outros lugares, perdi a vergonha que antes eu tinha porque era uma moradora de rua, comecei a cuidar mais de mim, da aparência [...]”*”.

Na entrevista, Elis contou como tem organizado sua vida atualmente, quase 2 anos após sair da UA. Fez importantes reflexões sobre o tempo, como construiu formas de administrá-lo em uma casa, que é diferente do tempo nas ruas conforme descrevi no capítulo anterior.

Sabe Diogo, o que eu mais aprendi aqui com vocês foi cuidar da minha rotina, eu aprendi que tem que ter uma rotina, tem que se organizar. Na rua você sabe que a gente vai indo, não tem nada disso, se tem fome vai atrás de comida [...] e a droga ocupa muito nosso tempo também. Agora, por mais que eu não esteja trabalhando eu tenho hora pra tudo [...] (descreve todas as etapas de sua rotina). Foi aqui que eu comecei a perceber que tem que ser assim, senão fica desorganizado, fica igual quando tava na rua. Na verdade eu não sei se estou certa, estou? Mas está dando certo. Não foi vocês que me falaram: ó, faz assim, faz assado, não, fui meio eu mesma que comecei a perceber que eu tinha que ir no CAPS, ir nas consultas, na escola a noite, tinha compromisso [...] tem que resolver as coisas, cuidava do meu quarto, lavava as minhas roupas, e assim também a gente não pensa mais na droga, ocupa a cabeça [...] hoje eu levei isso pra minha vida, e é assim que eu to conseguindo me manter de pé.

4.3.3 Cuidando de si

Independente do desejo por grandes mudanças e de se fixar em um estilo de vida permeado pelos vínculos familiares e trabalhistas, a UA possibilita o cuidado consigo. A partir do momento em que as necessidades básicas como alimentação, sono, segurança, higiene e outras começam a ser supridas, diferentes graus de autocuidado são evidenciados. Os cuidados com o próprio corpo, o retorno ao estudo formal ou a busca por qualificação profissional e o resgate dos vínculos afetivos são os movimentos de cuidar de si mais observados entre os moradores.

Nas primeiras semanas de acolhimento na Unidade são perceptíveis as mudanças no aspecto visual. Perdem aquela aparência emagrecida característica dos usuários pesados de drogas, observa-se um cuidado maior com a frequência dos banhos, em barbear-se e cortar os cabelos, em lavar as roupas e na imagem em geral.

Um ponto que chama a atenção é a grande procura dos moradores por atendimento odontológico, tal preocupação se dá mais por questões estéticas do que de saúde propriamente dita. Esse incômodo com a aparência dos dentes ocorre devido ao amarelamento, manchas escuras e a perda de vários deles decorrente da pouca higienização e o contato com a fumaça de algumas drogas. Revela um ponto simbólico de transição do abandono do próprio cuidado nas ruas para um olhar voltado para si, inclusive com questões estéticas outrora negligenciadas.

Os cuidados com a saúde são mediados pela equipe, é feita a aproximação com o CAPS AD, daqueles que ainda não tem uma relação tão próxima, e com a UBSF. A atenção básica é muito pouco acessada por essa população, ouvi mais de uma vez relatos de usuários que diziam preferir conviver com uma enfermidade a passar pelos constrangimentos e preconceitos que sofrem nestes ambientes. Com o início e a efetiva ação do CnR essa aproximação vem sendo estreitada e, com êxito, a equipe consegue frutíferas aproximações entre moradores de rua e as unidades básicas de saúde. Para a média e alta complexidade do sistema de saúde são feitos encaminhamentos a depender da demanda de cada usuário.

É uma população que, pelas condições de vida, apresenta elevados níveis de problemas de saúde e pouca atenção recebida. Não incomum, ao entrar na UA inicia-se uma verdadeira maratona de consultas, exames, cirurgias e vários outros procedimentos de saúde. Desde o já citado cuidado com a saúde bucal, passando por orientação nutricional, o início do tratamento de doenças infecto contagiosas, com destaque para as doenças de pele muito comuns pelo acesso limitado às condições básicas

de higiene, até procedimentos cirúrgicos complexos e uso de medicações de alto custo.

O investimento feito pelo serviço e o olhar atento às questões de saúde são frequentemente lembrados quando perguntado diretamente aos moradores o que mais lhes marca quando pensam em suas trajetórias na UA. Almir ressalta com frequência o itinerário de cuidado com sua saúde que iniciou após o processo de acolhida na Unidade:

Apesar de ainda não ter conseguido um trabalho, graças a Deus eu conquistei um monte de coisa aqui na casa, to cuidando da minha saúde, voltei a tomar os remédios, to fazendo um monte de exames pra ver se agora eu finalmente descubro o que tenho. Antes eu quase não ia no médico, agora to com a agenda cheia (risos) as meninas lá do PAM do Bucarein já me conhecem de tanto que eu vou lá. Agora quero saber dos meus óculos, vou atrás disso [...].

Uma outra maneira de cuidar de si que emerge das falas e observa-se nos movimentos dos moradores é o reingresso na educação formal. Quando o assunto é agir sobre o próprio destino a educação é vista como uma das possibilidades de “*mudar de vida*”. Pedro atribui à UA o papel de mediadora de seu processo de saída das ruas, e afirma que durante sua estadia na Unidade viu no retorno ao estudo o melhor modo de dar um novo rumo para sua vida:

[...] naquela época, a primeira vez que eu fiquei aqui, eu tava muito “deprimidão” e acho que vocês entenderam isso, não ficaram me cobrando tanto pra eu ir procurar emprego, falaram que era bom eu terminar o ensino médio, que isso ia me ajudar. E realmente, se eu peguei no [...] (empresa onde trabalhou) foi porque eu tava com o estudo terminado, terminado não porque eu tenho a vontade de um (curso) técnico e até uma faculdade. Mas o segundo grau já é um bom começo.

O antigo morador retomou os estudos no CEJA e concluiu o último ano do ensino médio que faltava, motivado principalmente pela possibilidade de reduzir o tempo restante de estudos para 6 meses, conforme a metodologia adotada pela educação de jovens e adultos.

Assim como ele, outros retornaram aos estudos motivados pela dinâmica flexível e a facilidade com a qual se adaptam a este método de ensino. Alguns seguiam com o projeto após saírem da UA outros abandonavam.

A possibilidade de se qualificar através de cursos profissionalizantes ou técnicos também se mostra muito atrativa para os usuários que passam pela Unidade. As secretarias de Assistência Social e de Educação do município, além de algumas parcerias com a iniciativa privada, proporcionam a realização de alguns cursos para qualificação de pessoas de baixa renda.

Moreno, neste tempo que está na casa, pouco mais de 4 meses, já fez três cursos profissionalizantes, um de elétrica, um de hidráulica e um complementar de NR35, que habilita para o trabalho em altura. Os dois primeiros fazem parte de um projeto conjunto entre o Centro Pop e uma grande empresa nacional de tubos e conexões, o último foi uma cortesia de um dos seus professores do curso de hidráulica que também ministra aulas na escola que oferece o curso.

Esse tipo de contato com diferentes grupos sociais, além da própria finalidade educacional em si, articula a ampliação das redes de relações e põem o usuário em contato com novas possibilidades de construir seu projeto de vida. O resgate dos vínculos afetivos é um dos eixos que geralmente está incluso na construção desse projeto.

Com o passar das semanas e dos meses, após a entrada na UA, há um movimento pelo estreitamento ou resgate do contato com pessoas com quem o agora morador ainda possui algum vínculo afetivo, geralmente familiares. Os vínculos com o núcleo familiar, ou seja, aqueles com quem se dividia a casa, como o cônjuge, filhos, pai, mãe ou outros, em geral encontram-se rompidos ou muito desgastados, sendo esse rompimento, em diversas situações, o principal desencadeador da ida para as ruas. Os familiares, mesmo aqueles que não desejam reatar os vínculos com o usuário como um dia já foram, de maneira geral correspondem positivamente a reaproximação, uma vez que manifestam expectativas que o familiar abandone a vida à deriva e o uso de drogas.

Além da família, outros vínculos são estabelecidos nesse processo. A igreja, principalmente as evangélicas, exercem um papel muito ativo no estabelecimento de relações afetivas e de suporte com esse público mais vulnerável. O exemplo do curso que Moreno ganhou de cortesia do professor que lhe ensinava hidráulica, e também era um “irmão da igreja”, ilustra essa relação. O professor apadrinhou o usuário e inseriu-o em suas relações comunitárias, uma vez que Moreno não tinha mais contato com as duas filhas, já adultas, e mantinha relações apenas com

uma irmã que morava em outra cidade, não possuindo nenhum outro suporte social a não ser o que os serviços públicos lhe ofereciam.

4.3.4 O cuidado em liberdade

Os itinerários de vida de usuários de drogas em situação de rua são marcados pelos inúmeros contatos com serviços e instituições que oferecem algum suporte para que possam “abandonar o mundo das drogas”. Essas instituições têm como função a tentativa de propor uma nova norma de vida para esses sujeitos, tirando-os da situação de rua e impondo a abstinência total de qualquer droga como meio para mudar sua condição (ALVES, 2015). Entre Comunidades Terapêuticas, Hospitais Psiquiátricos e Clínicas de Tratamento, existem diversos serviços que se dedicam a essa missão.

Dentre as variações existentes, o isolamento do sujeito de seu contexto social e a abstinência do uso são os imperativos que norteiam as práticas de tais serviços. Partindo de paradigmas diferentes, as UA, fruto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tomam como modelo a máxima enunciada por Franco Basaglia, líder da Reforma Psiquiátrica Italiana que inspirou a brasileira, de que “a liberdade é terapêutica”.

Tomo a fotografia a seguir como ponto de partida para a análise que o significado de ser cuidado em espaço aberto tem para os usuários.



A seguinte fotografia foi produzida pelo morador Max. Mesmo tendo ficado poucas semanas acolhido na UA, devido a facilidade que teve de se reorganizar e começar a trabalhar em uma grande empresa de fundição de ferro, o usuário teve a sensibilidade de captar e descrever de forma objetiva o que é para muitos moradores que já passaram pela Unidade o significado primordial do acolhimento em uma UA: a possibilidade de receber cuidado em liberdade.

Na manhã ensolarada do sábado em que os moradores estavam fotografando, Max veio até mim, mostrou-me a referida imagem ainda na câmera e disse: “*Essa é a minha foto para o seu trabalho*”. Eu, atentando-me ao cuidado que o mesmo teve com a distribuição das linhas e simetrias no enquadre retangular, fiz uma observação sobre como a arquitetura da casa parecia contemporânea, apesar de se tratar de um imóvel de décadas de existência. “*Sim, ficou bonita, mas não é isso!*” replicou ele, “*a porta está aberta*”, chamando minha atenção para um detalhe que eu havia ignorado completamente. “*Isso é o que significa essa casa para mim, a porta aberta!*”.⁵⁵

As comparações com outros modelos de tratamento apareceram em inúmeras situações por diferentes usuários, refletindo o caráter inovador e contra hegemônico de um cuidado residencial com portas abertas:

Cara, eu já perdi as contas de quantas clínicas já fiquei, você fica lá nove meses, é bom? é, as vez é em fazenda, que por um lado é bom que o cara fica lá isolado, tem bicho pra cuidar, mas também tem que trabalhar muito, e rezar bastante também, coisa que eu já não gostava. Até aí tudo bem, o cara aguenta. Mas e daí quando sai? As loucuras do cara saem com ele, a sociedade não mudou, e a vontade de usar vem grande. O que é a primeira coisa que o cara faz quando sai de lá? Vai usar! (Jorge).

A UA tem como proposta, além do cuidado em liberdade, reproduzir da forma mais próxima possível um ambiente residencial, isso implica estar geograficamente localizada em um ambiente urbano, de fácil acesso aos serviços, comércio e a vida social em geral. O objetivo é que gradualmente os moradores possam se apropriar dos territórios e construir outras possibilidades de *trajetos*, produzir novas

⁵⁵ Diário de Campo, 07/04/2018.

contratualidades e ampliar suas redes de dependência (KINOSHITA, 2001).

Os moradores entram e saem da Unidade conforme bem entendem, há alguns combinados que são feitos com a equipe como a importância de se avisar quando está saindo, onde vai e mais ou menos que horas vai voltar, mais por uma questão de segurança e organização da casa do que de controle. Salvo raras exceções de usuários com uso de um grande volume de medicação psiquiátrica, ou com quadro de saúde mental não estabilizado, fazem-se acordos para que as saídas sejam acompanhadas por algum profissional.

O fluxo na casa é constante, os moradores vão ao CAPS AD, à escola, procurar emprego, passear, visitar amigos, família, acessam os serviços de saúde de referência no território em que a UA está inserida, eventualmente saem para usar algum tipo de droga e uma infinidade de outras tarefas cotidianas, sem que isso afete de forma substancial o que se entende por tratamento. Pelo contrário, funciona como uma espécie de laboratório para quando acontece algo de desestabilizador, seja pelo uso de drogas ou não, o usuário tenha todo o suporte para lidar com o que está ocorrendo ali mesmo no momento.

No início de uma tarde de sexta feira estávamos a assistente social e eu conversando em uma sala que utilizamos para fazer alguns acolhimentos e escutas individuais quando chega Moreno, praticamente correndo, vindo da rua. O mesmo entra na sala e com a respiração ofegante e os olhos cheios de lágrimas, conta que acabara de passar por um sujeito que lhe ofereceu uma pedra de crack quando estava a caminho da secretaria da educação para ver alguns papéis para voltar a estudar. Descreveu muito abalado que o simples fato de ver a droga na mão do sujeito lhe despertou o que classificou como um “*ataque de pânico*”, muita vontade de usar, náuseas e ansiedade.

Naquela situação pudemos observar *in loco* os sintomas e sinais que um usuário pesado de drogas manifesta quando fica frente a frente com a substância, mas, para muito além disso, foi possível intervir no momento certo e fazer as devidas considerações necessárias.

Ao final da tarde, Moreno muito mais calmo, dirigiu-se a mim e refletiu:

É seu Diogo, agora eu entendo quando o senhor fala que às vezes a gente tem que enfrentar a situação. Se eu não pudesse sair, tivesse preso, jamais ia passar por uma situação como essa, mas também não ia aprender como aprendi agora mais

cedo com vocês, que eu posso controlar esses meus medos. Entendi também porque vocês não prendem nós aqui, deixam solto [...] cada um tem que saber se cuidar, e isso é bom.

E continuou:

[...] vou te contar uma coisa, naquela vez, lá no começo quando eu entrei aqui, que eu não consegui me controlar e tinha usado, eu vim direto pra pegar minhas coisas e ir embora, porque pensei: eu saí sem avisar, enchi o rabo de droga, os caras vão me manda embora! Certo. Ai eu fiquei surpreso quando eu cheguei e o senhor falou que era pra eu entrar, ir tomar um banho e descansar. Nos outros lugar que eu fiquei “é tchau”, vacilou não tem volta. Pensei comigo: eu faço cagada e os caras ainda me tratam bem. Ai que eu comecei a entender qual era a coisa por trás, qual que é o plano de vocês, e hoje eu posso dizer que dá certo viu⁵⁶.

O cuidado em liberdade desperta uma certa estranheza quando o usuário chega para ser acolhido na UA, mas ao mesmo tempo um aumento no senso de responsabilidade. Não há um controle por parte da equipe sobre o que é feito da porta para fora, entretanto há uma autovigilância maior para manter aquilo que é contratualizado entre o grupo. Existe uma cobrança entre o próprio grupo de moradores sobre a responsabilidade e comprometimento com os horários de saída e chegada, que em geral são discutidos e votados coletivamente em assembleias. Esse tipo de comprometimento com os próprios pares acaba exercendo uma série de funções autor regulatórias: não passar a noite fora sem avisar, não chegar sob efeito de drogas e preservar pela segurança do local.

4.3.5 A função das drogas enquanto acolhido

O tema das drogas não só perpassa o acolhimento na UA mas além de tudo é estruturante na razão de ser deste dispositivo. Como já foi dito, a existência de um residencial transitório ligado ao cuidado às pessoas

⁵⁶ Diário de Campo 11/05/2018.

com demandas decorrentes do uso de substâncias em Saúde Mental é uma tentativa de ofertar respostas para enfrentar efetivamente um complexo problema que faz parte do cotidiano das grandes cidades brasileiras.

Dentro da perspectiva da Atenção Psicossocial no Brasil, os serviços de saúde não têm como vocação ofertar tratamento com foco exclusivo na interrupção total e imediata do uso de drogas, mas oportunizar ferramentas para que os usuários criem ou ampliem suas habilidades de gerenciar suas próprias vidas com o mínimo de danos possíveis causados pelo consumo de drogas, seja interrompendo o uso ou não.

Seguindo essa linha, o trabalho executado na UA não tem como alvo principal a procura pela abstinência, mas sim acolher o sujeito em sua singularidade e, identificando-se que o abuso de drogas é um problema que lhe impede de seguir com seus projetos, trabalhar para que o uso seja controlado, reduzido ou abandonado.

O que tenho constatado já há algum tempo, e confirmado através de uma análise durante o processo de *imersão*, é a redução ou interrupção do uso por praticamente todos que são acolhidos na UA. Em geral há um esforço para o abandono total do uso de drogas, principalmente o crack e álcool. Entretanto, percebe-se uma especificidade em relação a maconha e uma tendência à manutenção do seu uso em muitos casos, por esta não ser considerada uma substância perigosa ou prejudicial.

Existem pequenas particularidades ligadas ao uso de cada substância em específico. O uso do crack está bastante relacionado ao contexto das ruas pelos usuários, é comum falas como “*aqui eu me sinto protegido*” ou “*não sinto mais tanta vontade de usar porque aqui tenho com o que me ocupar, com quem conversar*”. Tem relação com os trajetos e itinerários que percorriam: “*esse era o horário (ao anoitecer) que eu começava a correria, saía por aí mangueando para levantar o maior troco possível para me internar na pedra*”, e com as relações que travavam: “*vendo o teu companheiro ali, que divide o mocó contigo, fazendo uso, fica muito difícil o cara não usar também*”.

Ocorrem obviamente inúmeras situações de forte fissura para usar, em que algumas desestabilizam e levam os usuários à recaídas. Mas estas, em geral, são pontuais e o retorno para a UA se dá no mesmo dia ou no dia seguinte, raramente avança por dias. Diferente de quando se encontravam na situação de rua em que o relato era de dias seguidos usando, sem dormir e sem se alimentar.

Os usuários exclusivos de álcool demonstram maior dificuldade em interromper o uso por longos períodos, se comparado com os usuários exclusivos de crack. Contradizendo o que se propaga pela mídia, que, o

uso de crack é mais difícil de abandonar, a experiência etnográfica deste estudo demonstrou claramente que a tentativa de abandono de uso foi mais difícil entre os usuários pesados de álcool.

As tentativas de explicar a maior dificuldade em reduzir ou deixar o uso de álcool comparado às outras drogas, giram em torno da legalidade do mesmo e do papel socializador nos diferentes contextos e camadas sociais, como por exemplo nesta fala trazida por Renato após um intenso uso logo depois de receber seu primeiro salário: “[...] eu tava feliz, tinha recebido [...] fico me perguntando porque todo mundo pode tomar uma cervejinha, confraternizar, e eu não. Sentei no bar para conversar, tomar uma, e quando vi já era, você já sabe o resto da história”⁵⁷.

Identifiquei que a especificidade da manutenção do uso da maconha, está ligada a duas questões centrais: primeiro que, por ser uma droga que é geralmente avaliada com um baixo potencial de causar danos, é utilizada amplamente com fins recreativos sem a preocupação de que seu uso desestabilize o restante dos seus projetos. Os moradores saíam para fazer uso em pequenos grupos de dois, três ou até quatro, antes de ver um filme ou uma partida de futebol na televisão, quando se programavam para cozinhar algo em grupo, antes ou durante um passeio e em várias outras situações que envolviam lazer e recreação, principalmente nos finais de semana.

Segundo, a maconha é vista como um “reductor de danos”. É comum o seu uso para aliviar a fissura e os sintomas de ansiedade, insônia e falta de apetite decorrentes da abstinência do crack ou álcool. “Quando bate a vontade de usar a pedra é só fumar um baseado⁵⁸ que eu já relaxo, me distraio com outra coisa, dou umas risadas, me dá fome, e pronto, nem penso mais em me drogar”, contava-me Jorge ao descrever as estratégias que utiliza para prevenir suas recaídas com uso de crack⁵⁹. Ironicamente, a droga que ficou popularizada no senso comum como a “porta de entrada” para o uso de outras drogas funciona como “porta de saída” do uso pesado de substâncias com maior potencial de causar prejuízos.

É importante ressaltar que, ainda que esteja implícito que a UA é um local para o complemento do “tratamento para o uso de drogas”, a equipe pouco volta suas energias para discutir e trabalhar tais temas. A ela interessa muito mais abordar os projetos de vida de uma maneira mais

⁵⁷ Diário de Campo, 06/03/2018.

⁵⁸ Gíria para cigarro de maconha.

⁵⁹ Diário de Campo, 31/05/2018.

ampla, logo, o fenômeno da redução e interrupção do uso ocorre também por questões alheias às intervenções profissionais diretas.

De modo geral o acolhimento residencial produz uma significativa redução de danos e do consumo em si, provavelmente amparado pelas necessidades básicas supridas, como alimentação adequada, banho quente, sono na quantidade e em local adequado, interação humana e um espaço onde possa se recuperar dos sentimentos gerados por uma recaída. Muitas daquelas funções que as drogas tinham nas ruas como sociabilidade, proteção contra o medo e o frio, desinibição, dentre outros, já não fazem mais sentido quando se está acolhido.

As drogas como o crack e o álcool têm mais espaço na UA entre aqueles que já tinham um histórico de “dependência” com dificuldades de controlar impulso, que já haviam apresentado crises de abstinência e outros sintomas significativos. Nos demais, pouco aparecia como tema nas conversas do dia a dia ou mesmo como dificuldade a ser superada por estratégias durante a construção dos projetos terapêuticos.

A casa acaba exercendo um papel de local de proteção, ou nas palavras de Moreno, o seu “*templo*”. Não é necessariamente, ou apenas, o espaço físico que “protege” os moradores, pois muitos destes já faziam um uso pesado antes de ir para as ruas quando residiam em casas. Mas muito mais um desejo de cumprir com a expectativa do outro, sejam os profissionais ou os colegas moradores, ou seja, também o espaço simbólico de proteção, cuidado e compromisso firmado.

Existe uma preocupação coletiva de não chegar sob efeito de qualquer tipo de droga na UA (exceto maconha), pois desta maneira se estaria “*dando mau exemplo*” para os outros, colocando o tratamento deste outro “*em risco*” ou “*decepcionando os profissionais*”. Mesmo aqueles que continuam no uso intenso após ser acolhido procuram cumprir esses ritos e apresentam um alto grau de autocontrole quando estão na casa.

Os inúmeros pedidos de desculpas por aqueles que abandonam a UA por não conseguirem se desvencilhar das tramas das ruas, principalmente pelo contínuo uso abusivo de drogas, confirma a imagem de “sagrado” que se faz do espaço da Unidade. Também presenciei em diversas situações as advertências dadas pelos moradores aos seus pares, em geral os recém acolhidos, de que ali não era lugar “*pra chegar chapado*”.

4.3.6 Vínculos: um capítulo à parte

De acordo com os principais dicionários⁶⁰, a palavra vínculo é um substantivo masculino que significa aquilo que tem capacidade de ligar, unir ou atar uma coisa à outra, o que liga afetivamente duas ou mais pessoas em uma relação ou relacionamento. Seus sinônimos são conexão, nexa, laço, ligação e entrelaçamento.

Este subitem não estava planejado para entrar como resultado específico do estudo, pois o papel e a importância dos vínculos já foram sendo demonstrados ao longo das análises. Porém, o grande potencial evidenciado durante todo processo de pesquisa, seja de forma consciente aparecendo explicitamente nas entrevistas ou de forma espontânea nos comportamentos e na convivência do dia a dia, fez com que os vínculos emergissem como um significado especial do acolhimento na UA. Observei que aqueles que estabelecem vínculos sólidos com o grupo, profissionais e moradores, claramente apresentam maiores concretizações em seus projetos terapêuticos.

A explicação dos fenômenos pela via etnográfica tem como base *insights* sobre aquilo que é vivido e pesquisado. Estes *insights* surgem no momento da organização de um novo arranjo a partir de dados fragmentados, informações dispersas e indícios (MAGNANI, 2002). Descrevo, através do breve relato a seguir, o momento da pesquisa em que tive o *insight* sobre o significado e importância dos vínculos:

Em meados do mês de abril a equipe estava bastante preocupada com Renato, um senhor de 57 anos, introspectivo e arredio à conversas com as pessoas, como ele mesmo se descrevia. Renato tinha uma história marcada pelo intenso consumo de álcool, “*só bebo, mas não uso nenhum tipo de droga*” gostava de enfatizar. Sua família, ex esposa e um casal de filhos, já haviam deixado claro para ele que não queriam mais a sua aproximação, tampouco a sua mãe, uma senhora idosa que se encontrava sob os cuidados de uma das irmãs de Renato.

A preocupação com o morador estava ocorrendo principalmente pelas recorrentes chegadas do mesmo na UA com forte odor etílico e comportamentos diferentes do seu habitual, mostrava-se expansivo, falante e brincalhão. Diferentes profissionais em diferentes momentos chamaram-no para conversar sobre o que os mesmos entendiam ser

⁶⁰ Retirado de: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/vinculo/>>; <<https://dicionarioaurelio.com/vinculo>> e <<https://www.dicio.com.br/vinculo/>>. Acessado em: 10/06/2018.

recaídas ao uso do álcool, e oferecer-lhe algum suporte caso desejasse. Porém, Renato apenas afirmava que os profissionais estavam enganados e que ele jamais havia usado álcool desde sua entrada na UA.

Mesmo sendo esclarecido que a abstinência não é uma norma do serviço e que uma conversa poderia auxiliá-lo a compreender o que estava ocorrendo consigo, Renato afastou-se cada vez mais, seja por medo de represálias, vergonha, ou qualquer outro sentimento que no final das contas revela a ausência de vínculos entre morador e equipe.

O estopim foi quando um agente administrativo lhe dera uma negativa sobre um pedido de um vale transporte, visto que os mesmos haviam acabado. Renato interpretou tal ato como uma desconfiança por parte do profissional de que ele venderia a passagem para comprar bebidas⁶¹. A partir desta data começou a passar os dias fora e voltar apenas à noite e embriagado, mostrava-se hostil com moradores e profissionais e isolou-se em definitivo do grupo. Até que em alguns dias informou que estava se desligando da Unidade.

O término desta história me despertou especial inquietação. Comecei a refletir ainda mais sobre as ações da equipe, da qual faço parte, e as respostas que a mesma encontrou para explicar tal ocorrido: que a forte dependência de álcool de Renato e sua baixa tolerância a frustrações fizeram com que o mesmo abandonasse a UA.

Tais explicações se mostravam insuficientes frente aos meus questionamentos. Além de individualizarmos a responsabilidade e atribuímos exclusivamente ao usuário a “culpa” pelo fim de sua história na Unidade, ignorávamos o fato de que, frente a outros moradores muito mais intolerantes à frustração ou compulsivos, conseguíamos manejar a situação de maneiras diferentes. Foi a partir daí que percebi a característica fundamental do desfecho da história de Renato, e essa característica não estava no usuário ou na equipe, mas sim na relação entre ambos: a ausência de vínculos.

Se tomarmos situações semelhantes como parâmetro, é possível identificar que os vínculos estabelecidos e sustentados ao longo das relações funcionam como base para a construção de todo trabalho que a equipe se propõe a desempenhar junto ao morador, este por sua vez percebe quando a relação é fundamentada em vínculos e responde muito melhor a qualquer intervenção profissional.

A história do morador Chico na UA, narrada no capítulo anterior, também conhecido pelos demais moradores e pelos próprios profissionais

⁶¹ Esta sua interpretação me foi revelada quando o morador veio comunicar que estava se desligando da Unidade. Diário de Campo, 26/04/2018.

como uma pessoa com baixo limiar para a frustração, ilustra o potencial de uma relação baseada nos vínculos. Chico encontrou no dominó o pontapé inicial para construção de um vínculo sólido e duradouro com toda a equipe, o qual lhe permitiu produzir ressonâncias positivas durante o seu processo de cuidado na UA.

Nas suas produções fotográficas, o usuário fez questão de registrar os profissionais que trabalham na Unidade, e argumentou que a UA não tem significado algum se não fosse pelas pessoas que nela trabalham. A fotografia abaixo é uma destas que o mesmo escolheu para eu utilizar em minha pesquisa.



O vínculo acaba sendo a principal ferramenta para trabalhar as mais diversas demandas que surgem no cotidiano da Unidade. Destacadamente, as dificuldades em lidar com as frustrações aparecem como o maior impeditivo para que se avance sobre os seus projetos singulares, e a equipe se depara constantemente com a necessidade de abordar tal demanda.

Caetano captou como a dinâmica funciona de forma diferente na relação com a equipe em comparação com a relação familiar:

Tanto na casa da minha mãe como na rua eu não sabia lidar com a frustração, corria para o crack, me afundava. Aqui também tinha a frustração,

claro, viver com um monte de homem não é fácil, mas aí eu tinha a quem recorrer, tinha vocês, conversava com um conversava com outro, o pessoal me ajudou muito aqui, vocês eu digo. Eu procurava direto, lembra? E assim foi, consegui aprender um pouco a controlar minha frustração, a lidar com ela. Com a minha mãe você sabe, é diferente, ela não entendia quando eu tava puto, tava chateado [...] não é por falta de amor, acho que na verdade era até excesso, mas não funcionava. Vocês me ouviam e me devolviam falando a real, de forma educada claro, mas falavam a situação.

Estudos na área da saúde evidenciam o papel positivo que o vínculo entre profissional da saúde e paciente desempenham no processo de tratamento e até mesmo na cura de doenças. Brunello et al. (2010) demonstraram através de uma revisão sistemática da produção brasileira na atenção à saúde que o vínculo tende a melhorar o conhecimento dos reais problemas da população e facilitar o relacionamento entre usuários e profissionais. Barbosa e Bosi (2017) enfatizam a frequência do termo nos documentos oficiais em Saúde Coletiva e a sua inequívoca importância para o campo da saúde.

Na Saúde Mental em que as tecnologias de cuidado são fundamentalmente tecnologias leves, baseadas nas relações humanas, o papel do vínculo é ainda mais determinante. A UA é um local onde existe por excelência, devido a característica de residencial e os profundos e constantes contatos sociais que proporciona, a possibilidade concreta de se estabelecer vínculos afetivos duradouros e com isso transformar a realidade dos usuários.

4.3.7 Trajetórias biográficas: fixando-se ao caos

Por maiores que sejam as dificuldades encontradas por aqueles que desejam se reinserir em um modo de vida hegemônico e abandonar a vivência nas ruas, a UA produziu inúmeras possibilidades junto aos usuários de transformar suas realidades marcadas pelo abandono e executar projetos de vida focados no retorno a uma vida com residência fixa e com laços afetivos e comunitários estreitos. Dentre alguns exemplos já citados, como dos participantes da pesquisa Max e Caetano, descrevo a seguir o caso emblemático de uma antiga moradora que mantém vínculos afetivos até hoje com o serviço.

Elis foi acolhida na UA em junho de 2015, na época com 43 anos de idade, estava há aproximadamente 20 anos em situação de rua alternando períodos acolhida na casa da mãe. Com 21 anos de idade começou a fazer uso abusivo de drogas, principalmente crack, cocaína e álcool, teve problemas com a justiça e chegou a ficar presa por 1 ano. Nesta trajetória teve 6 filhos, 3 deles ficaram sob a guarda da mãe de Elis, 2 com tias paternas e uma das crianças foi adotada.

Sempre relutante em mudar suas condições de vida, a usuária foi mais de uma vez encaminhada ao CAPS AD, por diferentes serviços, mas nunca havia procurado. Em 2015, devido ao trabalho e algumas ações dos profissionais do CnR, Elis aceitou iniciar tratamento no CAPS AD. Após 2 meses sendo acompanhada por equipe multidisciplinar, e, a partir de seu desejo e da avaliação da equipe, foi encaminhada para a UA.

Na UA iniciou-se o trabalho de Reabilitação Psicossocial com a mesma. Recebeu auxílio para a confecção da documentação que não possuía, continuou seu tratamento com foco em manter abstinência do uso de drogas, foi encaminhada à UBSF para cuidar de questões da saúde física, retomou os estudos no CEJA e foi feito um intenso trabalho de reaproximação para reatar os laços com a família (mãe, irmãs e filhos). Sempre com foco no trabalho intersetorial e em rede.

Após 1 ano e 1 mês de cuidados intensivos e integrais na UA, prazo estendido devido a alguns problemas de saúde que vinha enfrentando, e o significativo avanço em seu Projeto Terapêutico Singular, Elis retornou a morar com a mãe e com 2 dos filhos. Cinco meses depois a mãe faleceu, porém, Elis assumiu o cuidado da casa e do filho mais novo, o qual possui uma síndrome rara, é completamente dependente e recebe o benefício BPC com o qual mãe e filho se mantem.

Atualmente Elis mantém vínculos informais com a UA e com alguns profissionais, não frequenta mais o CAPS AD por entender que já está há 3 anos sem ter demandas com uso de drogas, mas faz acompanhamento frequente na UBSF próxima de sua casa. Não conseguiu prosseguir com os estudos, pois os cuidados com o filho com deficiência lhe demandam tempo integral, mas me conta que tem desejo de terminar o ensino médio e iniciar uma faculdade à distância.

Para ela o acolhimento na UA foi “*responsável por uma mudança radical*” e o seu “*porto seguro*”, onde conseguiu produzir outros significados para sua vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Nem tanto ao mar nem tanto à terra”.

Por um lado, quatro paredes, um telhado, pequenos espaços divididos por outras paredes conforme sua funcionalidade (lugar para comer, lugar para dormir e para fazer a higiene diária), rotinas, compromissos, contas a pagar, satisfação para dar ao empregador e a constante luta para manter-se abstinente de drogas o máximo possível. Por outro, retas e curvas contínuas que têm como função comunicar lugares diferentes e ser passagem de veículos e pessoas (nunca lugar de fixação), marquises, *mocós*, praças, construções e casas abandonadas. Misturado a isso a doce sedução de uma vida desregrada, solta, movida principalmente pelo princípio do prazer (ainda que careça sempre de uma auto-organização e autogerenciamento), em que o uso de drogas pode ser a principal ocupação além de manter a subsistência. Porém, aqui também está presente a fome, o frio e a eminência constante a todo tipo de violência: física, moral e psicológica.

Lançar as amarras ao cais ou viver à deriva? A ambiguidade certamente é condição existencial presente na vida dos participantes desta pesquisa. Imersos e atravessados por universalidades e particularidades condicionantes de suas ações e comportamentos, vivem constantemente o conflito desta “escolha”.

Não foi proposta deste estudo analisar o que leva os sujeitos a escolherem uma das opções, ou construir hipóteses sobre os determinantes de uma ou outra escolha, porém estas questões estiveram sempre como pano de fundo. O objetivo foi buscar os significados explícitos e implícitos que o acolhimento em uma unidade residencial transitória pode ter na vida do acolhido.

Constatarei que é impossível falar sobre casa e o processo de saída das ruas sem falar da própria rua e as trajetórias à deriva. Tal experiência de vida está impregnada nas falas e esteve presente na construção da subjetividade daqueles que viveram, seja poucas semanas ou décadas, nesta situação. Identifiquei que, em um primeiro momento, os discursos são homogêneos quanto às dificuldades de viver nas ruas e o desejo de fixar-se, entretanto existem outros motivadores e determinantes que impedem a concretização deste projeto, incluindo desde a extrema dificuldade em se recolocar no mercado de trabalho até um desejo nem sempre verbalizado de permanecer vivendo nas ruas.

Uma imersão etnográfica no dia a dia da unidade permitiu compreender o dispositivo como potencial em produzir mudanças nas

histórias de vida, dado, principalmente, ao *vínculo* enquanto tecnologia de cuidado. Observou-se ainda que o acolhimento contribuiu, também, enquanto condicionante na decisão de como guiar e organizar seus percursos de vida a partir de então.

Os significados atribuídos ao acolhimento são múltiplos, a pesquisa evidenciou o *cuidado de si*, a possibilidade do *cuidado em liberdade* e *diminuição ou interrupção do uso de drogas*, a UA como espaço de *proteção e segurança* que proporciona a *ampliação das redes e das relações sociais* e a *saída das ruas e fixação*.

Na UA também reside uma possibilidade de “dar um tempo”, não um cais, mas uma ilha. Suficiente para parar, abastecer, descansar, cuidar um pouco do corpo e do espírito e seguir sua “viagem”. Esta constatação ficou evidente muito mais na observação participante, em que as ações diziam mais do que as palavras, do que nas entrevistas, pois estas últimas sempre encobriam uma “necessidade” implícita em dizer o que pressupunham que o pesquisador queria ouvir.

Os participantes da pesquisa apresentam um ritmo próprio na maneira de conduzir suas vidas, na maioria das vezes recusando-se a seguir os códigos sociais ditados pela sociedade e replicados na micropolítica dos serviços de saúde. No caso da UA, o objetivo de que o serviço seja um meio para que os usuários deixem a errância é muitas vezes subvertido e outros significados vão sendo construídos.

Para finalizar, gostaria de deixar registrado que o período de realização desta pesquisa, 2º semestre de 2017 e 1º semestre de 2018, foi marcado por grandes turbulências no cenário político nacional e municipal para a área.

No final do ano de 2017, mais especificamente com a publicação da Portaria 3.588 em 21 de dezembro (BRASIL, 2017), que altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6 que tratam, respectivamente, da organização da saúde em Redes e das normas de financiamento, houve significativas mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Estas mudanças foram entendidas por movimentos sociais da área, organizações, conselhos profissionais, pesquisadores e militantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira como um retrocesso.

Tal processo representa na prática um gradual desmonte dos serviços públicos, comunitários, territorializados e com possibilidade de controle social, para um sistemático retorno aos modelos asilares e controlados pela iniciativa privada e terceiro setor. O principal exemplo é o massivo financiamento para os hospitais psiquiátricos e para as chamadas Comunidades Terapêuticas.

No início de 2018, para completar este desastroso processo, foi anunciado nacionalmente uma possível mudança das Políticas sobre Drogas no Brasil, que, atualmente é pautada pelo paradigma da Redução de Danos. Contrariando as discussões mais avançadas mundialmente sobre o tema, tanto sociais quanto científicas, a nova proposta do atual governo é um retorno à Política de “guerra as drogas”, guiada pela lógica da abstinência como única possibilidade de tratamento e uma ilusória erradicação das drogas (ilícitas no caso).

No nível micropolítico recebemos em 2018, com muita consternação e não menos tristeza e revolta, a notícia por parte da gestão municipal que a UA, que foi cenário desta pesquisa, seria terceirizada e entregue para o controle de uma instituição do terceiro setor. Estas instituições defendem práticas e modelos de cuidado diferente dos quais defendemos arduamente durante os anos de construção e existência deste serviço/dispositivo.

É fato que os modelos de cuidado pautados na Atenção Psicossocial, serviços comunitários como os CAPS e as UA, ganham cada vez menos prioridade em um cenário nacional de sucateamento das Políticas Públicas. Entendo que esta pesquisa possa vir a somar, ainda que modestamente, aos estudos realizados nas últimas décadas sobre modelos de tratamento na perspectiva Psicossocial e Antimanicomial e seus efeitos concretos na vida das pessoas.

A UA é um potente ponto de atenção e dispositivo de cuidado existente dentro da RAPS, está em consonância e harmonia com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a atual Política Nacional sobre Drogas e com a Política de Atenção Psicossocial do país. Apresenta-se como uma alternativa de cuidado ao modelo manicomial e asilar. Por trabalhar com a perspectiva de Redução de Danos e na lógica de cuidado em saúde, independente do fato da pessoa querer parar ou não o uso de drogas, pressupõe respeito à singularidade dos sujeitos, ao cuidado em liberdade, aos direitos humanos e à cidadania.

Apesar disso, existem diferentes obstáculos que necessitam ser superados para uma adequada efetivação e fortalecimento deste modelo de ponto de atenção se consolidar como opção primeira na escolha de serviços de caráter residencial transitório pelos municípios, gestores e pelos próprios usuários. Em Joinville, a UA se mostra como um rico potencializador da rede, com possibilidades latentes que demandam de melhorias e investimentos para serem florescidas. Posso citar principalmente a necessidade de credenciamento e financiamento federal, a ampliação da equipe técnica e adequação da estrutura física, a cogestão e gestão participativa e o controle social.

Os resultados e apontamentos levantados por esta pesquisa serão levados aos gestores municipais, às equipes e aos usuários do serviço como devolutiva.

REFERENCIAS

ALMEIDA, A. R. B. **Toxicomanias**: uma abordagem psicanalítica. Salvador: EDUFBA: CETAD/UFBA, 2010. 138p.

ALVES, Y. A. **Jamais fomos zumbis**: contexto social e craqueiros na cidade de São Paulo. 2015. 361 f. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial (4. Ed)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 123p.

ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? In: NERY FILHO, A. et al. (org.). **As drogas na contemporaneidade**: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: EDUFBA, 2004, p. 87 – 98.

ANTON, D.M. **Conhecer e educar para prevenir**. São Paulo: Scipioni, 2000. 151p.

BARBOSA, M. I. S. e BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1003 - 1022, 2017.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1979. 158p.

BASTOS, F. I. P. M. e BERTONI, N. (Orgs.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT, 2014. 228p.

BECKER, H. S. **Outsiders**. Estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. 232p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Diário oficial da União, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de

transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. **Portaria n. 121, de 25 de janeiro de 2012.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. 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. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Portaria n. 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Saúde.** Documento Base.4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Portaria/GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002.** Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2002.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar** - pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Secretaria Nacional de Assistência Social, 2009. 240p.

_____. Presidência da República. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BROGNOLI, F. F. **Trecheiros e pardais**: estudo etnográfico de nômades urbanos. 1996. 207 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

BRUNELLO, M. E. F. et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 323p.

_____. O consumo de Drogas: Evoluções e respostas recentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.2, p. 132-144, mai/ago., 1986.

BURSZTYN, M. **No meio da rua**: nômades, excluídos e viradores. 2. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2003. 264p.

CAMPOS, D. A. **Os Efeitos das relações de gênero nas trajetórias dos moradores de rua do município de Florianópolis (SC)**. 2016. 198 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

CAPONI, S. et al. (Orgs.). **Medicalização da Vida**: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica. Palhoça: Editora Unisul, 2010. 405p.

COLLARES, L. C. e MOYSES, M. A. **Preconceitos no cotidiano escolar** – Ensino e medicalização. São Paulo: Cortez; 1996. 264p.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Unesp, 2013. 335p.

DAMATTA, R. **A Casa & A Rua**: Espaço, Cidadania e Mulher no Brasil. 6. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2003. 164p.

DELGADO, P. G. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). **Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

DOMANICO, A. “**Craqueiros e cracados: Bem-vindo ao mundo dos nórias!**” Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. 2006. 220p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

DUDLEY, R. **The Drunken Monkey: Why We Drink and Abuse Alcohol**. California: University of California Press, 2014. 154p.

ENDRIGUE, T. C. **Repensando o Projeto Boraceia**: Proposta de abrigo para moradores de rua da cidade de São Paulo. 2002. Monografia (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

ESCOHOTADO, A. **História elementar das drogas**. Lisboa: Antígona, 2004. 225p.

SCOREL, S. **Vidas ao léu**: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 275p.

ESPINHEIRA, G. A casa e a Rua. **Cadernos do CEAS**, Salvador, n. 145, p. 24–38, mai/jun. 1993.

_____, G. O tempo e os espaços das drogas. In: TAVAREZ, L. A. et al. (org.). **As drogas na contemporaneidade**: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: EDUFBA, 2004, p. 11–26.

FOUCAULT, M. Sobre a História da sexualidade. In: _____. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000. p. 243–227.

FRANGELLA, S. M. **Corpos urbanos errantes**: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo. 2004. 361 p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

GARCIA, L. Apresentação Senad/MJ. In: SOUZA, J. **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016a, p.11–16.

GARCIA, M. O uso problemático de crack e a classe média. In: SOUZA, J. **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016b, p.103–118.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. 124p.

JOINVILLE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde Mental** - gestão 2014 – 2017. Joinville: Prefeitura Municipal de Joinville, 2012. 40 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Dispõem sobre a instituição em âmbito municipal o Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. **Portaria nº 75/2015/SMS**. Joinville: Diário Oficial Eletrônico do Município de Joinville nº 264, 2015. 4 p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Unidade de Acolhimento de Joinville – Projeto Técnico Terapêutico**. Joinville: Gerência de Unidades de Referência, 2014. 6 p.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 55-59.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2006. 128p.

LOPEZ, G. L. O método etnográfico como um paradigma científico e sua aplicação na pesquisa. **Textura**, Canoas, v.1, n.1, p. 45–50, 2º semestre, 1999.

MACRAE, E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: TAVAREZ, L. A. et al. (org.). **As drogas na contemporaneidade**: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: EDUFBA, 2004, p. 27–48.

MacRAE, E; e VIDAL, S. S. A Resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social: dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 645-666, dez. 2006.

MAGNANI, J. G. C. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 17, n. 49, jun. 2002.

MAGNI, C. T. **Nomadismo urbano**: uma etnografia sobre os moradores de rua em Porto Alegre. 1994. 198 p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1994.

MALHEIRO, L. S. B. **Sacizeiro, usuário e patrão**: um estudo etnográfico sobre consumidores de crack no Centro Histórico de Salvador. 2010. Monografia (Graduação em Antropologia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

MAYORA, M. O crack e a rua. In: SOUZA, J. **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016, p. 137-161.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed., Organização Mundial da Saúde; Organização PanAmericana de Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2011. 554p.

MESSAS, G. Por uma psicopatossociologia das experiências dos usuários de drogas nas cracolândias/cenas de uso do Brasil. In: SOUZA, J. **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016, p. 163-189.

MINAYO, M. C. S. Sobre a toxicomania da sociedade. In: M. BAPTISTA, M. S. Cruz, e R. MATIAS (Org.). **Drogas e pós-modernidade**: Faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2003, p. 13-29.

NAPPO, A. S. **Baquêros e craquêros**: um estudo etnográfico do consumo de cocaína na cidade de São Paulo. 1996. 324 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996.

NERY FILHO, A. Por que os humanos usam drogas? In: NERY FILHO, A. et al. (org.). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: EDUFBA, 2012, p. 11–21.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. 2007. 202 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

OLIVEIRA, L. G. **Avaliação da cultura do uso do crack após uma década de introdução da droga na cidade de São Paulo**. 2007. 330 p. Tese (Doutorado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PACHECO, J. **População em situação de rua tem sede de quê?** Relato da implantação do Consultório na Rua da cidade de Joinville. 2015. 215 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

PATTO, M. H. S. **A Produção do Fracasso Escolar: Histórias de submissão e Rebelia**. 4. ed. São Paulo: Intermeios, 2015. 454p.

PILLON, S. C. e VILLAR-LUIS, M. A. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 676-682, jul/ago. 2004.

PRATTA, E. M. M. e SANTOS, M. A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 203-211, abr. 2009.

QUINTAO, P. R. **Morar na rua: há projeto possível?** 2012. 150 p. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) — Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Ed. Hucitec, 2001, p. 17–59.

RUI, T. C. **Corpos abjetos**: etnografia em cenários de uso e comércio de crack. 2012. 335 p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

RUI, T. C.; FIORE, M. e TÓFOLI, L.F. **Pesquisa preliminar de avaliação do Programa ‘De Braços Abertos’**. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). São Paulo, 2016. 122p.

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 687-698, mai. 2010.

SEIBEL, S. D. e TOSCANO JR., A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. 560p.

SILVA, S. L. **Mulheres da Luz**: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack. 2000. 115 p. Dissertação (Mestrado em Práticas de Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SILVEIRA, D. X. **Padrões de Uso de Drogas**. 2016. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/modulos/visualizar/padroes-de-uso-de-drogas>>. Acesso em: 20 mai. 2018.

SNOW, D.; ANDERSON, L. **Desafortunados**: um Estudo Sobre o Povo da Rua. Petrópolis: Vozes, 1998. 528p.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 637-644, mai. 2010.

SOUZA, J. **A ralé brasileira**: Quem É e Como Vive. 3. ed. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2018. 460p.

_____. A doença da humilhação. In: _____. **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016, p. 29-38.

TAVARES, L. A. Toxicomania: um imperativo de gozo. In: NERY FILHO, A. et al. (org.). **As drogas na contemporaneidade**: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: EDUFBA, 2012, p. 151–164.

TOSCANO JR., A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: SEIBEL, S. D. e TOSCANO JR., A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001, p. 7–23.

TRAD, S. N. S.; TRAD, L. A. B. e ROMANI, O. Contribuições das ciências sociais ao estudo sobre o uso de drogas e o diálogo com a produção nacional contemporânea. In: JORGE, M. S. B. et al. (org.). **Olhares plurais sobre o fenômeno do crack**. Fortaleza: EdUECE, 2015, p. 26–70.

VALENCIO, N. F. L. da S. et al. Pessoas em situação de rua no Brasil: Estigmatização, desfiliação e desterritorialização. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 7, n. 21, p. 556-605, dez. 2008.

VIEIRA, M. A. C. et al. **População de Rua: Quem É, Como Vive, Como É Vista**. São Paulo: HUCITEC, 1992. 182p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO.



Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), na pesquisa que tem como título “**O ACOLHIMENTO RESIDENCIAL TRANSITÓRIO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: A EXPERIÊNCIA DE UMA UNIDADE DE ACOLHIMENTO**”. Esta pesquisa faz parte do projeto de mestrado do aluno do programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, Diogo Fiorello Foppa, sob a orientação da Prof^a. Dra. Tânia Maris Grigolo.

Esta pesquisa tem como **objetivo principal** analisar os sentidos e significados da experiência do acolhimento residencial transitório, em uma UA, da perspectiva dos usuários. Além de mapear os itinerários de vida e cuidado de usuários até a chegada na UA, e narrar a experiência dos usuários a partir do acolhimento na UA e suas perspectivas.

Você participará de uma entrevista aberta com algumas questões referentes aos objetivos, e de um grupo de discussão, também sobre o tema, chamado “grupo focal”, ambos ocorrerão em um horário, dia e local convenientes para você. Você não é obrigado (a) a responder a todas as perguntas, e pode desistir de participar do estudo em qualquer momento.

A entrevista e o grupo serão gravados em formato de áudio para facilitar a análise dos dados.

Como **benefício da pesquisa**, você contribuirá para ampliar o conhecimento sobre modelos de cuidado para usuários de álcool e outras drogas que se encontram em situações de vulnerabilidade, como a situação de rua, no âmbito da Saúde Mental e Atenção Psicossocial, e contribuirá para a construção do conhecimento científico na área. Além disso, a entrevista e o grupo poderão gerar reflexões e problematizações que contribuam para o seu autoconhecimento e no seu processo terapêutico.

Durante a entrevista e o grupo pode acontecer uma ou mais destas situações desagradáveis, chamadas de “**danos da pesquisa**”: cansaço ou aborrecimento ao responder às perguntas; constrangimento ao se expor durante a realização da entrevista; desconforto ou constrangimento durante a gravação de áudio; alterações emocionais provocadas pela evocação de memórias indesejadas; e alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre sua situação de saúde e condição de vida.

Enquanto durar os procedimentos de coleta de dados você estará sempre acompanhado por um dos pesquisadores, que lhe prestará toda a assistência necessária ou acionará pessoal competente para isso.

Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o **sigilo**, porém sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Desse modo, a quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, é um risco que deve sempre ser reconhecido e informado a você. Caso

you experience material or moral damages resulting from the research, including those related to the breach of confidentiality, you have the right to seek judicially for indemnification.

The results of this work may be presented at events or scientific journals and will show only the results obtained as a whole, without revealing your name, institution or any information related to your privacy.

If you have any doubts about the procedures or about the project you will be able to contact the researchers at any time by phone or e-mail below. The data of the research will be presented in the year 2018 at the Federal University of Santa Catarina, so you will be able, if you are interested, to participate in the presentation.

Accept absolutely the will to **leave to participate in the research at any time, without having to present any justification**. By deciding to leave to participate in the research you will not suffer any prejudice in the remaining activities.

Two copies of this document are being signed and signed by you and the researcher responsible. Keep it carefully as it is a document that brings important information of the contract and guarantees your rights as a participant in the research.

Brazilian legislation **does not allow** you to have **any financial compensation for your participation in research**. However, you will also not have any expense arising from your participation in the research. If any extraordinary expense associated with the research occurs, you will be compensated.

The researcher responsible, who also signs this document, commits to conducting the research in accordance with what is recommended

Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes de pesquisas.

Você poderá entrar em contato com o pesquisador pelo telefone (47) 9.9697-2383, e-mail diogofoppa@gmail.com, ou no endereço profissional Rua Alexandre Schlemm, 850, Anita Garibaldi, Joinville. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094 e email cep.propesq@contato.ufsc.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, você receberá uma delas, e todas as suas páginas devem ser rubricadas pelas partes interessadas.

Eu, _____, RG, _____, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive dos pesquisadores todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade em participar da pesquisa.

Local e Data: _____

Assinatura: _____

Contato com os pesquisadores:

Tânia Maris Grigolo: taniamgrigolo@gmail.com

Diogo Fiorello Foppa: diogofoppa@gmail.com – Pesquisador responsável.

Assinatura pesquisador responsável: _____

APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO PARA
GRAVAÇÃO DE ÁUDIO.



Eu _____
_____, permito que os pesquisadores relacionados abaixo
obtenham:

() gravação de voz, de minha pessoa para fins de pesquisa
científica na área da saúde mental e atenção psicossocial.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à
minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos
científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa
não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer
outra forma. As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de
pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Participante
da pesquisa:

RG: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Contato com os pesquisadores responsáveis:

Tânia Maris Grigolo, Dra.

taniamarisgrigolo@gmail.com

Diogo Fiorello Foppa

diogofoppa@gmail.com

(47) 9.9697-23-83

APÊNDICE C – DIÁRIO DE CAMPO.

Data e horário	Situação	Participantes envolvidos

Descrição:

APÊNDICE D – ROTEIRO DA ENTREVISTA ABERTA.

*Questões norteadoras:

1 – Conte-me um pouco de sua trajetória de vida.

2 – O que te levou para a situação de rua?

** Como se organizava na rua (tempo e espaço), onde “morava”? e agora na UA?

**Quais as vantagens/desvantagens da rua? Quais as vantagens/desvantagens da UA?

3 – Como você chegou até o CAPS AD e a UA?

4 – Quais serviços (de saúde, assistência social ou outros) você já havia acessado anteriormente?

**Com a busca destes serviços, o desejo era de sair das ruas ou melhorar a vida nômade?

5 – Como surgiu o desejo de ser acolhido na UA?

6 – Quais as expectativas você tinha antes de ser acolhido?

7 – Conte-nos um pouco da sua experiência de ser acolhido neste serviço.

8 – Como você avalia essa experiência?

9 – Mudou algo em sua vida após o acolhimento na UA? Se sim, o quê?

*A entrevista aberta permite a flexibilização e inclusão de outras perguntas no decorrer do processo. O roteiro acima serve apenas de norteador para alcançar os objetivos definidos *a priori*.

**Estas perguntas foram acrescentadas ao longo das entrevistas.

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Acolhimento Residencial Transitório como Estratégia de Cuidado para Usuários de Alcool e outras Drogas: A Experiência de uma Unidade de Acolhimento.

Pesquisador: Tânia Maris Grigolo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82118217.7.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.646.531

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado de Diogo Fiorello Foppa no programa de pós graduação em saúde mental e atenção psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação de Tânia Maris Grigolo. Espera-se encontrar com a presente estudo a maneira como os usuários do serviço, tanto os atuais quanto os que já estiveram acolhidos, vivenciaram o processo de acolhimento em uma instituição que pretende ofertar cuidados de moradia em liberdade dentro dos pressupostos da reforma psiquiátrica brasileira. Estão previstos 10 participantes que serão submetidos a uma entrevista e a um grupo focal. A entrevista e o grupo serão gravados em formato de áudio. Os participantes da pesquisa serão compostos por um grupo dos usuários que se encontram acolhidos na unidade e ex usuários que já tiveram a experiência de acolhimento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os sentidos e significados da experiência do acolhimento residencial transitório, em uma UA, da perspectiva dos usuários.

Objetivo Secundário:

Mapear os itinerários de vida e cuidado de usuários até a chegada na UA.

Narrar a experiência dos usuários a partir do acolhimento na UA e suas perspectivas.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 2.646.531

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A descrição dos riscos e benefícios está adequada e abrangente tanto no projeto quanto no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem considerações adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora responsável e pela coordenadora do mestrado profissional em saúde mental e atenção psicossocial. Consta declaração da coordenadora do CAPS-AD-UAA da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, informando que tomou conhecimento da pesquisa e que cumprirá o que preconiza a res. 466/12 e complementares. Os apêndices do projeto apresentam os roteiros para as entrevistas abertas e para a condução dos grupos focais. TCLE está muito bem redigido, é esclarecedor sobre os objetivos, procedimentos e riscos e contempla as exigências da res. 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_988852.pdf	09/01/2018 18:03:30		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	09/01/2018 18:02:10	Tânia Maris Grigolo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	26/11/2017 16:04:22	Tânia Maris Grigolo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	26/11/2017 15:51:38	Tânia Maris Grigolo	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	26/11/2017 15:49:41	Tânia Maris Grigolo	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 2.646.531

Cronograma	cronograma.pdf	26/11/2017 15:48:21	Tânia Maris Grigolo	Aceito
Brochura Pesquisa	brochura.pdf	26/11/2017 15:48:02	Tânia Maris Grigolo	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	26/11/2017 15:40:42	Tânia Maris Grigolo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 09 de Maio de 2018

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA DA SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.

Secretaria da Saúde



Prefeitura de
Joinville

Ofício nº179 /2017/SMS/GAB/GGE/NARAS

Joinville, 02 de outubro de 2017.

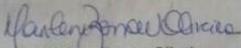
Assunto: **Autorização de pesquisa**

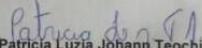
Prezada Senhora,

Em resposta à solicitação de autorização para realização de pesquisa intitulada: "O Acolhimento Residencial Transitório como Estratégia de Cuidado para Usuários de Álcool e outras Drogas: A Experiência de uma Unidade de Acolhimento", por parte do aluno do Mestrado Profissional em Saúde e Atenção Psicossocial pela Universidade Federal de Santa Catarina, **Diogo Fiorello Foppa**, sob orientação da Profª. Dra. Tânia Maris Grigolo, informamos:

A Secretaria Municipal da Saúde autoriza a realização da pesquisa qualitativa com observação participante na Unidade de Acolhimento (UA), e para tanto, solicita que o aluno apresente esta autorização e o projeto à coordenação do serviço. Após a conclusão da pesquisa, os resultados devem ser encaminhados ao NARAS para socialização.

Atenciosamente,


Marlene Bonow Oliveira
Gerente de Gestão Estratégica e
Articulação da Rede em Saúde


Patricia Luzia Johann Teochi
Coordenadora do Núcleo de Apoio à Rede
de Atenção à Saúde - NARAS

Ilma, Drª.
Tânia Maris Grigolo
Professora Orientadora do Projeto
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Centro de Ciências da Saúde

mbrt

Rua Araranguá, 397 - América - 89204-310
Contato: (47) 3481-5100
www.joinville.sc.gov.br