

CAPÍTULO 24

CUIDADO E SOFRIMENTO NA PERSPECTIVA DE PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Aline Basso da Silva
Agnes Olschowsky
Elitiele Ortiz dos Santos
Diogo Henrique Tavares

RESUMO

Objetivo: Analisar as vivências de pessoas em situação de rua usuárias de drogas sobre cuidado e sofrimento. **Método:** Estudo inspirado no método etnográfico. Os cenários foram os ambientes de vida da população de rua em Porto Alegre/RS, de 2015 a 2017. A coleta de dados foi realizada a partir da observação participante e entrevista semiestruturada com quatro interlocutores-privilegiados. A análise foi norteada pela descrição densa. **Resultados:** Revelam-se os aspectos em comum que envolvem a experiência de vida nas ruas como o uso de drogas, rompimento de laços familiares, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, críticas e desejos de mudanças no cuidado assistencial. Foi analisado que as instituições de saúde possuem dificuldades em acolher as necessidades das pessoas em situação de rua. **Conclusão:** Para avanço no cuidado em drogas é necessária a compreensão e valorização das histórias, vivências e sentimentos das pessoas em situação de rua.

PALAVRAS-CHAVE: Antropologia. Pessoas em Situação de Rua. Usuário de Drogas. Assistência Integral à Saúde.

1. INTRODUÇÃO

O processo de globalização que vem ocorrendo de forma neoliberal, gerando distribuição de riquezas desiguais, tem fortalecido a pobreza e marginalização social de indivíduos e grupos excluídos sistema formal de trabalho e renda. Nesses grupos, pode-se evidenciar as pessoas em situação de rua que vivem em condições difíceis de moradia, trabalho, redes de apoio, valendo-se de acessos precários em saúde e assistência social. Assim, transformam as ruas em cenários de vida, sobrevivência, trocas e experiências (OLIVEIRA, 2018). O número de pessoas em situação de rua no Brasil cresceu 140% entre 2012 e março de 2020, chegando a aproximadamente 222 mil pessoas (IPEA, 2016). Os principais motivos pelos quais essas pessoas vivem e moram nas ruas se referem aos problemas de alcoolismo e/ou drogas (35,5%); desemprego (29,8%), e desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%) e 71,3% apresentam pelo menos um desses três motivos, conforme Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil (2020).

Além das condições que levam as pessoas a viver nas ruas, compreender as questões socioculturais que revelam sua permanência, formaliza a existência de uma cultura da rua. A cultura da rua revela aspectos negativos da vida com poucos recursos e sofrimento para esses

sujeitos, como também, um modo de existência e resistência, a partir de um mundo de significados e identidades que os tornam sobreviventes como a organização em grupo. Além disso a droga surge com um ritual coletivo, que constrói relações e une as pessoas diante dos problemas comuns que vivenciam pelas ruas (SILVA *et al.*, 2020).

Alguns desses problemas são a dificuldade de acesso ao sistema de cuidado formal, como a rede de saúde e de assistência social, bem como, os modelos de atenção em drogas voltados a questões exclusivamente biomédicas. Um exemplo brasileiro é a “Epidemia do Crack”, no ano de 2010, em que o crack adquire o poder de destruir vidas, causando pânico entre familiares e a sociedade, assim reduzindo a complexidade do problema à substância em si. Como resposta a mídia e saúde lançam campanhas para sua destruição, como a higienização de espaços públicos, os tratamentos em comunidades terapêuticas, sendo desconsideradas questões sociais, econômicas, marginalização, pobreza, e uso de outras substâncias (LANCETTI, 2015).

Mais de dez anos após esta experiência, ainda se vive em uma sociedade em que o uso de drogas principalmente por pessoas em situação de rua é tratado de forma reducionista, pois se justificam as ações de repressão e exclusão por se tratarem de pessoas que são “drogadas”, “bandidos”, portanto, considerados sem importância para a sociedade. As políticas proibicionistas alimentam o preconceito, sofrimento e a marginalização da população de rua (LANCETTI, 2015). Um exemplo atual são os desmontes na Política Nacional de Saúde Mental, que a partir de 2017, reforçam a existência e o financiamento público para o manicômio e comunidades terapêuticas, e um cuidado com base no controle dos corpos, medicalização da vida e exclusão social.

Neste sentido, o presente artigo entende o sofrimento a partir de uma perspectiva sociocultural, analisando as relações multidimensionais, biopsicossociais, políticas, econômicas, institucionais, e as implicações na vida das pessoas. Entende-se do ponto de vista antropológico que o sofrimento social é uma experiência humana que revela uma trama de dimensões físicas, psicológicas, mentais, espirituais e da reação ao contexto histórico e político vivido (KLEINMAN; LOCK, 1997; VICTORA, 2011).

Pesquisas qualitativas internacionais apontam a necessidade do profissional de saúde incorporar no rol de suas práticas de cuidado a construção de confiança e a compreensão das histórias de vida e sofrimentos das pessoas em situação de rua, promovendo ações de cuidado em ambientes livres de julgamento, bem como, no espaço da rua. Na perspectiva das pessoas

em situação de rua há uma dificuldade de acesso ao sistema de saúde, causado principalmente pelo estigma dos profissionais aos seus modos de vida, que precisam ser considerados em seu tratamento (CAVER *et al.*, 2020, PETERS; HOBSON; SAMUEL, 2020).

Considerando o exposto, a proposta deste artigo se justifica pela necessidade de compreender a experiência de vida e sofrimento das pessoas que vivem nas ruas, desmistificando a percepção biomédica do uso de drogas, e assim ampliando o problema para as discussões socioculturais na área da saúde. Desta forma, o objetivo deste artigo é analisar as vivências de pessoas em situação de rua usuária de drogas sobre cuidado e sofrimento.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo inspirado no método etnográfico. A etnografia propõe subsídios teóricos/práticos com base na Antropologia, para compreensão das culturas e significados. Trata-se de um referencial teórico que propõe estratégias de comunicação, interação e criação de vínculo com os participantes do estudo (GEERTZ, 2008).

O trabalho de campo ocorreu durante o período de 2015 a 2017 na cidade de Porto Alegre (POA) no estado do Rio Grande do Sul. A Etnografia foi composta por dois cenários: os macrossociais que advém das observações das reuniões do Movimento Nacional da População de rua (MNPR), que apoiou a entrada em campo da pesquisadora, bem como, praças, viadutos, serviços de saúde, aldeias (comunidades na rua); e os microssociais que se dão através de entrevistas semi-estruturadas, contando com as histórias e trajetórias individuais dos interlocutores-privilegiados.

Os interlocutores são os participantes do estudo, que têm voz ativa, conhecimentos e experiências para compartilhar sobre os temas. Os mesmos foram oriundos dos espaços do MNPR, eventos, conferências e reuniões. Entre os participantes foram considerados interlocutores-privilegiados aqueles com quem foi realizado o acompanhamento etnográfico. O acompanhamento etnográfico é denominado acompanhamento, pois necessitou de continuidade na relação, exigindo vínculo, tempo e modos diferentes para cada pessoa, dado as distintas histórias de vida. Para tal, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (1) Estar ou ter morado/vivência na rua por pelo menos um ano; (2) Estar ou ter utilizado drogas (álcool e outras drogas) por pelo menos um ano; e (3) Ser maior de idade (18 anos). Neste artigo, apresenta-se dados das trajetórias individuais dos interlocutores-privilegiados que são identificadas pelos nomes fictícios escolhidos por eles.

Os dados foram coletados por técnicas de triangulação, sendo eles: observação

participante, entrevista semi-estruturada e registro em diário de campo. A observação participante é uma técnica de abordagem e interação com o grupo, que permite construir e ressignificar vínculos e relações, bem como, registrar detalhadamente cada visita nos diários de campo (YIN, 2016).

Para aprofundamento do tema utilizou-se a entrevista semiestruturada, visando conhecer e compreender elementos da trajetória e vivência de vida dos participantes. Na entrevista iniciavam-se com o questionamento: “Conte-me sobre sua história de vida”, em que o interlocutor poderia descrever de forma livre e espontânea, e com o passar dos encontros, foram incorporados elementos que respondessem o objeto de pesquisa: modos de vida na rua, relações, cuidado, uso de drogas e atenção em saúde. Todas as entrevistas foram gravadas, sendo que, para validação dos dados, após cada entrevista a pesquisadora transcrevia e analisava, dando um retorno sobre as informações nos encontros com os interlocutores privilegiados, questionando a validade das interpretações iniciais da pesquisadora.

A análise das informações coletadas foi realizada através da descrição densa, um processo etnográfico com duas fases distintas: o “estando lá” e o “estando aqui”. No “estando lá” se trata da vivência do estar em campo, as relações construídas, as histórias trazidas, o debate com os interlocutores para validação dos dados, o mapeamento de territórios. Já o “estando aqui” reflete o afastamento do campo, o isolamento da pesquisadora para aprofundar as vivências com o apoio da literatura da área de saúde mental e antropologia. Na descrição densa foi descrito e analisado todo o processo de imersão em campo, reflexões sobre o objeto de estudo, através de um esforço sensível e intelectual empreendido (GEERTZ, 2008).

Esta pesquisa foi aprovada em comitê de ética na Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o Parecer n. 1.802.718, sendo respeitados os preceitos éticos-legais em estudos com seres humanos, e especificidades em suas concepções e práticas de pesquisa em ciências humanas e sociais.

3. RESULTADOS

Abaixo serão apresentadas as vivências de pessoas em situação de rua usuárias de drogas sobre cuidado e sofrimento:

Ronaldo – Entrevistado 1:

Meu primo começou a fazer minha casa de boca, sem minha mãe saber. Ficava na frente do prédio vendendo bagulho. Eu estudava, ia pra escola de manhã e de tarde ficava na função dele. Não cheirava todos os dias, mais final de semana

Eu gostava mesmo é de cocaína, mas experimentei o crack. Isso eu tava no meu

primeiro ano de casado com a companheira que fiquei sete anos. [...] Trabalhava muito, um cargo de responsabilidade técnica, usava drogas para suportar o trabalho, remédios controlados também.

Entrei num quadro depressivo, tinha casa, tinha carro e perdi tudo. Eu acordava, ia usar droga e dormia, em menos de um ano eu tava na rua.

Eu uso droga porque dá prazer, quem diz que não dá, tá mentindo, algumas me ajudam na vida cotidiana. Eu falava bem abertamente que tinha usado droga, aí eu era o problema do CAPS, porque não aderiu ao tratamento. Aí comecei a mentir. Aí aumentaram minha estadia no CAPS pro dia inteiro, tomava medicação. Eu colocava o remédio do lado da bochecha e cuspiu fora, não ia ficar tomando aquilo que me deixava chapado. Fui na Emergência, pediram o endereço, eu disse que a gente morava na rua. Disseram que ali não era hospital pra esse tipo de gente. Tem um hospital que atende teu tipo de gente, e é lá no Hospital 'X'. Aí falei que não tinha como ir. Então, já que não era hospital pro meu tipo de gente era pra ligar pro SAMU pra levar ela pro outro hospital. Porque era SUS né, SUS é SUS.

As instituições do Estado não trabalham em rede, os vulneráveis continuam vulneráveis (ENTREVISTADO 1, 2015-2017, entrevista concedida entre 2015-2017)

Jorge – Entrevistado 2:

Eu sempre tive uma dependência química, o álcool Mas nessa época estava bastante agravado em função da cocaína. Nessa época eu me separei da minha família sai pra rua. Na verdade eu estava atrapalhando minha família.

Porque no centro foi onde me identifiquei com a rua e aí aquela coisa de tu ficando e se acostumando com aquilo ali, não querer voltar mais pro bairro, por causa de vergonha né.

Eu sou dependente químico. A gente que vive nesse mundo aí, sabe, louco de dependência química, que são usuários que são ou que foi, ele se torna dependente pelo simples fato que teu organismo pede, porque ele se acostuma.

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

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

Temos uma prova viva, nosso colega aí faleceu a semana passada. Aí eu acho que isso traz o fato que aconteceu também com a Rosa, atrás o que falei, são as pessoas com HIV, tuberculose e sífilis, que são as três doenças mais terríveis da rua. Quando falo em cuidado e atenção, do governo, prefeito e instituições governamentais é que eles podem deixar de ter negligência...O posto, como aconteceu com a Rosa, ela foi encaminhada e lá disseram que não atenderiam ela, porque não tinha assistente social junto. Ela era moradora de rua,

e não tinha assistente social, começa por aí.

Ela não foi atendida, depois não quis voltar e acabou falecendo. Falo do cuidado que precisa ter com essas pessoas ...pode ser no posto ou no CAPS, pode ser em qualquer lugar, mas não pode acontecer isso (ENTREVISTADO 2, 2015-2017, entrevista concedida entre 2015-2017).

José- Entrevistado 3:

Cheguei na rua por causa do orgulho, briga com a mãe, com o pai, de não querer me submeter a eles. Então

acabei vindo pra rua, sem nada, praticamente.

Comecei o uso na rua, começou bastante o uso. Ficava pensando que agora não tem mais solução. Tô na rua, tô usando, o que eu vou fazer? Acabar matando, acabar morrendo..

Fui no consultório na rua, eles me mandaram pro CAPS. Aí fiquei lá uns 14 dias e não gostei muito dos remédios, não gostei nada. Estavam me dando uma dose muito alto de um remédio laranja e eu acordava “grogue”. Briguei pra não tomar mais, disseram que eu teria que ir embora se não tomasse o remédio.

Um bom tratamento poderia até ser como é no CAPS, mas sem o uso da medicação. Como eu vou dizer, te dar algo pra ti fazer, interagir, que chame tua atenção, jogos, inventar algo que chame tua atenção, que todo mundo vai querer. Lá tinha uma assistente que saía com nós pro campo de futebol e inventava outras brincadeiras, com bola, time, um negócio legal. Acho que isso poderia ter mais.

Eu acho assim, tu tem que produzir outra coisa pra não ficar pensando na droga. O negócio é psicológico. Ah deu vontade de usar, coloca o cara para jogar vídeo game, passa a vontade na hora. Lá na aldeia tem um DVD, comprei uma bateria, os caras ficam o dia inteiro olhando e não usaram droga. Passam a noite toda vendo filme e não usam droga (ENTREVISTADO 2, 2015-2017, entrevista concedida entre 2015-2017)

João- Entrevistado 4:

As drogas eu comecei antes de sair pra rua, comecei com a maconha, e a bebida alcoólica, porque a minha mãe e meu pai já eram alcoólatras. a maconha tu sai do

portão tu via todo mundo fumar, tu entrava no portão tu via todo mundo beber.

Saí de casa por que na casa do meu pai por que tinha muitos filhos, então já estava ficando muito apertado, eu doei meu quarto e fui lá pra minha mãe. A minha mãe bebia e me xaropiava. Aí eu comecei saindo, saindo devagarinho, dormindo na rua, de repente não queria voltar mais pra casa.

A pessoa que está doente tem que procurar um espaço pra ser cuidado, a mesma coisa que eu quando eu entrei no abrigo e eu estava com tuberculose. E aprendi a ficar bem quietinho ali, fui tratado.. tem um monte de cara da rua que não procura, aí tem várias coisas que levam a pessoa não procurar, vergonha também.

Se não fosse aceitar que precisava de serviço eu acho que eu não estaria mais aqui, por que é muito forte e neste frio, tu com doenças deitado em um papelão, quatro graus, cinco graus, tu morre, tu não aguenta três dias

Já andei por muito serviço e posso te dizer que alguns profissionais estão preparados e outros não, mas deveria ter uma preparação mais rígida, por que trabalhar com pessoa na rua é caso especial. É como trabalhar com criança, ele tá nascendo de novo, tá aprendendo a andar de novo, tu perdeu tudo, tu não sabe mais viver. É como eu, né, como tu me dar uma casa, eu não sei mais viver, não sei o que fazer na casa, muito tempo sem cozinhar, eu lavar a roupa. Eu esqueci, eu vou ter que aprender, a mesma coisa o profissional, ele vai ter que aprender a trabalhar com nós, pois senão o cara não vai, ele vai só um dia e depois não vai mais (ENTREVISTADO 4, 2015-2017, entrevista concedida entre 2015-2017).

4. DISCUSSÃO

O processo saúde-doença, na perspectiva da antropologia, é compreendido como dinâmico, e parte de um conjunto de manifestações sociais e culturais dos grupos, construindo histórias e estilos de vida. Nessa análise, compreendem-se os significados, códigos, símbolos, valores e crenças que unem os indivíduos em grupos sociais (SILVA *et al.*, 2018). Ronaldo

(Entrevistado 1), Jorge (Entrevistado 2), José (Entrevistado 3) e João (Entrevistado 4) (2015-2017) apresentam elementos que revelam culturas valores e estilo de vida em questões que envolvem a situação de rua, e avançam para uso de drogas, como o rompimento com laços familiares, a dificuldade de acesso ao cuidado institucional e as críticas a este sistema de cuidado.

Revela-se neste estudo, trajetórias de dor e resistência, e a experiência de viver na rua. Dessa forma, articula-se a ideia de “experientes” citada por De Andrade e Maluf (2017) no estudo com usuários na saúde mental sobre Reforma Psiquiátrica, em que se observa a experiência social dessas pessoas, da trajetória de recuperação/ resistência a algum mal-estar que sofrem, as suas contribuições ao estatuto epistemológico e o conhecimento por elas produzido. Os autores abordam que seus interlocutores falam: “o médico sabe os sintomas, a gente tem a experiência” (ANDRADE; MALUF, 2017).

Os interlocutores desta pesquisa são também "experientes", visto que, abordam com propriedade suas críticas ao sistema de saúde, à medicalização da vida, trazendo também suas escolhas de viver às ruas, e o desejo por respeito e dignidade. Isso pode ser evidenciado por suas narrativas sobre o cuidado em drogas, apontando resistência a uma abordagem imediatista e a dificuldade dos profissionais em entenderem a realidade da rua.

Entende-se que isso pode ser pelas necessidades de outras perspectivas terapêuticas diferentes do modelo biomédico. Historicamente esse modelo é baseado na ação e formação em saúde no estudo do corpo morto (cadáver), desprovido de história, necessidades e subjetividades, sendo focado exclusivamente as funções biológicas segmentadas (PINHEIRO, 2021). Observa-se, então, uma fragilidade na formação profissional e na constituição de instituições de saúde baseadas no modelo biomédico, não oferecendo saídas para os usuários na compreensão de sua “experiência social”. Isso é observado na fala de José - Entrevistado 3 (2015-2017), que aborda sua experiência com o cuidado em drogas, sendo crítico à medicação e expondo suas estratégias para modificar seu uso.

Observa-se nos serviços um aparato de desafios institucionais que podem desconsiderar esta experiência relatada por José - Entrevistado 2 (2015-2017), revelando o modelo biomédico baseado na medicalização, controle e abstinência como a única forma de cuidado, pois há uma ideia de doença física, mental, biológica, psicossocial, sem fazer relações com o contexto sociocultural (PINHEIRO, 2021). Corroborando com o exposto, há um estudo que analisa um programa social realizado na cidade de São Paulo, com dependentes de Crack, com evidências

de que ao se oferecer outras opções de prazer como moradia, alimentação, frente de trabalho, qualificação profissional, assistência à saúde e social há uma melhoria nos indicadores relacionados a redução do uso de crack e outras drogas e adesão ao tratamento de saúde (TEIXEIRA; LACERDA; RIBEIRO, 2018).

O termo doença na Antropologia Médica compreende que as desordens, sejam elas orgânicas ou psicológicas, só serão acessíveis incluindo uma mediação cultural, ou seja, interpretada pelo médico, mas também pelo “doente” e o familiar. Nesse caso, percebem-se as categorias “doença processo” (*disease*) e “doença experiência” (*illness*). A primeira aborda as anormalidades de estrutura ou funcionamento dos órgãos e sistemas; a segunda leva em consideração também a experiência subjetiva do mal estar sentido pelo “doente” (MANSO; CANCONE, 2021).

Neste processo, é central a noção de sofrimento social que aborda a dimensão dos processos e as condições sociais implicadas na construção da subjetividade individual. Nesse caso, os sentimentos de humilhação, vergonha, medo, culpa, vivências em condições sociais específicas podem configurar formas de produção de sofrimento (ESMERALDO; XIMENES, 2022). Incorporam-se também fatores multidimensionais (o poder político, econômico e institucional) e de que forma esses poderes se entrelaçam na experiência pessoal e cotidiana, levando em consideração o modo como as pessoas reagem aos eventos do dia a dia. Não é somente um sofrimento individual, apesar de ser visualizado individualmente, nem somente corporal, apesar de manifestar-se nas corporeidades. Trata-se de uma experiência sociocultural que revela um processo com dimensões físicas, psicológicas, mentais e espirituais (KLEINMAN; DAS; LOCK, 1997; VICTORA, 2011).

Isso se pode relacionar a Ronaldo quando descreve sua busca ao serviço e a sua “rejeição” por ser uma pessoa em situação de rua. Na ótica focada no sofrimento social, é possível relacionar aos estigmas e preconceitos dos profissionais de saúde e a relação com imaginários social e os meios de comunicação que propagam a imagem de pessoas em situação de rua à periculosidade, marginalidade, sujeira, violência. Dessa forma, existe um rótulo/ marca negativa que legitima a marginalização e rejeição (SILVA *et al.*, 2018).

Outro ponto descrito é a Medicalização que é constante e marca as vidas dos interlocutores. Ronaldo aborda que já na infância conheceu o uso da droga, pois tinha familiares envolvidos, bem como, as altas jornadas de trabalho que o faziam se medicar para suportá-las (remédios e drogas), os conflitos pessoais e suas idas e vindas às ruas. Jorge, José e João

apresentam como disparadores ao uso, as relações com a família, a dificuldade de adaptação à “casa”, e o rompimento dos laços familiares. Observa-se a medicalização excessiva para superar os conflitos pessoais e sociais, incluindo como se organizam, acionam e são recebidos pelos serviços para resolver seus “problemas com drogas”.

Estes relatos podem ser associados a uma dimensão importante do sofrimento social, que é a medicalização da vida, em que são deslocados para o campo médico, problemas de origem social e política, e econômica. Nota-se que os medicamentos são utilizados para suprir o sofrimento da vida cotidiana, que são, na realidade, oriundos de questões maiores relacionadas a injustiça social, dificuldade econômica, conflitos familiares e urbanos, e falta de perspectiva de vida (VARGAS; CAMPOS, 2019).

A prática de medicar, de certa forma, objetiva a redução ou eliminação dos sinais e sintomas demandados pelos usuários, mascarando os problemas e os reduzindo a questões neuroquímicas, o que pode gerar a perda da autonomia e a dependência das pessoas ao saber de especialistas (VARGAS; CAMPOS, 2019). Evidencia-se quando Jorge se apresenta através do diagnóstico de dependente químico. Percebe-se que, apesar de possuir algum controle no uso da substância, há um discurso instituído que revela seu sofrimento em possuir uma “doença incurável”.

Em resposta ao desvio, há a medicalização excessiva, como uma das possibilidades para a regulação desses corpos “dependentes” na vida em sociedade, a partir de uma medicalização institucional, a qual é recebida com resistência por Ronaldo, Jorge e José em que, muitas vezes, decidem abandonar o tratamento. Eles são considerados não “aderentes” pela instituição, porém revelam a outra face desse cenário: suas experiências de vida e sofrimento são desconsideradas no cuidado. No entanto, a auto-medicalização está presente nos relatos como forma de suportar seus sofrimentos, a vida nas ruas, e a não adaptação ao sistema convencional (as intuições sociais, a família).

João, ao contrário, sentindo a necessidade de ser acolhido institucionalmente, refere aceitar o uso da medicação, porém com algumas críticas, usando-as na expectativa de mudar de vida e de sair das ruas. É possível referir ao Poder Psiquiátrico em que pressupõem domínio e vigilância, sendo que o médico tem algum poder inquestionável para o doente, utilizando o medicamento como um prolongamento da disciplina (FOUCAULT, 2011).

Nesse mosaico de sofrimento social também há a relação com as políticas públicas onde se identifica um descaso e as fragilidades das políticas públicas que pode ser relacionado a

descontextualização das suas necessidades e uma simplificação de suas histórias de vida. Isso é evidenciado em outro estudo que aponta uma ausência de trabalho em rede que busquem políticas intersetoriais: moradia, renda, trabalho, educação. As alternativas de cuidado ficam voltadas às ações pontuais e biomédicas como os atendimentos em consultórios na rua, e como solução a falta de acesso aos serviços de atenção primária e CAPS para saúde mental e dependência química (OLIVEIRA, 2018).

As políticas públicas para as pessoas que vivem na rua no Brasil estão pautadas em duas perspectivas: a individualizadora e a macroestrutural. A primeira parte do pressuposto que estar na rua é um problema que requer intervenções de governo para resolução da situação pela simples retirada das pessoas da rua, a segunda é pautada em diagnóstico de causalidades macroestruturais, que subentende as pessoas em situação de rua como os sujeitos da "falta". Apesar de partirem de perspectivas de causalidade distintas, ambas apontam o morador de rua, como uma figura inanimada, e deste modo, ignoram a complexidade das relações, seus vínculos e significados sociais (PETERS; HOBSON; SAMUEL, 2021).

No caso deste estudo observa-se uma crítica dos interlocutores às lógicas de intervenções reducionistas, que muitas vezes os afastam do cuidado, perpetuando uma lógica de exclusão e vulnerabilidade. Além disso, devido a lógica de trabalho adotada pelos serviços de saúde, percebe-se pelos relatos dos interlocutores uma adequação de comportamentos devido às punições que podem vir a receber. Os usuários muitas vezes submetem-se às ações e normativas impostas, exemplo disso, é o relato de Ronaldo, que precisou mentir sobre o uso para manter o acompanhamento no CAPS, ou mesmo o Relato de José, que para não ir embora do serviço, tomou as medicações prescritas. João também observa as dificuldades de acolhimento dos profissionais da saúde que entende ser devido a incompreensões sobre os modos de vida.

Assim, Victora (2011) aponta três dimensões do sofrimento social: a apropriação autorizada ou contestada do sofrimento coletivo (concepções profissionais, mídia); a medicalização da vida; e o sofrimento na relação com as políticas públicas. Apropriando-se dessas ideias, observa-se no presente estudo práticas nos serviços do SUS como CAPS, hospital, Unidade Básica de Saúde, que geram sofrimento, como as situações de preconceito, e acolhimento sem considerar as necessidades dessas pessoas. Na face da medicalização da vida, percebe-se uma tentativa de regulação dos corpos, em que todos os problemas se tornam supostamente tratáveis pelo uso de medicamentos, sendo esse, um dos recursos utilizado também como critério para manutenção do tratamento e acolhimento nos serviços. A terceira

face remete às políticas públicas, que mesmo não intencionais, podem intensificar o sofrimento, a partir de programas e políticas burocráticas, ou que não proporcionam aos trabalhadores instrumentos e ferramentas que possam nortear o trabalho e amenizar problemas das populações desfavorecidas.

Essas faces evidenciam que o cuidado em saúde das pessoas em situações de rua é complexo com dimensões que envolvem, desde práticas de atuação junto aos serviços de saúde, até a organização de políticas públicas e construção de saberes sobre saúde/adoecimento dessa população. Assim, envolve repensar as estratégias de atenção a partir de uma perspectiva da rua, comprometendo-se com os processos sociais, históricos, a experiência dos sujeitos, suas histórias, e sofrimento social. O que se pretende ressignificar os cenários da rua, como locais de exercício de direitos e cidadania (PETERS; HOBSON; SAMUEL, 2021).

No entanto, é válido ressaltar que as políticas públicas e a relação de vínculo entre trabalhador e usuário de drogas não devem ser orientadas pela tutela e pelo paternalismo. Há a expectativa das pessoas que são cuidadas de que haja a resolução total de seus problemas de vida e de saúde. E, muitas vezes, os profissionais, tomados por esses sentimentos e necessidades, criam mecanismos de tutela, desresponsabilizando os sujeitos de seus processos de cuidado (FERREIRA *et al.*, 2017). Deve-se considerar que os fatores histórico-políticos, econômicos e sociais promovem a exclusão de vários segmentos da população, mas isso não significa que se deva situar os excluídos como somente vítimas da sociedade. No plano do sujeito é preciso criar responsabilidades e protagonismos sobre suas vidas e suas inclusões no sistema. Caso se exclua o sujeito de suas responsabilidades, mantém-se, sob a ideia de alienados na sua condição de “pacientes”, vítimas, tutelados e dependentes destes profissionais (FERREIRA *et al.*, 2017).

Por fim, para se construir um cuidado que inclua as pessoas em situação de rua, diminuindo seus sofrimentos sociais, é necessário ampliar o debate para os múltiplos fatores que envolvem suas vidas, conhecendo e incluindo nas ideias de tratamento suas concepções e experiências de saúde e cuidado, o que pode possibilitar a construção de um sujeito ativo em seus processos sociais e sanitários, criticando-os e os modificando.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desta pesquisa refletem que a falta de uma visão ampliada sobre as questões que envolve a vida das pessoas em situação de rua, a negligência e dificuldade de acolhimento, pode os colocar em desvantagem no sistema: restando o abandono, a exclusão, a

morte e a dificuldade de acesso à saúde. Visto que, estão imersos em um sistema formalizado por diversas dimensões que podem revelar o sofrimento social, gerando modelos de atenção em saúde voltados a medicalização da vida e o controle, bem como, políticas públicas que os estigmatizam, aumentando seu sofrimento e desnudando a exclusão social.

Apontam-se como limitações do estudo a necessidade de ouvir mulheres em situação de rua, visto que, os interlocutores-privilegiados que aceitaram participar do estudo foram exclusivamente do gênero masculino. Este dado pode apresentar diferenças e especificidades na experiência feminina.

Ressalta-se que, em um cenário ainda fortemente marcado pela desigualdade social e pelo modelo biomédico no cuidado à população de rua, sugere-se a necessidade de novas pesquisas interdisciplinares que deem continuidade na percepção do fenômeno das drogas e da vida nas ruas na perspectiva sociocultural. Além disso, também é necessário o investimento na formação acadêmica e assistência integral à saúde a serem pautados na escuta das vivências e na valorização das experiências sociais para o entendimento do uso da droga para além de questões orgânicas e biológicas.

REFERÊNCIAS

CARVER, H. *et al.* What constitutes effective problematic substance use treatment from the perspective of people who are homeless? A systematic review and meta-ethnography. **Harm Reduct J**, v. 17, n. 1, jan. 2020. Disponível em: <<https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-020-0356-9>>. Acessado em: Mai. 2023.

ANDRADE, A. P. M. de; MALUF, S. W. De-institutionalization experiences in the Brazilian psychiatric reform: a gender approach. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 69, p. 811-821, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0760>>. Acessado em: Mai. 2023.

ESMERALDO, A. F. L.; XIMENES, V. M. Mulheres em Situação de Rua: Implicações Psicossociais de Estigmas e Preconceitos Psicologia. **Ciência e Profissão**, v. 42, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/KLwKD3dMyJq6g95Xz5wBvgH/>>. Acessado em: Mai. 2023.

FERREIRA, T. P. S. *et al.* Care production in Mental Health: the challenges beyond institutional walls. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>>. Acessado em: Mai. 2023.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Estimativa da população de rua no Brasil**. A pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7289/1/td_2246.pdf>. Acessado em: Set. 2022.

KANTORSKI, L. P.; ANDRADE, A. P. M. de; CARDANO, M. Strategies, expertise and experience of hearing voices: interview with Cristina Contini. **Interface Comum. Saúde Educ**, v. 21, n. 69, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0031>>. Acessado em: Mai. 2023.

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. **Social Suffering**. Berkeley: University of California Press, 1997.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

MANSO, M. E. G.; CANCONE, M. H. V. B. Antropologia Da Saúde: Considerações Sobre Os Diversos Referenciais Teóricos. **Revista Conhecimento & Inovação**, v. 2, n. 1, 2021. Disponível em: <<http://ojs.unimar.br/index.php/conhecimentoeinovacao/article/view/1610>>. Acessado em: Mai. 2023.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **A pesquisa nacional sobre a população em situação de rua**. Censo SUAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2020. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf>. Acessado em: Set. 2021.

OLIVEIRA, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Saúde e Sociedade**, jan-mar; v. 27, n. 1, p. 37-50, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170915>>. Acessado em: Mai. 2023.

PAIVA, I. K. S. *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciênc. Saúde Col.**, v. 21, n. 8, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.06892015>>. Acessado em: Mai. 2023.

PETERS, L.; HOBSON, C. W.; SAMUEL, V. A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies that investigate the emotional experiences of staff working in homeless settings. **Health & social care in the community**, v. 30, n. 1, p. 58–72, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/hsc.13502>>. Acessado em: Mai. 2023.

PINHEIRO, S. B. Atenção em saúde: Modelo biomédico e biopsicossocial, uma breve trajetória. **Rev. Longevidad**, 2021. Disponível em: <<https://revistalongevidad.com.br/index.php/revistaportal/article/view/867/927>>. Acessado em: Set. 2021.

SAFATLE, V.; JÚNIOR, N. S.; DUNKER, C. **Patologias do social: Arqueologias do sofrimento psíquico**. São Paulo: Autêntica; 2018.

SILVA, A. B. *et al.* Pessoas em situação de rua e as aldeias: drogas, marginalização social e território de cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0225>>. Acessado em: Mai. 2023.

SILVA, A. B. *et al.* The territorialities of care: interdisciplinary reflections on the use of drugs and sociocultural care. **Rev. Min. Enferm.**, v. 22, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180081>>. Acessado em: Mai. 2023.

TEIXEIRA, M. B.; LACERDA, A.; RIBEIRO, J. M. Potencialidades e desafios de uma política pública intersetorial em drogas: o Programa “De Braços Abertos” de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, e280306, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/ndQhZnxLCVKdWmGv96H3VPh/?lang=pt>>. Acessado em: Mai. 2023.

VARGAS, F. M.; CAMPOS, M. M. Entre o cuidado e a medicamentação: os debates sobre “trocar uma droga por outra”. **Revista Brasileira de Sociologia**, v. 7, n. 15, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.20336/rbs.441>>. Acessado em: Mai. 2023.

VICTORA, C. Sofrimento Social e a Corporificação do Mundo: Contribuições a partir da Antropologia. **Rev. Electron. Comun. Inf. Inov. Saúde**, v. 5, n. 4, p. 3-13, dez. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.3395/reciis.v5i4.764>>. Acessado em: Mai. 2023.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Série Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: Penso, 2016.

ENTREVISTAS CONCEDIDAS

ENTREVISTADO 1 (Ronaldo). **Acompanhamento etnográfico**. Entrevista concedida a Aline Basso da Silva. Porto Alegre, em espaços da rua, serviços de saúde, assistência social, escola especializada em Pessoas em situação de rua, Movimento Nacional da População de rua, de 2015 a 2017.

ENTREVISTADO 2 (Jorge). **Acompanhamento etnográfico**. Entrevista concedida a Aline Basso da Silva. Porto Alegre, em espaços da rua, serviços de saúde, assistência social, escola especializada em Pessoas em situação de rua, Movimento Nacional da População de rua, de 2015 a 2017.

ENTREVISTADO 3 (José). **Acompanhamento etnográfico**. Entrevista concedida a Aline Basso da Silva. Porto Alegre, em espaços da rua, serviços de saúde, assistência social, escola especializada em Pessoas em situação de rua, Movimento Nacional da População de rua, de 2015 a 2017.

ENTREVISTADO 4 (João). **Acompanhamento etnográfico**. Entrevista concedida a Aline Basso da Silva. Porto Alegre, em espaços da rua, serviços de saúde, assistência social, escola especializada em Pessoas em situação de rua, Movimento Nacional da População de rua, de 2015 a 2017.