



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE PALMAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS - GRADUAÇÃO  
MESTRADO ACADÊMICO EM ENSINO EM CIÊNCIA E SAÚDE

Ana Carolina Peixoto do Nascimento

**“AGORA EU DEITO E DURMO TRANQUILO”**: cartografia de uma rede afetiva

PALMAS – TO

2019

Ana Carolina Peixoto do Nascimento

**“AGORA EU DEITO E DURMO TRANQUILO”**: cartografia de uma rede afetiva

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Tocantins – UFT, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ensino em Ciência e Saúde.

Orientador: Professor Doutor Carlos Mendes Rosa

PALMAS – TO

2019

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins**

---

N244" Nascimento, Ana Carolina Peixoto do.  
"Agora eu deito e dumo tranquilo":: cartografia de uma rede afetiva . /  
Ana Carolina Peixoto do Nascimento. – Palmas, TO, 2019.  
98 f.

Dissertação (Mestrado Acadêmico) - Universidade Federal do Tocantins  
– Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Pós-Graduação (Mestrado) em  
Ensino em Ciências e Saúde, 2019.

Orientador: Carlos Mendes Rosa

1. Redução de danos. 2. População em situação de rua. 3. Direitos humanos. 4. Housing First. I. Título

**CDD 372.35**

---

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

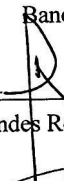
**Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).**

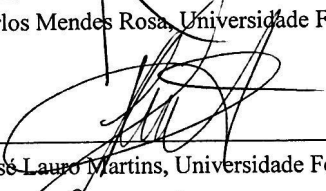
Ana Carolina Peixoto do Nascimento


“AGORA EU DEITO E DURMO TRANQUILO”: cartografia de uma rede afetiva

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obter do  
título de Mestre em Ensino em Ciências e Saúde

Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Carlos Mendes Rosa, Universidade Federal do Tocantins

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. José Lauro Martins, Universidade Federal do Tocantins

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Daniel Magalhães Goulart, Centro Universitário de Brasília

Palmas-TO, 03 de setembro de 2019

Aos beneficiários e profissionais do Palmas  
Que Te Acolhe, que me permitiram  
experimentar a vivência da/na rua.

*Ainda vão me matar numa rua.  
Quando descobrirem, principalmente,  
que faço parte dessa gente que pensa que a rua  
é a parte principal da cidade.*

*Paulo Leminski*

## AGRADECIMENTOS

Como já disse o mestre Raul Seixas, “sonho que se sonha só é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha junto é realidade”. Por isso, não poderia deixar de agradecer aos que sonharam comigo.

À minha família, minha base, razão da minha existência, vocês dão sentido à minha vida.

À minha mãe Sandra, meu pai Adriano, meu irmão Victor e minha avó Zenith, vocês são a minha fortaleza.

Ao meu porto-seguro, que segurou a minha mão em tantos momentos, acreditou em mim mesmo quando eu mesma não acreditava, o amor da minha vida, companheiro de todos os momentos, Jonatha.

Ao meu orientador Carlos por trazer leveza com sua escuta sensível e acolhedora, por me permitir (e incentivar!) vivenciar a liberdade, em um contexto historicamente aprisionador. Obrigada por embarcar nessa odisseia comigo!

Ao grupo da (Des)orientação e nossos encontros étlicos, que foram o combustível para finalizar essa linhas.

À professora Dra. Daniella Pires Nunes e o professor Dr. Daniel Magalhães Goulart por se permitirem caminhar nas trilhas dessa aventura afetiva.

Ao PPGECS e o corpo docente e discente, pelos aprendizados e trocas.

Às minhas amigas e amigos, pelos encontros afetivos. São tantos nomes, mas em especial: Ludimila, Rayana, Rodrigo, Marcos, Ariana, Mardônio, Gilberto, Domiciano – por segurarem a minha mão e me escutarem quando precisei.

Às minhas amigas, minhas Psicodramáticas, por me acompanharem desde os primórdios da nossa caminhada na Psicologia: Thaís, Érica, Adrielle, Raquel, Tatiane, Laura.

Aos amigos e amigas, outrora professores (as): César, Ana Beatriz, Lauriane e Domingos. Além de grandes amigas (os), vocês são grandes exemplos de profissionais para mim. Vocês despertaram em mim o desejo pela docência! Aninha, obrigada por me apresentar o universo da pesquisa, e construir comigo a minha identidade enquanto pesquisadora, ainda na faculdade de Psicologia.

À Raquel Sampaio, pela escuta nos momentos de exaustão e apoio nessa caminhada de (re)descoberta de mim.

Aos parceiros e parceiras que colaboraram nessa caminhada e na construção do produto educacional oriundo dessa dissertação: Denis, Juliana, Bernadete, Arthur.

À equipe do Consultório na Rua, pelas experiências na rua.

Aos movimentos e encontros afetivos que me aproximam cada vez mais desse universo da rua e das drogas: Associação Brasileira de Redução de Danos, Casa 8 de março, Movimento Nacional da População em Situação de Rua.

Às pessoas que me ensinaram a importância do afeto: Francisco (*in memoriam*), Cleberson, Cleiton, Ana Cristine, Christoffer, Dorileu, Eurivan, Gleverson e tantos outr@s com suas histórias. Porque descobri que o afeto reduz danos!

Ao CAPS AD III, que me ensinou que a clínica transborda, acontece na fissura e nos espaços onde há o encontro. Ao fecharmos nossos olhos (despindo de nossos preconceitos), as portas da percepção se abrem para o cuidado. Com as pessoas que conheci lá, aprendi que, para fazer uma boa clínica, é preciso muito pouco. Basta uma escuta atenta e um coração aberto. Ao CAPS AD III, gratidão por suas histórias, personagens e possibilidades.

Ao Palmas Que Te Acolhe que me permitiu sorver suas intensidades, e inscreveu metamorfoses em mim. Fica aquela saudade de tudo o que deveria ter sido, foi.

Escrevo para produzir sentido, embora nem todo sentido possa ser escrito. Num mar sinestésico, as paisagens retratam sentimentos e sensações, falam através do olhar, tocam através das palavras, fruem afetos que atravessam os corpos, nessa valsa da despedida...



## RESUMO

NASCIMENTO, Ana Carolina Peixoto. “**AGORA EU DEITO E DURMO TRANQUILO**”: cartografia e uma rede afetiva. 2019. 98 f. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciência e Saúde). Universidade Federal do Tocantins, Palmas/TO, 2019.

O Palmas Que Te Acolhe é um serviço que compõem a rede de atenção à população em situação de rua do município de Palmas, Tocantins, baseado no modelo de *Housing First* que propõe garantir o acesso ao pacote de direitos (moradia, alimentação, trabalho e renda, cultura e lazer) às pessoas em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas. O objetivo desse trabalho, de caráter qualitativo e sustentado por inspirações cartográficas, é compreender quais os modos de vida são produzidos na experiência do Palmas Que Te Acolhe, e como esses modos de ser e de viver se configuram a partir da experiência da/na rua. O processo de pesquisa valorizou a percepção dos beneficiários e trabalhadores que compõem o projeto, bem como da pesquisadora, narrando os encontros tecidos nessa rede de relações e como se articulam. Foram realizadas treze entrevistas com beneficiários e trabalhadores, com duração média de 30 (trinta) minutos, a partir de um roteiro semiestruturado, além dos Diários de Campo a fim de captar as sensações e percepções produzidas nessa trajetória. O PQTA foi contextualizado, nesse trabalho, como um dispositivo de cuidado baseado no modelo *Housing First* embasado no paradigma da Redução de Danos.

**PALAVRAS-CHAVE:** redução de danos; população em situação de rua; direitos humanos; *housing first*.

## ABSTRACT

The Palmas Que Te Acolhe is a service that composes the homeless population care network of the municipality of Palmas, Tocantins, it's based on the Housing First model that proposes to guarantee access to the rights package (housing, food, work and income, culture and leisure) to homeless people and users of alcohol and other drugs. The objective of this qualitative work, supported by cartographic inspirations, is to understand which ways of life are produced in the experience of Palmas Que Te Acolhe, and how these ways of being and living are based on the street experience. The research process valued the perception of the beneficiaries and workers who are in the project, as well as the researcher's, narrating the encounters performed in this network of relationships and how they are articulated. Thirteen interviews were conducted with beneficiaries and workers, with an average duration of 30 (thirty) minutes, from a semi-structured script, in addition to the Field Diaries to capture the sensations and perceptions produced in this trajectory. Palmas Que Te Acolhe has been contextualized in this paper as a care device based on the Housing First model grounded on the Harm Reduction paradigm.

Keywords: harm reduction; homeless population; human rights; housing first.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PQTA	Palmas Que Te Acolhe
UNODC	United National Office on Drugs and Crime
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
OSF	Open Society Foudations
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD III	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24 horas
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
ATITUDE	Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares
DBA	De Braços Abertos
RD	Redução de Danos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
SENAD	Secretaria Nacional sobre Drogas
RAVS	Rede de Atenção e Vigilância à Saúde
SEDES	Secretaria de Desenvolvimento Social
DOU	Diário Oficial da União
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
CNR	Consultório na Rua

## LISTA DE FIGURAS

Parede do CAPS AD III – Acervo pessoal (abril, 2018)	13
Vivência urbana com usuários e usuárias do CAPS AD III de Palmas/TO - Acervo pessoal (abril, 2019)	22
Charge X-man, 1979	29
Tirinha Morador de Rua.	40
Atividade de lazer e esporte na praia com usuários (as) do CAPS AD III - Acervo pessoal (Agosto, 2018)	42
Tirinha Mafalda	44
Oficina de cachimbo em cena de uso de drogas - Acervo pessoal (junho, 2019).	56
Filtro dos Sonhos produzido pelo João Grande - Acervo pessoal (maio, 2017).	78

## SUMÁRIO

<b>1. CONSTRUINDO UM MOISACO DAS CENAS .....</b>	<b>14</b>
1.1 PISTAS DO MÉTODO .....	17
1.2 ITINERÁRIO DA NARRATIVA .....	20
<b>2. PRIMEIRA CENA – DO LOUCO AO DROGADO: ESPAÇOS DE EXCLUSÃO SOCIAL.....</b>	<b>23</b>
2.1 OUTRAS PALAVRAS SOBRE O CUIDADO ÀS PESSOAS QUE USAM DROGAS.....	32
2.2 DIREITOS HUMANOS: LUTA CONSTANTE DE GARANTIA DA CIDADANIA .....	39
<b>3. SEGUNDA CENA – NO OLHO DA RUA: CARTOGRAFANDO A POLÍTICA DE RUA .....</b>	<b>44</b>
3.1 R(EXISTIR): ABRINDO POSSIBILIDADE PARA NOVAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO À POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.....	50
3.2 O PALMAS QUE TE ACOLHE .....	54
<b>4. TERCEIRA CENA – TECENDO A REDE DE ATENÇÃO .....</b>	<b>57</b>
4.1 UMA BUSCA DA INTEGRALIDADE .....	57
4.2 OFERTA DO PACOTE DE DIREITOS NOS EIXOS DO PALMAS QUE TE ACOLHE.....	59
4.3 PARA SORVER INTENSIDADES: VINHETAS DE UM ENCONTRO NO TERRITÓRIO EXISTENCIAL DO PALMAS QUE TE ACOLHE.....	71
<b>5. AMARRANDO AS CENAS... ..</b>	<b>79</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>91</b>



Fonte: acervo pessoal (2018), parede do CAPS AD III.

*As palavras nada têm a ver com as sensações.  
Palavras são pedras duras e as sensações delicadíssimas, fugazes, extremas.  
Clarice Lispector*

## 1. CONSTRUINDO UM MOISACO DAS CENAS

Esse trabalho é um relato de experiência, um ensaio e uma investigação de um campo de problematização. Traçando o percurso pela escolha deste tema, meu primeiro contato com o universo pesquisado, as políticas públicas para usuários de álcool e outras drogas, como um campo composto por múltiplos serviços, se deu ainda na graduação, em 2015, no primeiro edital para escolha da equipe que, posteriormente, viria a compor o Palmas Que Te Acolhe (PQTA). Na época, entrei em contato com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da inserção do PET-Saúde. Um ano depois (2016), me inseri no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24 horas (CAPS AD III), com meu trabalho de conclusão de curso intitulado “A arte como dispositivo terapêutico: cartografando a arte e suas afetações no CAPS AD III”.

As impressões aqui descritas dizem dessa trajetória, especialmente dos últimos dois anos, quando iniciei minha prática profissional na Saúde Mental, no CAPS AD III, experiência essa me possibilitou a aproximação com o PQTA, nas discussões de caso e atividades intersetoriais de promoção de saúde.

Embora conhecesse o projeto ainda nos tempos de faculdade, a maior aproximação com o PQTA se deu no cotidiano de trabalho no CAPS AD III, por meio das ações conjuntas, pensando na integralidade do cuidado ao indivíduo em situação de rua e que possui necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Desde então, fui adquirindo experiência no campo da população em situação de rua por meio da minha prática assistencial no referido CAPS AD III, já em 2017, o qual tem em seu público alvo grande quantidade de pessoas em situação de vulnerabilidade social.

A vulnerabilidade social, nesse sentido, está ancorada na relação do indivíduo com seu contexto social, uma vez que a produção de vida está engendrada no campo social, e as vulnerabilidades denotam a possibilidade de reconhecer e criar novas conexões e disposições de vida (TEDESCO e LIBERMAN, 2008).

Nessa experiência, pude acompanhar usuários atendidos no CAPS AD III e que foram inseridos no PQTA, garantindo o acesso ao pacote de direitos (moradia, alimentação, trabalho e lazer), despertando, portanto, o interesse em compreender, do ponto de vista daqueles inseridos no projeto, quais as mudanças engendradas nessa trajetória. Para tecer as linhas que compõem esse escrito e abrir a possibilidade de criação de novas percepções, buscarei (re)montar cenas, expressões, palavras e encontros a partir de vinhetas clínicas para ancoragem da escrita e reflexões posteriores.

Para compreender melhor a construção dessa narrativa, convido o leitor a caminhar comigo nos primeiros passos dessa pesquisa. Quando ingressei no mestrado e construí meu campo de

problematização, a proposta era compreender a percepção que os beneficiários e trabalhadores do PQTA tinham a respeito do projeto. No decorrer da pesquisa as pistas foram se apresentando, costurando paulatinamente as perguntas (pois é disso que se trata o processo de fazer pesquisa), e um caminho para algumas respostas começou a surgir. A experiência do campo agregou à investigação outras questões analíticas, deslocando-se ao campo político dos tensionamentos provocados por uma política pública consideravelmente nova, porém, ainda muito marginalizada, a atenção à população em situação de rua, inaugurando um dispositivo de cuidado.

O dispositivo, discutido por Deleuze (1996), bebendo da fonte de Foucault, opera jeitos de fazer ver e fazer falar, linhas de forças que nos atravessam e possibilitam nossa capacidade de transformação (DELEUZE, 1996). “A constituição do dispositivo está ligada ao surgimento de uma necessidade histórica resultado de um acontecimento que se torna objeto estratégico de múltiplos agenciamentos” (COSTA, 2007).

Nesse sentido, muito mais do que apresentar o funcionamento desse serviço, trago aqui a missão de evidenciar os agenciamentos que a aproximação com o PQTA imprimiu nessa rede de relações. Deleuze e Guattari (1995) trabalham o conceito de agenciamento como a correlação de duas dimensões inseparáveis, escapando às relações significante-significado: a primeira dimensão diz de um conjunto de relações materiais (regime dos corpos), e a segunda dimensão dos seus signos correspondentes (regime dos signos). Falo, aqui, de uma relação que não tem fim em si mesma, mas as dimensões que a compõem e que dela são compostas, não findam sua produção.

Afirmar que houveram transformações é inevitável, mas busquei refletir: quais foram essas transformações? Como o PQTA me modificou, como modifiquei o PQTA, como essas mudanças continuam sua produção de novos agenciamentos.

Busco, nessa narrativa, falar da percepção dos atores que compõem o projeto por meio de entrevistas, captar o que está inserido na linguagem pragmática que nos permite acessar a experimentação (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013), e na percepção que eu tenho do projeto, como elementos fundantes da pesquisa cartográfica.

As entrevistas com os participantes do PQTA serão aqui inseridas em um campo de intensidades afetivas, minhas e deles, corroborando para a tradução do que o projeto agencia nessa rede de relações.

Tedesco, Sade e Caliman (2013) complementam, ainda,

No caso da entrevista, como procedimento cartográfico, comentaremos como ela pode ser capaz não só de acompanhar processos como também, por meio de seu caráter performativo, neles intervir, provocando mudanças, catalisando instantes de passagem, esses acontecimentos disruptivos que nos interessam conhecer (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 300).



A cartografia, em sua proposta metodológica, propõe uma inversão do método de pesquisar. Não mais pesquisar para alcançar resultados (*méta-hodos*), mas uma caminhada que traça, durante seu percurso, as metas (*hodos-méta*), levando em conta os efeitos produzidos no pesquisador durante o ato de pesquisar (PASSOS; BARROS, 2009).

Longe de querer apresentar uma suposta neutralidade, esse escrito apresenta um tom de implicação. Aos leitores desavisados eu afirmo, há subjetividade inserida! Escrevo aqui em primeira pessoa do singular de modo a estabelecer uma posição ético-política de implicação com o campo.

Embora a escolha por esse pronome não aparecesse de início nesse trabalho-dissertação, ao longo da pesquisa mostrou-se inevitável que assim o fosse, uma vez que decidi narrar minhas próprias experiências com o projeto, diante da minha realidade. Nego a neutralidade própria das pesquisas científicas, uma vez que ousou narrar as minhas relações afetivas construídas com o PQTA e <durante> minha trajetória no CAPS AD III.

Uso esse destaque no sentido de evidenciar o meu lugar de fala nessas linhas. Se a escrita, por vezes, aparece com tom de protesto ou apresenta um caráter político, diz do lugar que afirmo enquanto defensora das políticas públicas e da Redução de Danos, pautadas na Luta Antimanicomial e na Reforma Psiquiátrica. Pois, foi no encontro com esse campo de problematização que se produziram fissuras no meu modo de pensar o cuidado às pessoas em contextos de violação de direitos.

O encontro é da ordem do inusitado e, para Costa (2014), “nunca se faz sem um grau de violência” (p. 72), um movimento que nos desacomoda e nos faz sair do lugar. “Um encontro é sempre ziguezagueante, algo que se passa entre dois, transitando pela multiplicidade de coisas e signos que povoam o momento singular do encontrar-se” (COSTA, 2014, p. 72).

Confesso que não foi fácil escrever essa pesquisa, primeiro porque a cartografia pede uma certa maturidade vivencial para se constituir, segundo porque escrever sobre o PQTA sem fazer parte dele, mas de um serviço adjacente (o CAPS AD III), que trabalha com, exigiu uma imersão nas relações <durante>.

Aqueles elementos imprevisíveis e, aparentemente, insignificantes, adquirem força e comportam a potência do encontro afetivo. Dito isso, em alguns momentos, deslocarei o campo de investigação buscando sempre rememorar as experiências dessa trajetória. Poderá parecer ao leitor que coloco o CAPS AD III em evidência, e isso não é por acaso. Foi por meio dessa inserção que tive a oportunidade de me aprofundar nas histórias aqui contadas, de conhecer esses personagens que compõem e compuseram o PQTA e me apropriar teoricamente do estudo sobre a população em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas.

Durante o percurso dessa pesquisa, tive a oportunidade de publicitar o trabalho que é feito no PQTA, e por diversas vezes me fiz um questionamento: como uma estratégia comprovadamente eficiente em tantos países, e até mesmo no Brasil, como veremos adiante, é tão pouco conhecida e divulgada, tanto no meio acadêmico quanto no meio sociopolítico?

Um percurso para uma resposta se deu nas mudanças decorridas no projeto durante o período de investigação e análise, em virtude do contexto político-econômico e mudança do projeto de governo a nível nacional e municipal, em que o projeto passou por um processo de sucateamento de seus recursos, tema que será melhor explanado na Terceira Cena.

Um dos meus desafios foi pensar em uma aproximação com a proposta pedagógica do Programa de Pós-Graduação, sem abandonar meu desejo de investigação. O mestrado em Ensino em Ciência e Saúde propõe formar multiplicadores no ensino de ciência e saúde, compreendendo a ciência como aquisição de conhecimento e informação (FERREIRA, 2004), e a saúde enquanto proposta pela Organização Mundial de Saúde como “o estado de completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (OMS, 1948). Nessa perspectiva, esse trabalho propõe ampliar o conceito de saúde como um modo de organização social, “ter o direito a uma casa para morar, comida suficiente, saudável e saborosa, educação de qualidade, trabalho decente e saúde de qualidade, etc. é ter saúde” (CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR, 2017).

Compreender a genealogia histórica do fenômeno da população em situação de rua, não mais como uma causalidade individual, mas agora com aspectos multifacetados, compreendendo a estrutura social e as determinações sociais, é de suma importância para traçar estratégias de cuidado que se articulam e se conectam. O Palmas Que Te Acolhe, nesse sentido, se constitui enquanto um dispositivo que opera jeitos de fazer ver e fazer falar acerca da população em situação de rua e transforma as possibilidades de cuidado.

### **1.1 Pistas do método**

Essa pesquisa diz de uma escrita itinerante, que se passa na rua, no Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas, na sede administrativa do Palmas Que Te Acolhe, ou no hotel que são acolhidos os beneficiários, nos espaços de reunião com a rede de atenção à população em situação de rua, nos diálogos com o Consultório na Rua, nos Seminários e Congressos que debatem a política de saúde mental, nos encontros com as pessoas que habitam as ruas, nas cenas em que se desenrola o uso de drogas, na clínica que se faz em movimento.

Desse modo, proponho imergir no campo de pesquisa, buscando habitar espaços, até então, desconhecidos para explorar as formas de produção de vida e subjetivação ali inscritos. Meu campo é constituído de duas forças: material, o projeto de inserção Palmas Que Te Acolhe e suas frentes de

trabalho; e imaterial, as relações estabelecidas entre trabalhadores e beneficiários do projeto com as novas configurações de modos de existência que o PQTA propõe enunciar.

Dar voz aos atores que constituem esse escrito, cartografar o momento do projeto, em constante movimento e transformação, “trata-se de uma pergunta a serviço da produção da diferença e da invenção de novos modos de existência e de encontro” (MAGALHÃES, 2015, p. 36).

Os territórios, paisagens e cenas foram descritas por meio do método cartográfico, que permitiu me fundir com o cenário pesquisado e estabelecer relações com o mesmo (ROMAGNOLI, 2009; COSTA, 2014). Para Passos e Barros (2015), “conhecer a realidade é acompanhar seu processo de constituição, o que não pode se realizar sem uma imersão no plano da experiência”.

Cartografar, portanto, é a experiência que vai se tecendo conforme vão se encontrando as pistas, é o “caminhar que traça, no percurso, suas metas” (PASSOS; BARROS, 2009), e abre para a análise no aqui-agora, onde o cenário se desenrola no próprio caminho.

Conforme Costa (2014) para cartografar, é imprescindível estar no território. Para isso, o cartógrafo lança mão de diversas ferramentas, como por exemplo, os Diários de Campo, para mapear o território de interesse, coletar suas impressões e utilizá-las de modo a aprofundar suas análises. A minha implicação, enquanto pesquisadora, está inscrita na escolha pelo tema, nos caminhos percorridos, nas tomadas de decisão. Os diários de campo me permitiram elucidar a vivência do cotidiano da pesquisa, “não o ‘como fazer’ das normas, mas o ‘como foi feito’ da prática” (LOURAU, 1993, p. 77).

Foram nos encontros com o PQTA, nas discussões de caso, no cotidiano do CAPS AD III, nos trabalhos intersetoriais, nos passeios na praia e nas rodas de conversa realizadas no parque, na festa de Natal e Ano Novo, que se teceram as primeiras linhas de intensidade que permitiram a imersão nesse campo de problematização.

Por isso, o que se relata nesse trabalho carrega a intensidade dos encontros vivenciados, “o grau de importância das coisas não está ligado à importância social, ao que se convencionou a priori enquanto importante. A importância é aquilo que se consegue levar/portar a partir de um encontro. Na pragmática de uma cartografia, a importância é antes uma portância” (COSTA, 2014, p. 73).

Correa (2009) nos aponta que o cartógrafo é parte importante da investigação, abandonando a pretensão de neutralidade e distanciamento do objeto de estudo, é no encontro que a pesquisa se torna possível. A posição de proximidade implica numa parcialidade, não remete a uma verdade absoluta, mas busca explicitar o lugar de fala do pesquisador e do participante da pesquisa (COSTA, 2007). Dito isso, destaco: essa narrativa carrega a intensidade afetiva de um momento,

inscrito em um intervalo de tempo, no encontro com as pessoas envolvidas dentro de determinado contexto. É válido dizer que essas características singulares é que dão a tônica desse trabalho.

Ora, pretendo aqui descrever os afetos rizomáticos que me atravessam e, como linhas em um mapa, se espalham em todas as direções, pulsam, florescem onde há espaço, criam suas possibilidades. Tornam-se, de fato, um caleidoscópio de afetos. Quando falo em afeto, busco em Espinosa o arcabouço teórico para traduzir em palavras a linguagem expressa no corpo e nas relações. “Por afeto compreendo as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções” (ESPINOSA, 2013, p. 163). Afecção e Afeto estão sempre interligados, pois das afecções originam-se os afetos, a experiência vivida, que aumentam ou diminuem nossa potência de agir no mundo.

O rizoma se relaciona com os afetos no *intermezzo*, no entre, que não se trata de uma localização de um ponto a outro, mas no movimento transversal, “Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, *intermezzo*” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p. 17).

Por buscar os afetos nessas zonas de fronteira, é que a cartografia necessita de uma certa porosidade para se abrir às microssensibilidades das relações e dos encontros dos corpos, “por tornar mais desguarnecidas as fronteiras que uma cartografia é efetivamente traçada” (COSTA, 2014, p. 67).

A partir dessas premissas, elenquei algumas questões-chave para estruturar esse escrito: Quais modos de vida são produzidos na experiência do Palmas Que Te Acolhe? Como se configuram esses modos de vida a partir da experiência da/na rua?

Para responder a esses questionamentos, realizei treze entrevistas a partir de um roteiro norteador (APÊNDICE B), com beneficiários e trabalhadores do PQTA, com duração média de 30 (trinta) minutos cada, a depender dos temas que iam surgindo. Vale ressaltar que o roteiro de entrevista operou como um guia, na medida em que abriu possibilidade para os temas que iam surgindo como importantes para os participantes, independente se estavam ou não no roteiro pré-determinado.

Além disso, utilizei diários de campo que buscaram produzir e descrever as impressões e sensações do campo de pesquisa, “o que é produzido não é apenas individual, já que toda pesquisa singular fala também de um coletivo. É um processo singular do pesquisador, e quanto mais singular, maior é a potência de ressoar” (LIMA; ARAGON, 2010).

As entrevistas com os participantes da pesquisa seguiram as normas éticas estabelecidas para pesquisas com seres humanos. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa, da

Universidade Federal do Tocantins (CEP/UFT), e todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A fim de resguardar a identidade dos participantes, não foram revelados seus nomes e a função daqueles que integram a equipe profissional, sendo atribuídos nomes fictícios baseados na obra *Capitães da Areia*, do autor brasileiro Jorge Amado, por sua afinidade com a temática pesquisada.

## 1.2 Itinerário da Narrativa

Organizei o itinerário da narrativa de modo a dar visibilidade às pistas cartográficas que se apresentaram até dar forma a esse trabalho. Propus tecer uma pluralidade de cenas descritivas interligadas, focando em certos aspectos em torno do tema, de modo que haja transversalidade dos conceitos e materiais produzidos que podem aparecer mais de uma vez no decorrer do trabalho.

Trago aqui o conceito de transversalidade de Guattari (1985) como uma ideia que implica movimento entre os saberes, e não se reduz a uma verticalização (hierarquização dos conceitos e saberes) ou horizontalidade (conexão entre áreas afins). Assim como o rizoma, a transversalidade aponta para o reconhecimento da multiplicidade e produção da diferença.

Os capítulos foram, portanto, organizados para flagrar os elementos que compõem o dispositivo, funcionando como “caixa de ferramentas” às análises. Conforme Costa (2007), “os conceitos e instrumentais teóricos utilizados devem gerar efeitos e produzir resultados, senão não valem de nada”.

Estruturei esse escrito em Cenas compostas por narrativas teórico-conceituais, bem como das fotografias de encontros e trocas afetivas que compõem o dispositivo PQTA.

Desse modo, a *Primeira Cena – Do louco ao drogado: espaços de exclusão social*, dá início a compreensão das linhas da Reforma Psiquiátrica, e da constituição histórica das instituições de exclusão e controle, a emergência da Política de Redução de Danos ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas, a constituição de seres humanos de direitos e o papel do Estado na “política de morte”.

A *Segunda Cena – No olho da rua: cartografando a política de rua*, foram elucidados os corpos da vida-nua, aqueles que relegam o campo do privado ao espaço público, e as estratégias que buscam evidenciar as possibilidades de (r)existência àqueles que se encontram em situação de vulnerabilidade. Essa Cena traz, ainda, as primeiras linhas sobre o Palmas Que Te Acolhe enquanto serviço que compõe uma rede intersetorial para o cuidado à população em situação de rua.

A *Terceira Cena – Tecendo a rede de atenção*, descrevi brevemente outros serviços e dispositivos que compõem a rede de atenção a população em situação de rua e as tentativas de iniciativa de cuidado. Trago aqui os relatos vivenciados no Palmas Que Te Acolhe costurados com

fos da experiência, e as duas forças que sustentam esse trabalho: a força material, o PQTA e suas frentes de trabalho; e a força imaterial, as relações produzidas nesse encontro e as transformações nos jeitos de ser e de viver dos beneficiários, dos trabalhadores e em mim.

Por fim, *Amarrando as cenas* para buscar trilhar caminhos para novos questionamentos, evidenciando que o papel da pesquisa, mais do que encontrar respostas, é levantar novas perguntas.



Fonte: Acervo pessoal (abril, 2019), vivência urbana com usuários e usuárias do CAPS AD III de Palmas/TO.

*Cá pra nós, e se um de nós morrer  
Pra vocês é uma beleza  
Desigualdade faz tristeza  
Na montanha dos sete abutres alguém enfeita sua mesa  
Um governo que quer acabar com o crack,  
Mas não tem moral pra vetar comercial de cerveja  
Alô, Foucault, cê quer saber o que é loucura?  
Criolo*

## 2. PRIMEIRA CENA – DO LOUCO AO DROGADO: ESPAÇOS DE EXCLUSÃO SOCIAL

O encontro com a saúde mental desde cedo marcou minha trajetória. Iniciou ainda na graduação, quando tive a experiência de participar do PET-Saúde (Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde) e pude me inserir em vários serviços da rede socioassistencial e de saúde (a exemplo do Hospital Geral de Palmas, na ala psiquiátrica, o Centro de Referência Especializado em Assistência Social, o CREAS, e o Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas 24 horas, o CAPS AD III, entre outros).

O objetivo do programa era possibilitar vivências práticas aos estudantes de graduação dos cursos da área de saúde, supervisionados pelos preceptores, que eram trabalhadores vinculados aos serviços visitados, e por um tutor, de modo a integrar os conceitos teóricos oriundos da academia.

À época, a imagem do “louco” ainda me remetia aos antigos hospitais psiquiátricos, com seus muros e grades, pessoas perambulando sem pressa pelo pátio, dopadas de medicamentos e relegadas ao espaço de exclusão.

Flagrando essa fotografia, vamos começar nossa caminhada em um tempo remoto, quando um estrato da população não tinha direito à liberdade por serem desviantes de uma suposta moral. Como ponto de partida, tomo a Reforma Psiquiátrica, a imagem-tempo escolhida para desenvolver a pesquisa. A emergência da Reforma se deu somente após muitos séculos de práticas de exclusão, autorizando o Estado a gerenciar a ‘loucura’ como melhor convinha. A estrutura herdada pelos leprosários, no final da Idade Média deu origem aos primeiros asilos, alocando ali toda forma de exceção à normalidade – pobres, bêbados, loucos, presidiários, assumem aqui o papel dos, antes, leprosos, a quem se destinava a exclusão como forma de salvação (FOUCAULT, 1972).

Se antes os leprosários tinham múltiplos sentidos na premissa de banimento, é nessa estrutura de internamento que a medicina captura os movimentos da loucura. O tratamento moral, para Pinel no Grande Hospital, propunha restituir o louco de suas capacidades mentais para, então, se reinscrever no espaço social. Gabbay (2010) nos apresenta esse paradoxo, pois “Para incluir, a condição prévia seria a exclusão” (GABBAY, 2010, p. 46).

Na literatura, essa denuncia vem com o famoso escritor brasileiro Machado de Assis, que romanceou as histórias dos grandes manicômios que pretendiam curar todas as nuances da “loucura” em seu clássico romance *O Alienista*, publicado pela primeira vez em 1882,

Chegado a esta conclusão, o ilustre alienista teve duas sensações contrárias, uma de gozo, outra de abatimento. A de gozo foi por ver que, ao cabo de longas e pacientes investigações, constantes trabalhos, luta ingente com o povo, podia afirmar esta verdade:— não havia loucos em Itaguaí. Itaguaí não possuía um só mentecapto. Mas tão depressa esta idéia lhe refrescara a alma, outra apareceu que neutralizou o primeiro efeito; foi a idéia da dúvida. Pois quê! Itaguaí. não possuiria um único cérebro concertado? Esta conclusão tão absoluta, não seria por isso mesmo errônea,



e não vinha, portanto, destruir o largo e majestoso edifício da nova doutrina psicológica? (ASSIS, 1994, p. 34).

O devir-louco<sup>1</sup> suporta uma certa subjetividade necessária para embaralhar as regras sociais, transpor limites, enfim, carrega um potencial de desterritorialização (PELBART, 2003) que incomoda todo o funcionamento de sociedade que anseia por fronteiras rígidas.

Basaglia trilhou caminho para o movimento da reforma psiquiátrica italiana, transformando as práticas de cuidado da época (AMARANTE, 1995). O lema “a liberdade é terapêutica”, proposto por Basaglia, inspirou a forma como a sociedade se relacionava com a loucura, e os internos dos hospitais psiquiátricos começaram a ocupar o lugar de moradores da cidade (NASCIMENTO *et. al.*, 2017).

Caminhando adiante em nossa linha do tempo, a reforma psiquiátrica, no contexto político brasileiro, tem seu marco no Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), tensionado por usuários, familiares, trabalhadores e simpatizantes da causa, concomitante ao quadro de redemocratização do país, após o Golpe Militar (ROSA; VILHENA, 2012). Nesse sentido, dois acontecimentos marcaram essa luta, tais foram: a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em São Paulo, que contava com mais de 500 internos, denunciando as práticas de tortura e exclusão, e o projeto de lei Paulo Delgado, que propunha a extinção gradual dos manicômios e criação dos serviços substitutivos, com modalidades alternativas de tratamento e reabilitação (AMARANTE, 1995).

Guiando-se por duas vertentes, a Reforma Psiquiátrica Brasileira bebeu da fonte inglesa e francesa, e propunha a melhora das práticas de cuidado com foco na atenção humanizada, bem como na direção do lema italiano, com a radical extinção das instituições manicomiais, para pensar o cuidado numa perspectiva plural e multidisciplinar, destituindo o conhecimento médico do pedestal de detentor do saber soberano (ROSA; VILHENA, 2012).

Em 2001, com a lei 10.216/01, que dispõe da Política Nacional de Saúde Mental, propõe a assistência, promoção e prevenção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e/ou outras drogas, e proteção dos direitos desses indivíduos (BRASIL, 2001). Em seguida, com a publicação da Portaria N° 366/2002 regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços substitutivos ao modelo manicomial, contam com uma equipe multidisciplinar, atuando em caráter interdisciplinar e territorial, para ofertar tratamentos de

---

<sup>1</sup> Deleuze e Guattari conceituam o devir como a produção da diferença. O homem é majoritário por excelência, a maioria pressupõe dominação, e desse modo, o devir é sempre minoritário. O objetivo do devir é dar abertura para a criação de novas subjetividades, trilhar novos territórios (DELEUZE; GUATTARI, 1997).

saúde às pessoas em sofrimento psíquico e portadoras de transtornos mentais, e aos usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002).

No entanto, serviços que posteriormente viriam a tornar-se CAPS foram criados anteriormente a legislação, como é o caso do CAPS Professor Luís da Rocha Cerqueira, surgido em 1986, em São Paulo (RIBEIRO, 2004).

Mais de um século de passou desde os tempos dos leprosários e asilos psiquiátricos e as práticas manicomiais estão mais fortes do que nunca. Como evidenciou Pelbart (2003),

[...] não basta destruir os manicômios. Também não basta acolher os loucos, nem relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, uma espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente “esticado” através de uma revolucionária plástica sócio-política, se encarregaria de abolir (PELBART, 2003, p. 134).

Apesar da aposta na superação do modelo manicomial, no fechamento dos hospitais psiquiátricos e na (re)integração do louco no tecido social, comumente vejo as práticas manicomiais no cotidiano dos serviços de saúde. A partir do momento que os CAPS se autorizam a exigir a abstinência dos usuários de drogas ou utilizar-se da medicação excessiva para “silenciar” subjetividades, evidenciam-se os manicômios mentais da contemporaneidade. Em *Manicômios S/A*, Daniel Vega nos aponta a indissociabilidade de se pensar em uma transformação macropolítica, da captura dos sujeitos dentro das paredes asilares, como também microssocial, traduzidas em diversas formas de violência, de exclusão, de produção fabril de subjetividades, de amortecimento das diferenças (VEGA, 2000).

Nesse ínterim, a temática de álcool e outras drogas vem crescendo exponencialmente na veiculação pelos meios de comunicação, gerando debates em diversos âmbitos e dividindo opiniões. Historicamente, o uso de drogas foi alvo de diversos olhares e, talvez, o mais antigo deles seja o olhar da religião. Levine (1978 apud SANTOS, 2018) aponta que a questão da embriaguez já era vista como problemática desde meados do século XVIII, e o puritanismo a tratava como pecado.

A formação discursiva acerca do usuário de drogas tem raízes morais profundas, como vimos acima, mas perpetuadas nos discursos atuais e pode ser encontrada, sem muito esforço, nos meios de comunicação contemporâneos, nas redes sociais e, inclusive, nas narrativas de profissionais da área de Saúde e operadores do Direito.

Comumente, vemos crimes e delitos noticiados nos jornais sendo associados ao consumo de drogas, ou comportamentos desviantes, vínculos familiares fragilizados, situações de risco e vulnerabilidade justificadas pelo envolvimento com as drogas. Podemos caracterizar esse como o segundo olhar sobre o uso de drogas: o olhar da justiça.

Nossa política de drogas, fruto da declarada “Guerra às Drogas” engendrada pelos Estados Unidos na década de 1970, introduz uma arbitrária diferenciação entre as drogas lícitas (como o álcool, o tabaco, os psicotrópicos e a cafeína) e as ilícitas (a maconha, o crack, a heroína), e as penas decorrentes do consumo, produção e distribuição dessas classes legais de drogas.

A Lei 11.343/2006, em seu Capítulo III, trata da diferenciação do usuário para o traficante de drogas no Art. 28, § 2º “Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente” (BRASIL, 2006). Em ambos os casos, usuário ou traficante, são garantidas medidas punitivas de acordo com o juízo valorativo do agente penal.

Se por um lado, nossa legislação penal vê a questão das drogas ainda como caso de polícia, o saber médico ainda detém os resquícios da Idade Média, levando a temática a ser tratada como questão de saúde, e para a doença (o dependente químico), há a cura. Em suma, “quem usa drogas ou é doente, ou é delinquente ou é pecador, então ele raciocina e reage de acordo com aquilo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 77), traçando a identidade social do usuário de drogas como “pessoa doente, moralmente débil e delinquente” (SANTOS, 2018, p. 19).

Essa retórica tem balizado, ao longo dos anos, as estratégias de cuidado destinadas às pessoas que usam drogas e sua identidade social. Os usuários de drogas adquirem o status dos novos desviantes, e as comunidades terapêuticas como os novos espaços de captura, os manicômios contemporâneos.

As comunidades terapêuticas são, de modo geral, entidades da sociedade civil que objetivam acolher usuários de álcool e outras drogas, com vias à perspectiva da abstinência e reintegração social. Mais especificamente, as comunidades terapêuticas têm o objetivo de levar os usuários a suspenderem por completo o uso de drogas por meio de um conjunto de práticas realizadas em um contexto de isolamento social. Se constituem enquanto residências coletivas temporárias, para usuários de drogas que desejem ingressar voluntariamente e permanecerem por períodos de nove a 12 meses, em uma estrutura hierárquica bem definida, sendo vigiados por ‘monitores’ que, em geral, são “ex-usuários de drogas” (SANTOS, 2018).

Segundo Santos (2018) nos aponta “o programa assistencial das CTs ancora-se no tripé *disciplina-trabalho-espiritualidade*, que se traduz em rotinas disciplinadas, laborterapia e práticas religiosas” (SANTOS, 2018, p. 12).

O Conselho Federal de Psicologia, por meio do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura, realizou a inspeção nacional nas comunidades terapêuticas, dando fruto ao relatório no ano de 2018. Dentre alguns achados, o relatório aponta para sérias violações de direitos,

como a exploração do trabalho como ferramenta disciplinar, indícios de tortura, violação da liberdade religiosa e ausência de estratégias de desinstitucionalização (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2018).

As políticas de recolhimento vão ganhando novas nuances com o passar dos tempos. Se antes, os leprosários se enchiam de pessoas desviantes, hoje temos nas prisões e comunidades terapêuticas a manutenção do *status quo* da exclusão. Mantendo longe o que fere nossos olhos.

Amparando no conceito de dispositivo (DELEUZE, 1996), explorado anteriormente, a droga, nessa perspectiva, enuncia efeitos de degradação do sujeito que dela faz uso: despolitização, criminalização, pânico moral, baixo acolhimento, condições para o extermínio. Como aponta Silva (2019), nessa lógica, a droga torna-se uma entidade com capacidade própria, fazendo refém os que se arriscam a experimentá-la.

Paradoxalmente, a “guerra às drogas”, em seu íntimo, se traduz em uma guerra às pessoas que usam drogas, e essas pessoas têm endereço e raça intrínsecos, pois a política sobre drogas encarcera e mata jovens negros e periféricos, desprovidos de poder e marginalizados (SANTOS TERCEIRO, 2017).

Mbembe (2016) disserta sobre as intercessões sobre racismo e biopoder, o domínio do poder sobre a vida, (FOUCAULT, 2002), de modo a compreender como o Estado exerce sua função de carrasco. Em análise, as questões de raça têm raízes na aniquilação da diferença, está relacionada a uma política de morte. “Na economia do biopoder, a função do racismo é regular a distribuição de morte e tornar possível as funções assassinas do Estado” (MBEMBE, 2016, p. 128).

Ainda, vemos no contexto brasileiro o racismo que se baseia na divisão de classes e, ao traduzir os conflitos sociais e as condições de vulnerabilidade em questões raciais, os “selvagens” do mundo colonial tornaram-se os “desamparados pelo Estado” da contemporaneidade, cabendo ao Estado “civilizar os modos de matar e atribuir objetivos racionais ao ato de matar em si” (MBEMBE, 2016, p. 133), em prol do resgate da paz social.

Hart (2013) explicita esse racismo estrutural com o exemplo do contexto político norte-americano, quando a estratégia do então presidente Richard Nixon, entre os anos de 1969 e 1974, era a de utilizar das políticas relativas às drogas para “mandar uma mensagem”, explorando o medo e o ódio. “Legitimou políticas que na superfície pareciam infensas ao preconceito de cor, mas na realidade resultavam em aumento dos casos de encarceramento de negros e negação de seus direitos civis” (HART, 2013, p. 28).

Esse poder do Estado, incrustado nessa política de morte, adquire expressão em abordagens que violentam as pessoas que usam drogas de diversas formas: aprisionamento dos corpos (seja nas

prisões ou nas comunidades terapêuticas), medicalização das subjetividades, força policial e sucateamento do cuidado.

Em 2017, no dia 18 de maio, data que comemoramos o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, realizei uma oficina terapêutica no CAPS AD III com os usuários e profissionais deste serviço. A proposta daquele dia era dramatizarmos algumas cenas cotidianas, a fim de capturar a perspectiva que aquelas pessoas tinham da luta antimanicomial e dos serviços de saúde mental que prestam cuidado às pessoas em sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas.

Dois acontecimentos me chamaram a atenção naquele dia. O primeiro foi a performance de um grupo composto por usuários e um profissional do CAPS AD III que dramatizaram um baculejo<sup>2</sup>. Curioso notar que o nível de violência empregado naquela situação fictícia dizia da realidade que aqueles usuários vivenciaram e vivenciam nas ruas, a repressão policial a que estão sujeitos cotidianamente diz daquela política de morte da qual falei acima. Valendo-me da licença poética: violência gera violência.

Na conversa com Don'Aninha, a mesma me contou sobre os riscos dos usuários que estão em situação de rua: *“Eles falam, o dormir na rua é muito perigoso, corre muito risco. Hoje eu tava conversando com o Boa-Vida ali, e ele falando que os meninos que estão na rua nem falam muito onde dormem, por causa do risco que correm, de sei lá, a polícia ir lá, ou outros, e fazer alguma maldade. Então, só o fato deles saberem que eles tem onde dormirem, eles conseguem equilibrar mais essa questão do uso.”*

O segundo acontecimento foi a dramatização do segundo grupo de usuários (nesse grupo não haviam trabalhadores). Esses optaram por interpretar uma cena vivida no cotidiano do CAPS AD III: um acolhimento inicial. Aferição dos sinais vitais, “por que você veio aqui?”, “que droga você usa?”, “vou te encaminhar para uma consulta com o médico para você tomar remédio”. A política de morte, mais uma vez, presente de forma sutil, através da medicalização da vida. Alencar (2016, p. 72) comenta de forma certa “fazer entrar remédios para que não saiam mais palavras”.

Fazendo um recorte para outra experiência, num dado momento de uma reunião de equipe, levantou-se a suspeita de que usuários pudessem estar fazendo uso de crack na unidade. À época, situações de uso de álcool foram flagradas com frequência, uma vez que é uma substância de fácil acesso e poderiam ser levadas ao serviço sem despertar suspeitas, porém manejadas da melhor forma que nos era possível naquele momento. Porém, na suspeita do uso de crack, discutia-se a necessidade de chamar a polícia, ao passo que questionei: por que recorreremos à intervenção policial

---

<sup>2</sup> Forma como os usuários denominam as abordagens policiais. Revista, batida, atraque.

quando fazem uso de crack, mas manejamos entre nós quando há situações de uso de álcool? Seria essa mais uma forma de criminalização do usuário de drogas ilícitas?

Essa experiência evidencia as práticas repressivas e policiaesca presentes no cotidiano dos CAPS, que perpassam o uso do crack, enquanto substância renegada às pessoas a margem da sociedade, e o uso do álcool autorizado e suavizado em sua complexidade. Abro essa primeira Cena com a letra da música “Duas de cinco” do cantor Criolo, famoso cantor de rap, pois denuncia essa realidade irônica vista na cena urbana.



Fonte: <https://uncannyxmen.net/characters/storm/page/0/2>. Charge X-man, 1979.

A imagem acima, extraída de um quadrinho de 1979, evidencia a realidade do quadro político brasileiro, em que se discute incansavelmente propostas de redução da maioridade penal, internação involuntária de usuários de drogas e abordagens mais repressivas às pessoas em situação de vulnerabilidade, enquanto se extraem cada vez mais seus direitos.

Na verdade, boa parte do que não tem dado certo na maneira como lidamos com a questão das drogas tem a ver com o mau entendimento de causas e efeitos, responsabilizando-se as drogas pelos efeitos das políticas relativas a drogas, da pobreza, do racismo institucionalizado e de muitos outros fatores não tão óbvios (HART, 2013, p. 26).

Para compreendermos melhor o panorama do uso de álcool e outras drogas no contexto mundial e nacional, faço uso brevemente de algumas pesquisas que nos apresentam os dados concretos relacionados ao consumo de substâncias. Anualmente, a *United Nations Office on Drugs and Crime*<sup>3</sup> publica o compilado de análises sobre o uso/abuso, tráfico e produção de drogas no mundo, dados que compõem o Relatório Mundial sobre Drogas, documento referência na formulação de políticas mundiais sobre drogas. Segundo o último relatório publicado, em 2015 estimou-se que 250 milhões de pessoas no mundo faziam uso de drogas, sendo que 29,5 milhões apresentaram necessidades decorrentes do uso - cerca de 0,6% da população adulta (UNODC, 2017).

Dentre as substâncias pesquisadas, os opioides (drogas derivadas do ópio, como a morfina e heroína) apresentaram os maiores índices de danos à saúde, representando cerca da 70% dos impactos negativos associado ao uso de substâncias, e a cannabis (maconha) continua a ser a substância de preferência, com aproximadamente 183 milhões de usuários no último ano (UNODC, 2017). Estima-se que 35 milhões de pessoas fizeram uso das anfetaminas (metilfenidato – Ritalina, e o metilenodioximetanfetamina – MDMA), no ano de 2015 (UNODC, 2017).

Segundo o mesmo relatório anual, 1 em cada 6 pessoas que possuem necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas estão em tratamento (UNODC, 2017). A Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack realizada pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), realizada em 2012, expôs que cerca de 27% dos usuários de crack ou similares no Brasil acessaram serviços de saúde, e somente 1,83% tiveram acesso a programas de redução de danos (BASTOS; BERTONI, 2014).

Na Pesquisa Nacional Sobre o Uso do Crack, a maior pesquisa já realizada no mundo e referência para vários outros países, o consumo regular de crack e similares somam mais de 366 mil usuários nas capitais do Brasil (BASTOS; BERTONI, 2014). O consumo do álcool, por outro lado, é exponencialmente maior, segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)

---

<sup>3</sup> Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC). O trabalho do UNODC estrutura-se em uma base tríplice: saúde, justiça e segurança pública, desdobrando-se em diversas temáticas afins. O UNODC possui base regional em mais de 150 países, atuando junto a entidades governamentais e não-governamentais, no intuito de implementar programas de controle ao uso de drogas e prevenção à criminalidade (disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/sobre-unodc/index.html>, 2017).

realizado em 2012 contou com mais de 11 milhões de usuários problemáticos de álcool (LARANJEIRA, 2014).

A grande repercussão midiática das cenas de uso abertas, denominadas cracolândias, instauram um caos em torno de uma suposta “epidemia de crack”, o que acarreta na estigmatização desses indivíduos, especialmente, as pessoas que vivem em situação de rua e marginalização. Faz-se notar, “o estigma fecha portas, reduz alternativas e bloqueia horizontes” (BRASIL, 2017).

Recentemente foi publicado o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela população brasileira (2017), realizado pela Fiocruz, por meio de recurso do Ministério da Saúde. Apesar das inúmeras tentativas do governo em encobrir esses dados, a fim de justificar e reforçar a falácia da “epidemia de drogas” e das ações de repressão ao uso, produção e tráfico, o relatório foi publicado, gerando grande debate no meio da política sobre drogas. Em comparação aos dados apresentados no relatório de 2012, o III Levantamento explicitou o aumento dos usuários problemáticos de álcool, de 11 milhões para 25 milhões de usuários que fizeram uso episódico pesado, “esse padrão de consumo, que provoca intoxicação, é associado à violência, acidentes, comportamento sexual de risco, doenças crônicas e dependência de álcool entre outros problemas agudos e crônicos” (BASTOS *et. al.*, 2017, p. 79).

Os dados apresentados nos parágrafos anteriores apontam para a urgência em discutir a temática de abuso de drogas, no intuito de pensar em novos dispositivos de cuidado, que ultrapassem o diagnóstico e medicalização dos corpos.

É importante reavaliar estes dados, uma vez que é possível transformá-los em um importante disparador para “reavaliar as políticas públicas que vem sendo formuladas para prevenção e promoção dos usuários de álcool e outras drogas, e então possibilitar a criação de novas linhas de cuidado psicossocial” (NASCIMENTO *et. al.*, 2017).

Para compreendermos essa política de drogas vigente, não precisamos apenas entender os dados estatísticos, mas também analisar as estratégias de combate ao uso de drogas e como elas são usadas para fins políticos (HART, 2013). Uma vez que se cria um furor em torno do uso de crack e similares num contexto com maior uso prejudicial das substâncias lícitas, por exemplo.

A importância de trabalhar a questão do uso de drogas pelas pessoas em situação de rua, desfazendo o mito da epidemia de uso do crack e outras drogas, possibilita trazer à luz outros fatores de vulnerabilidade vivenciados por este público que merecem destaque. A garantia de direitos como estratégia de redução de danos, como experiência concreta narrada nesse trabalho, convida a pensar em outras estratégias de cuidado às pessoas em situação de rua que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, que fomentem a criação de vínculos comunitários, familiares e



sociais mais sólidos, respeitando as individualidades, melhorando a qualidade de vida, o acesso aos serviços e escapando à lógica manicomial e repressiva.

## 2.1 Outras palavras sobre o cuidado às pessoas que usam drogas

*Quando suportamos a função de cuidador, navegamos por águas escuras e operamos manobras de alta complexidade.*  
Antonio Lancetti

Minha trajetória no CAPS AD III dá uma guinada no tempo. O ano é 2017, agora formada, retorno ao CAPS para trabalhar como psicóloga integrando a equipe multiprofissional. Em alguns meses de trabalho, já estava inteirada dos nomes de vários dos indivíduos que por ali passavam, suas histórias e intensidades afetivas.

Trazendo para a narrativa, faço um mergulho em um momento que me fez refletir sobre a prática da Redução de Danos:

João Grande era recém-chegado de Anápolis, um usuário já há muito tempo vinculado ao CAPS, porém, só o conheci muito tempo depois, pois estivera restrito de liberdade lá por aquelas bandas. João Grande me contou que já está em situação de rua há mais de 10 anos, sempre perambulando de um lado a outro, *mangueando*<sup>4</sup> aqui e ali. Quando nos conhecemos, João Grande me disse que faz uso de crack e álcool, principalmente, e aprendeu a usar com sua mãe ainda na infância. Quando perguntei como ele fazia uso do crack, ele me respondeu:

*“Ah, eu fumo no cachimbo, e não empresto meu cachimbo prá ninguém! Meu cachimbo é só meu... E você pode ver que eu não ando parecendo um mendigo que nem esses doido aí, não. Eu tomo banho todos os dias, escovo meus dentes, não fico com os dedos queimados. Eu me cuido, pô”.*

Quando penso nesse diálogo com o João Grande, lembro o quanto isso enriqueceu a minha concepção sobre a Redução de Danos, suas possibilidades de construção e as formas de fazer cuidado. Esse personagem marcou a minha trajetória profissional e pessoal, e retornará novamente em outro momento dessa narrativa.

Ao participar do Encontro da Região Norte de Redução de Danos, promovido pela Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA), ouvi um questionamento que até hoje me coloco a pensar: *“Quem é o redutor de danos?”*. Quando pesquisamos sobre o surgimento da RD,

---

<sup>4</sup> Expressão comumente utilizada pelos usuários quando estão pedindo na rua (dinheiro, comida).

nos deparamos com os primeiros movimentos a partir da experiência de grupos de usuários de drogas.

O debate sobre RD remonta a meados da década de 1920, na Inglaterra, com a utilização da metadona prescrita no tratamento de usuários de heroína, que mantinham relação prejudicial, de modo a minimizar os efeitos prejudiciais da substância injetável e garantir o acesso a direitos básicos. Desta ação, foi produzido e publicado o Relatório Rolleston, em 1926, tornando-se um marco no tratamento do uso prejudicial de álcool e outras drogas (FONSECA, 2005).

Anos mais tarde, em 1980 na Holanda, a RD abriu possibilidade para novos diálogos sobre drogas, após uma ação comunitária perpetrada por um grupo de usuários de substâncias injetáveis (SOUSA; CARVALHO, 2015). À época, havia um número expressivo de usuários de drogas contaminados com Hepatite B, o que desencadeou a mobilização, tensionando o poder público a criar Programas de Trocas de Seringas, que consistia na troca de seringas usadas, por estéreis. Além da troca de seringas, o Programa passou a dispor de uma diversidade de insumos (algodão, água potável, bicarbonato de sódio), não somente nos centros de saúde, como também nas cenas de uso (FONSECA, 2005).

Na mesma época, nos Estados Unidos, os primeiros casos de HIV/AIDS começaram a ser detectados. “Com o desenvolvimento dos testes para detectar o HIV, a situação se revelou mais grave: cerca de metade dos UDI (usuários de drogas injetáveis) de Nova Iorque estavam infectados pelo vírus da AIDS” (FONSECA, 2005). Na Europa, chegavam a 30% de pessoas infectadas entre usuários de substâncias injetáveis (TELLES, 2004 *apud* FONSECA, 2005), e as estratégias de RD foram ganhando força, agora não mais como foco na dependência de drogas, mas como prevenção de doenças infecciosas, como Hepatite B e HIV/AIDS.

No Brasil, a primeira tentativa de utilizar estratégias de RD se deu em Santos, em 1989 (PETUCO, 2014). No entanto, fazer redução de danos na época era tido como crime equivalente ao de traficar drogas, pois os operadores do direito compreendiam como “apologia ao uso”, baseados no argumento legal da Lei nº 6368/76 (FONSECA, 2005).

Em 1995, deu-se início o primeiro Programa de Redução de Danos no Brasil, na cidade de Salvador/BA, como projeto de extensão da faculdade de Medicina na Universidade Federal da Bahia (PETUCO, 2014; FONSECA, 2005). Em 1997, foi criada a ABORDA, constituída por profissionais redutores de danos de diversas áreas, usuários de drogas e pessoas comprometidas com a pauta (PETUCO, 2014; FONSECA, 2005).

Somente em 2005, as ações de RD foram regulamentadas, por meio da Portaria Nº 1028, e mais tarde, foram incorporadas à Atenção Primária, com a Portaria Nº 2488/2011, com as equipes de Consultório na Rua (TEIXEIRA *et. al.*, 2017), e compreende enquanto eixos norteadores de

atenção integral à saúde: a educação e informação, a assistência e a disponibilização de insumos de proteção à saúde (BRASIL, 2005).

Desse modo, o artigo 9º da referida Portaria vem “Estabelecer que as ações de redução de danos devem ser desenvolvidas em consonância com a promoção dos direitos humanos, tendo especialmente em conta o respeito à diversidade dos usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência” (BRASIL, 2005).

Em uma das minhas visitas ao PQTA para entrevistar os participantes, ao questionar sobre a mudança nos hábitos de uso de álcool e outras drogas, Alonso contou: *“a gente consegue perceber, alguns conseguem controlar, no sentido de se organizar de fazer o uso, e trabalhar no dia seguinte, coisas que alguns não faziam, faziam uso abusivo mesmo, alguns conseguem e outros não, mas a gente percebe que durante um tempo. Até mesmo sem orientação, só pelo fato de estar dentro de uma moradia, de ter um local para organizar e tentar se organizar para manter aquele local, a gente percebe aos poucos”*.

Essa fala vai ao encontro da proposta da RD, no sentido de promover o resgate da autonomia e direitos dos usuários de álcool e outras drogas, proporcionando acesso ao cuidado, a moradia e alimentação, com baixo limiar de exigência.

De acordo com a Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA)<sup>5</sup>, a RD se refere a “políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. Redução de Danos beneficia pessoas que usam drogas, suas famílias e a comunidade” (IHRA, 2010, p. 1).

Para a Portaria N° 130/2012, que redefine o CAPS AD III e seu repasse financeiro, a baixa exigência é apresentada como diretriz de cuidado no âmbito do trabalho com usuários de álcool e outras drogas. Trata-se, portanto, de adequar as ofertas do serviço às necessidades do usuários, como por exemplo, a flexibilidade dos horários, o atendimento aos usuários mesmo sob efeito de álcool ou outras drogas, a dispensação de insumos para reduzir os riscos e danos à saúde, bem como outras estratégias (BRASIL, 2012). Nesse sentido, a baixa exigência para o usuário pressupõe uma alta exigência para as equipes, uma vez que requer a abertura para as singularidades, desburocratizando os processos.

Contrapondo a Portaria que versa sobre a Política de Redução de Danos, as práticas de recolhimento, como a megaoperação policial realizada na cracolândia em São Paulo em maio de

---

<sup>5</sup> Internacional Harm Reduction Association, [www.ihra.net](http://www.ihra.net)

2017, decretada pelas gestões municipal e estadual seguiu o mesmo script de outras anteriores: “ocupação policial, dispersão dos usuários e repressão ao tráfico” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2007). Possuem intrinsecamente o propósito de higienismo social, internando involuntariamente usuários de drogas nas comunidades terapêuticas nas quais são submetidos a tortura, trabalho compulsório e punições severas. Os mecanismos de assujeitamento do “novo sujeito manicomial”, o usuário de droga, vincula o tratamento a noção de castigo, com bases em uma moral cristã fundante do Estado brasileiro (CFP, 2018).

A lógica da abstinência, e a conseqüente postura de negação do diálogo sobre o uso de drogas, está tão arraigada no discurso e postura dos serviços direcionados para usuários de drogas, que mesmo estes são capturados por esse discurso. Me recorde de alguns episódios em que discuti estratégias de RD para os diversos tipos de drogas em alguns grupos terapêuticos do CAPS e ouvi várias falas vindas de usuários e usuárias: “*Mas você está incentivando a gente a usar drogas?!?*”, ou “*Eu quero é parar de usar droga*”.

Falas como essas estão embasadas em um discurso antigo, mas que ganha força com a publicação do Decreto N° 9761/2019, que vem aprovar a nova Política Nacional sobre Drogas que propõe, dentre outras considerações, ações de cuidado, atenção, assistência, estudos e pesquisas voltados para a abstinência como única forma de tratamento. Embora o decreto afirme dirigir ações preventivas com foco no sujeito e seu contexto sociocultural, a partir de uma visão holística dos aspectos que o compõem, o documento também reforça a promoção e manutenção da abstinência como única estratégia de cuidado (BRASIL, 2019), o que contrapõe essa suposta “visão holística”.

Para Souza e Carvalho (2015), a RD, contrapondo a política da abstinência, pressupõe três conclusões: nem todas as experiências com drogas são danosas; nem todos os indivíduos que têm experiências danosas com drogas desejam parar de usá-las; e os danos podem ser de diversas ordens, devendo as ações de saúde abarcá-las em sua integralidade.

Defendo essa posição pois, pensar ações integrais com foco no sujeito pressupõe compreender que nem todos querem ou conseguem parar de usar drogas.

O documento anexo ao decreto reforça a atuação das comunidades terapêuticas no tratamento das pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. “5.2.6. Estimular e apoiar, inclusive financeiramente, o aprimoramento, o desenvolvimento e a estruturação física e funcional das Comunidades Terapêuticas e de outras entidades de tratamento, acolhimento, recuperação, apoio e mútua ajuda, reinserção social, de prevenção e de capacitação continuada” (BRASIL, 2019). Vale reiterar, conforme já discutido nesse trabalho, que no ano de 2017 o CFP, por meio do Mecanismo de Combate à Tortura, realizou uma pesquisa em diversas comunidades

terapêuticas do Brasil, e constatou diversas situações de violação de direitos, negligência e violências (CFP, 2018).

Outrossim, o documento visa fortalecer as ações repressivas ao uso, do uso indevido e da dependência de drogas, incentivando, inclusive financeiramente, os mecanismos da segurança pública e seus agentes (BRASIL, 2019). Mais uma vez, conforme já foi outrora, uso de drogas torna-se caso de polícia.

A Lei N°13.840/2019, por sua vez, dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, e altera a Lei N° 11.343/2006, insere a modalidade da internação compulsória de usuários de álcool e outras drogas mediante formalização do médico responsável e solicitação da família ou determinada pelo juiz solicitante (BRASIL, 2019).

As modalidades de internação de pessoas com transtornos mentais severos e moderados já são contempladas na Lei N° 10.216/2001, em leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Embora já previstas na lei supracitada, a nova medida vem autorizar a solicitação de internação de usuários de álcool e outras drogas, inclusive, por servidores públicos e com respaldo médico, não só em hospitais gerais, mas internações de até três meses em comunidades terapêuticas.

Essa (não) tão nova política vem justificar a internação nos hospitais psiquiátricos como forma de ofertar uma variedade de cuidados. Antun (2002 apud ABRASCO, 2019) evidencia o fechamento dos hospitais psiquiátricos em vários países que avançaram no debate sobre saúde mental, a exemplo do Reino Unido; de 130 hospitais psiquiátricos existentes em 1995, apenas 14 ainda se mantém abertos.

A Nota Técnica N° 11/2019 da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, vinculada ao Ministério da Saúde, implica em uma mudança significativa no que tange a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, reinserindo os hospitais psiquiátricos na RAPS, desestimulando o fechamento de quaisquer serviços e desconsiderando os CAPS como serviços substitutivos à lógica manicomial. Conforme exposto na Nota Técnica, os valores repassados aos hospitais psiquiátricos são atualizados, e devem se modernizar, “a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, p. 5).

Em outro ponto do documento, entre suas diretrizes, as estratégias de tratamento para usuários de álcool e outras drogas terão como objetivo principal a abstinência (MS, 2019). Embora escrito de forma sutil, a redação dessas alterações na Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas parece um golpe semântico. Por mais que se afirme como “Nova” Política de Saúde Mental,

a Nota Técnica e os demais documentos citados acima carregam resquícios de um modelo já ultrapassado.

No contexto estadual, em 2019 foi sancionada pelo governador do Estado do Tocantins a Lei No 3.528/2019, que cria um cadastro de usuários e dependentes de drogas por meio da Secretaria Estadual de Segurança Pública, a partir de uma ocorrência policial (DIÁRIO OFICIAL DO TOCANTINS, 2019). Além disso, nesse cadastro deverão conter o nome do usuário, o tipo de droga e como ela foi adquirida, além de “outras informações de caráter reservado, objetivando preservar a intimidade do cadastrado” (DOT, 2019, p. 1).

Essa Lei carrega a sutileza da lógica repressiva pois, embora o objetivo apresentado seja o de “diminuir a reincidência no uso de drogas”, conforme justificado pela deputada estadual Valderaz Castelo Branco, autora do projeto de lei (ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO TOCANTINS, 2019), o texto não traz propostas efetivas para prevenção ao uso prejudicial de drogas, tampouco estratégias de promoção de saúde. Ao contrário, apresenta medidas policiaiscas de combate ao uso de drogas, sendo executada por um órgão da segurança pública, sem uma abordagem integrada com as políticas públicas que atuam diretamente com pessoas que possuem necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Trata-se de um conjunto de enunciados que se retroalimentam e, gradativamente, precarizam o cuidado na lógica territorial, com respeito à dignidade e liberdade individual. Embora não discorram de forma explícita, os documentos supracitados redirecionam o modelo de tratamento em saúde mental, álcool e outras drogas o que pode, de fato, operar mudanças na lógica de financiamento e cuidado. Como pontua Hart (2013) as evidências científicas geralmente são ignoradas, conforme convir, na formulação de políticas públicas.

Na configuração dos equipamentos de saúde, em sua maioria agenciada pela lógica da abstinência, a RD busca ativar um movimento de afirmação política, uma vez que inaugura um dispositivo, que opera na prática novas formas de ver, pensar, agir e sentir sobre as drogas (SOUZA, CARVALHO, 2015). Nesse ínterim, a RD não se limita ao binarismo “sim às drogas” *versus* “não às drogas”, tal qual a abstinência, mas emerge como possibilidade de acolher os indivíduos em suas singularidades, aproximando-se do princípio da Universalidade preconizado pela Lei nº 8080/1990, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em contrapartida, a lógica da abstinência entra em desacordo com a lei do SUS, uma vez que condiciona o acesso ao tratamento em saúde somente àqueles que desejam parar de usar drogas. Segundo Petuco (2014), a abstinência pode ser eventualmente alcançada no processo de tratamento, no entanto, não deve ser posta como objetivo final.

Após os sucessivos fracassos decorrentes da famigerada “Guerra às Drogas”, baseada em um modelo de proibicionismo e repressão (discursos que marcaram as estratégias interventivas), a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica brasileiras vêm propor uma mudança no paradigma higienista, para pensar em um modelo de atenção integral, a abordagem não incriminadora do usuário e a compreensão do usuário de drogas enquanto sujeito de direitos.

Gomes (2012) afirma “Talvez o aspecto de distinção mais evidente entre as concepções de prevenção até então desenvolvidas e a Redução de Danos seja o de que esta não evidencia o aspecto curativo e de erradicação da patologia ou do agente patógeno em primeiro plano” (GOMES, 2012, p. 371). Até porque, “nem tudo o que diz respeito às drogas, mesmo ilícitas, corresponde ao que chamamos de patológico”. (ALENCAR, 2016, p. 74)

Não que a RD não esteja direcionada para o promoção da saúde e prevenção do uso prejudicial de drogas, mas compreende que algumas pessoas continuarão a usar drogas, e isso não as impede de acessar outras estratégias de cuidado.

Em um desses dias tumultuados do CAPS, de atendimento a atendimento, tive a oportunidade de conversar com o João Grande novamente. Em dado momento, questionei se a inserção dele no PQTA mudou de alguma forma sua relação com as drogas, uma vez que acompanhei sua vivência da rua até chegar ao projeto, e pude constatar, eu mesma, sua mudança. João Grande então afirmou: *Diminuiu bastante. Quase 10 anos de situação de rua, tava no desando né, fumando crack direto, quase todo dia. Mudou a relação comigo e minha filha, já vi ela duas vezes, tive oportunidade de conversar com ela, pedir perdão para ela, isso pra mim já foi uma vitória.*

Carl Hart, famoso neurocientista que vem, ao longo dos anos, pesquisando a temática sobre as drogas, publicou o livro “Um preço muito alto” contando a história da sua infância em um bairro de Miami, a falta de oportunidades, a violência e a desigualdade presentes no seu cotidiano. Para ele “O fato de alguém fazer uso de drogas, ainda que regularmente, não significa que seja ‘viciado’. Não significa sequer que essa pessoa tenha um problema com as drogas (HART, 2014, p. 22).

Desse modo, gosto de pensar em nós, trabalhadores que militam pela RD enquanto “trabalhadores afetivos”, tomando emprestado o conceito de Toni Negri e Michael Hardt (2000) são aqueles que fazem parte do território existencial e geográfico, promovem saúde onde a clínica (trans)borda, entram em sintonia com as pessoas e seus processos para, então, tornarem-se alternativa de autonomia e cuidado. É nesse território que se constroem as relações, constituem hábitos e modos de ser e viver e as estratégias de controle social pactuadas pelos próprios usuários, aspectos que definem a relação que estabelecem com as drogas (GOMES, 2012).

Pensar a RD não é pensar uma prática fechada, reproduzida em estratégias fabris e em série, mas pensar um *ethos* de cuidado que valoriza a experiência particular dos sujeitos e é construída singularmente. É, portanto, um paradigma ético de experimentação e um dispositivo que opera uma nova prática, define uma postura epistemológica em relação ao uso de drogas e seus contextos.

## 2.2 Direitos Humanos: luta constante de garantia da cidadania

*Não há Estado democrático que não esteja totalmente comprometido  
nesta fabricação da miséria humana.*

*Gilles Deleuze*

O lugar de invisibilidade ocupado pelas pessoas em situação de rua se naturaliza no fenômeno da pobreza enquanto resultado de características individuais, “falta de esforço” ou merecimento, e é ainda mais justificado quando essa condição está associada ao uso de drogas, especialmente as ilícitas (ESCOREL, 2009).

Se antes a imagem do morador de rua era subversiva à moral social, agora é alvo de uma multiplicidade de olhares de instituições e atores, sendo atravessado por um discurso cada vez mais politizado, embora trespassado, ainda, por práticas higienistas e de “limpeza urbana”, como estratégias para solucionar o “problema” social que revoluciona o que está instituído. O desafio, portanto, é dar visibilidade às necessidades da população em situação de rua e as experiências na/da rua, habitar o espaço (in)visível.

Nesse sentido, compreender o fenômeno da pobreza enquanto violação dos direitos humanos nos remete a evolução histórica desta construção, uma vez que está intrinsecamente ligada ao contexto de luta contra governos autoritários (MENDONÇA, 2018).

O acesso ao pacote de direitos básicos é direito fundamental de todos os cidadãos (BRASIL, 1988). O que torna um sujeito “menos” cidadão, ou não qualificado para acessar esses direitos essenciais? Ao longo dos anos, o uso de drogas, em especial as drogas ilícitas, foi relegado ao campo da exclusão, sendo tratado como assunto de polícia, como desvio da norma instituída (VARANDA; ADORNO, 2004). A esses desviantes de todo tipo são negados direitos, e até mesmo a própria dimensão humana, pois são camadas populacionais que são criadas para serem vistas como não pertencentes a espécie humana.

Destarte, compreendem o conjunto de direitos naturais e universais, existentes antes mesmo de sua declaração pública, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, e tal como a etimologia nos pronuncia, vêm no sentido de torná-los claros a todos (MENDONÇA, 2018).



Diferentemente dos direitos da cidadania, que se especificam de acordo com a determinação política de um país ou nação e se configuram enquanto direitos e deveres do cidadão, os direitos humanos “existem antes de qualquer lei, e não precisam estar especificados numa lei, para serem exigidos, reconhecidos, protegidos e promovidos” (SOARES, 1998, p. 41).

Assim sendo, além da universalidade, os direitos humanos também são interdependentes e indivisíveis, uma vez que possuem fatores ligados entre si e não é possível estabelecer uma hierarquia de direitos, “a violação de uma categoria de direitos não pode ser justificada para a garantia de outros direitos” (MENDONÇA, 2018, p. 18). Outrossim, os direitos humanos são históricos e estão em constante transformação, uma vez que se constroem num movimento dialético e, por isso, podemos falar em três gerações de direitos humanos. Tal construção utilizou como parâmetro a tríade de valores da Revolução Francesa: liberdade, igualdade e fraternidade (MENDONÇA, 2018).

A primeira geração dos direitos humanos está ligada a garantia de liberdade em todas as expressões dos indivíduos contra qualquer poder arbitrário e, ao Estado, caberia a defesa desse direito. Nesse ponto, estão associados os direitos civis e políticos, como o direito de ir e vir, a liberdade de expressão, a proteção da intimidade dos sujeitos, a participação social, e outros (MENDONÇA, 2018).

A segunda geração de direitos humanos culminou do processo de degradação social sem a proteção do Estado para a garantia da igualdade. Nesse âmbito, é importante a intervenção do Estado na assistência àqueles que necessitam, assegurando a igualdade por meio do acesso as ofertas de políticas públicas de saúde, educação, trabalho e outras (SOARES, 1998; MENDONÇA, 2018).



Fonte: <http://anonymousrecife-pe.blogspot.com> (2013), tirinha Morador de Rua.

A terceira geração de direitos humanos se refere aos direitos coletivos da humanidade, e sua garantia e proteção compete a todos que fazem parte da sociedade (SOARES, 1998).

Embora constatado na Constituição Federal de 1988, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, e em diversos outros tratados internacionais, o exercício e garantia de direitos continua sendo privilégio, uma vez que se opera o domínio do biopoder nos corpos e o regime do “fazer viver e deixar morrer” que passa pela disciplinarização dos corpos (FOUCAULT, 2002).

Segundo Bertolini (2018, p. 87), em linhas gerais, “biopoder refere-se a uma técnica de poder que busca criar um estado de vida em determinada população para produzir corpos economicamente ativos e politicamente dóceis”. Nesse sentido, uma das vertentes que opera o biopoder, a biopolítica, centra-se no coletivo, na potencialização da força de trabalho e vitalidade de determinadas populações, em detrimento da exclusão de outras, populações excluídas da proteção estatal que os governos simplesmente “deixam morrer” (CAPONI, 2014). Caetano Veloso traduziu em verso,

*Enquanto os homens  
Exercem seus podres poderes  
Morrer e matar de fome  
De raiva e de sede  
São tantas vezes  
Gestos naturais*

É a partir desse biopoder que o Estado passa a operar novas formas de poder sobre a vida pois, é a partir da ânsia por exercer sua soberania que se justifica as violações de direitos em favor de uma parcela da população,

Aceitar que a pobreza é uma violação dos direitos humanos implica a necessidade de eliminar as causas que lhe dão origem e as injustiças cometidas contra esses contingentes populacionais, criando condições para que se ampliem com objetividade os graus de consciência sobre a dimensão desse problema e dos fatores que o geram. Com isso, é necessário rebater a percepção preconceituosa que identifica a pobreza como fatalidade ou consequência de atitudes individuais (MENDONÇA, 2018, p. 29)

Para Coimbra (2011) as revoluções burguesas tem como característica a produção de subjetividades, de modos de ser e estar no mundo, e para quais humanos os direitos se destinarão. “Ou seja, foram e continuam sendo defendidos certos tipos de direitos, dentro de certos modelos, que terão que estar e caber dentro de certos territórios bem marcados e delimitados e dentro de certos parâmetros que não poderão ser ultrapassados” (COIMBRA, 2011, p. 89). Hannah Arendt chama de “direito de ter direitos” atrelados à noção de dignidade, e por conseguinte, como fundamento para termos acesso aos direitos humanos (PEREIRA, 2015).

Essa condição, semelhante àquela da época escravocrata, resulta em uma tripla perda. A perda do direito ao lar, a gerência do seu próprio corpo e o status político. “Essa perda tripla equivale a dominação absoluta, alienação ao nascer e morte social (expulsão da humanidade de modo geral)” (MBEMBE, 2016, p. 131).

Dito isto, a pauta dos direitos humanos sem a real possibilidade de efetivação do ser humano enquanto cidadão, capaz de agir, decidir e ser livre, não passam de retórica vazia.

os direitos humanos passam a ser de homens-cidadãos, seres dotados de autonomia, e não de animais humanos, meros seres de necessidade. Evidentemente é mais fácil incluir a proteção ao animal humano, ao homem como ser de necessidade, na perspectiva do homem-cidadão, do que alcançar e proteger o homem como cidadão nos direitos humanos concebidos abstratamente (AGUIAR, 2003, p. 263).

Do mesmo modo, é produzida uma hierarquização da vitimização, tal como a pobreza é dividida entre o “pobre digno”, aquele que é trabalhador, e o “pobre indigno”, o vagabundo, capturado pela lógica “não trabalha porque não quer”.

Seguindo essa perspectiva, abrimos campo para conferir aos indivíduos a gerência de sua própria existência, reconhecendo a participação do Estado na responsabilidade, não só de predispor as condições das vulnerabilidades sociais, como também as opções a elas.

*Vi ontem um bicho  
Na imundice do pátio  
Catando comida entre os detritos.  
Quando achava alguma coisa,  
Não examinava nem cheirava:  
Engolia com voracidade.  
O bicho não era um cão,  
Não era um gato,  
Não era um rato.  
O bicho, meu Deus, era um homem.  
(Manoel Bandeira)*



Fonte: Acervo pessoal (agosto, 2018), atividade de lazer e esporte na praia com usuários (as) do CAPS AD III.

*A vila, a favela, esse povo que está lá; essas pessoas precisam de pequenas vitórias, porque, em todos os dias é despejado sobre elas um caminhão de fracassos.*  
Domiciano Siqueira

### 3. SEGUNDA CENA – NO OLHO DA RUA: CARTOGRAFANDO A POLÍTICA DE RUA

Meu primeiro atendimento no CAPS AD III com um morador de rua foi um misto de sentimento de impotência, com a possibilidade de subverter a visão do modo de habitar a rua. Impotência, pois sentia que de nada adiantava qualquer intervenção no âmbito da saúde, as vulnerabilidades daquele indivíduo iam muito além das minhas possibilidades; e subversão, pois derrubava minha concepção de habitar os espaços, e apresentava as inúmeras experiências que a rua proporciona.

Dentre tantos usuários, eu o conheci. Daqueles que conheci durante minha trajetória no CAPS AD III, Pedro Bala era, sem dúvida, um dos que mais me marcou. Não só pela troca afetiva que nossos encontros possibilitaram, mas pelo caráter subversivo e revolucionário que ele apresentava em seus questionamentos e intervenções no espaço do serviço. Pedro Bala era usuário de álcool, outrora usuário de crack, vivia nas ruas já há muitos anos, sempre se metia em brigas e intimidava, não só os profissionais, como também os demais usuários do CAPS.

Pedro Bala era aquele usuário que incomodava. Quando chegou, era mais um usuário recebendo acolhimento no CAPS AD III. A partir do momento que foi ganhando espaço, sua capacidade de liderança e postura crítica foram se tornando mais evidentes, e a fuga das normas e regras institucionais se tornaram cada vez mais frequentes. O Pedro Bala não era, nem de longe, um herói. Não era alguém que executava ações excepcionais e altruístas, dignas de reconhecimento. Ele dava trabalho, incomodava, era subversivo. Para ele, era um jeito de ser que emanava (r)existência.

Talvez, o Pedro Bala fosse uma espécie de anti-herói. Aquele a quem faltam os atributos morais e éticos do herói, aquele que praticava atos moralmente questionáveis. Mas, Pedro Bala protegia os seus. Era aquele que transbordava os limites para proteger quem amava, por mais que esse ‘amor’ pudesse se traduzir na forma de um aprisionamento ou ameaça. Por vezes, não era fácil entender. Mas foi como ele aprendeu a amar.

Quanto mais Pedro Bala questionava, mais era rechaçado do serviço, e mais ele reagia com violência – reproduzindo a realidade que vivia nas ruas. Àquela altura do campeonato, a morte de Pedro Bala já era esperada, e talvez até desejada por alguns.

No entanto, sua morte, noticiada durante uma reunião de equipe em que se discutia exatamente as dificuldades vivenciadas no dia-a-dia com essas situações de quebra de regras, naquele tempo/espaço que a equipe já se encontrava cansada, era quase um clichê: morre um morador de rua, estirado em um papelão enquanto dormia. Pedro Bala tinha 24 anos. Deixou mulher e filho.

Me recordo de certa vez, estava finalizando meu turno de trabalho quando Pedro Bala entrou pela porta da sala de equipe, com hálito etílico e um brilho furioso (ou talvez triste, até hoje não consegui decifrar) nos olhos, sentou na minha frente e começou com seu discurso inflamado: *vocês aqui do CAPS acham que esse lugar é de vocês? Esse lugar é nosso, é para nós. Vocês saem daqui, não precisam mais se preocupar, vão para suas casinhas. Nós precisamos do CAPS, a gente que fica na rua*”. Ao final, só pude dizer: - *Você tem razão, Pedro Bala. Não sei o que é viver como você vive, mas estou aqui com você agora.*

Há, nesse discurso, uma forma brutal de lidar com a aspereza da rua. No cotidiano de trabalho do CAPS, entrei em contato com diversas formas de lidar com a difícil realidade da rua, e há coisas que nunca mais serão vistas como eram antes. As pessoas nos estacionamentos vigiando carros ou magueando, sentadas nos cantos dos prédios comerciais ou dormindo na calçada, antes pareciam figuras invisíveis, agora ganham uma dura materialidade; isso muda nossa forma de perceber a vida e suas intensidades.

Essa perspectiva também pode ser evidenciada na fala da Dalva: *Então assim, você passava por todas as regiões da cidade, você não via essa questão de ter moradores de rua, você via ali uma pessoa pedindo dinheiro, guardando carro e pedindo dinheiro, via pedindo dinheiro em outros locais, na porta de banco e tal, mas eu nunca imaginava que essas pessoas morassem na rua, porque pra mim de fato elas tinham um lugar para ir depois que acabassem ali aquele trabalho delas. E aí hoje em dia, desde quando eu comecei a trabalhar no projeto, qualquer lugar que eu vou eu começo a olhar com outros olhos, vejo uma pessoa sentada, pelo tipo de roupa que ela veste, pela forma que ela tá, você já identifica que ela tá morando na rua. Então assim, passei a observar mais...*

Fernando Costa, em sua jornada acadêmica, cunhou o termo ‘invisibilidade social’ durante uma pesquisa de campo realizada com garis. “O sujeito tornado *invisível*, arrastado por trocas impessoais, não suscita mais as reações que pessoas despertam em pessoas” (COSTA, 2008, p. 13).



Fonte: As tiras da Mafalda: conteúdos de Geografia na linguagem de quadrinhos (SILVA; BARROS; CASTRO; GUIMARÃES, 2012). Tirinha Mafalda.

A rua, tal como explicitou Da Matta (1997) é dotada de uma gramática social que exprime sua relação com o ambiente particular da casa. Desse modo, a expressão popular “Vá para o olho da rua” é imbuída da desumanização do sujeito, que rompe com o grupo social dos iguais, com suas normas e laços.

Assim como discutido nas linhas anteriores, o Estado opera a lógica a partir da política de morte, justificando as práticas de violência em prol de um bem-estar social. No contexto da população em situação de rua, a invisibilidade pode ser tomada como uma forma de violência simbólica (COSTA, 2008).

A rua habita o campo do hostil e da subversão dos valores da ordem vigente, “hoje podemos ver que não se trata apenas de dois modos específicos de habitação, mas que esses espaços são domínios por meio dos quais a própria sociedade brasileira se atualiza e ganha vida” (DA MATTA, 1997, p. 54).

Por outro lado, há aqueles que transformam a rua em sua casa, e, por conseguinte, a marginalização desse espaço de sociabilidade, até meados do século XX, é relegada aos “malandros, os meliantes, os pilantras e os marginais em geral” (DA MATTA, 1997, p. 55), contextos em que não se admite mais a hierarquização dos valores morais circunscritos nas paredes das casas familiares.

Até meados dos anos 1980, pessoas em sofrimento psíquico, usuários de álcool e outras drogas e pessoas em situação de rua eram destinados aos manicômios ou asilos psiquiátricos, abrigos, em uma clara estratégia de “limpeza urbana”, uma vez que esses lugares receberam (e ainda recebem) inúmeras denúncias de violação aos direitos humanos, além de precárias condições de saúde e saneamento (NASCIMENTO et. al., 2017).

No entanto, como foi discutido anteriormente, em 2019, estamos vivenciando as mesmas práticas do século passado. Usuários de álcool e outras drogas são mandados para as prisões, pessoas em situação de rua para as comunidades terapêuticas e os “loucos” retornando para os muros dos hospitais psiquiátricos (que, vale dizer, nunca deixaram de existir).

Não bastassem as claras estratégias de limpeza urbana, o que estamos vivenciando na atualidade é um processo de aniquilamento das pessoas em situação de rua. Segundo dados do Ministério da Saúde, entre 2015 e 2017, foram mais de 17 mil casos de violência cuja principal motivação foi a condição de situação de rua da vítima. A pesquisa evidencia, ainda, que desse total, mais de 50% eram mulheres e 54,8% eram negros e pardos (MS, 2019). Vale notar que esses dados são subnotificados, uma vez que, ao chegarem nos serviços de urgência e emergência, os ferimentos não são notificados como violência.

Aqueles que vivem em situação de rua carregam o estigma de “vagabundo”, de culpabilização por sua condição social, o que se agrava com o uso de álcool e outras drogas, apresentando-se como uma “dupla ameaça” ao cidadão de bem (FRAGA, 2015). As vulnerabilidades da população em situação de rua vão muito além do uso de álcool e outras drogas, uma vez que seus direitos já foram violados (o acesso à moradia, alimentação, trabalho e renda, cultura e lazer).

Como aponta Escorel (2009) o uso de álcool e outras drogas pode ser resultado de um processo de fragilização dos laços familiares e sociais, como também uma espécie de “anestesia” para suportar a permanência na rua, a exclusão, a fome, o frio, a falta de acesso aos direitos dessas pessoas.

Há, então, um hiato nos aspectos que circundam o fenômeno da população em situação de rua, com foco na rua como problemática e as demais vulnerabilidades decorrentes dela, e não o contrário. Desse modo, é urgente pensar práticas de cuidado que garantam direitos com vias a reduzir os danos decorrentes dos inúmeros riscos aos quais estão expostas as pessoas em situação de rua.

O fenômeno social da constituição da população em situação de rua estrutura-se em torno da sociedade capitalista e seu desenvolvimento sócio-histórico-cultural. Segundo Fraga (2015), é característica desse fenômeno a predominância nos grandes centros urbanos, uma vez que a falta de empregos e espaço são fatores que destacam o aumento desse contingente populacional. Castel (2008 *apud* FRAGA, 2015), aponta que “esse homem sem trabalho nem bens é também um homem que não tem um senhor, nem onde cair morto [...] é um ser de lugar nenhum”.

As pessoas em situação de rua materializam o processo de exclusão existente no Brasil, “são vidas ao léu, a descoberto e “sem eira nem beira”. São vidas de pessoas desvinculadas no sentido material e afetivo e, no campo simbólico, são marginalizados, discriminados e negados” (ESCOREL, 2003, p. 140).

No entanto, ao serem absorvidos pela lógica capitalista de “não trabalha porque não quer”, são submetidos a diversos outros tipos de violações, como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, assistência social, justiça, educação e emprego, sendo relegados à exclusão e marginalização. As vulnerabilidades dessa população, portanto, são de diversas ordens – sociais, comunitárias, violências, uso prejudicial de drogas, saúde precária, dificuldade de acesso aos serviços, extrema pobreza, e múltiplas privações de que são alvo e, por isso, são ainda mais complexas (PAIVA et al., 2016).

Para compreender esses eixos de vulnerabilidade, Escorel (2003), baseando-se em Castel, considera a exclusão social como um processo que envolve trajetórias de fragilidade, precariedade e



ruptura dos vínculos em oito dimensões da existência humana. Os eixos enumerados por Escorel são: sociofamiliar, cultural, político e econômico-ocupacional, inseridos em duas zonas (zona de inclusão e zona de exclusão) que têm como pano de fundo o eixo da própria vida, em que são analisadas as vias de inserção e desvinculação.

Em cada eixo, evidencia-se o movimento dialético de possibilidades (positiva, de inserção e integração; e negativa, de exclusão e ruptura). Compreender a correspondência entre esses elementos nos apresenta a heterogeneidade das singularidades. No entanto, na dimensão dos excluídos, há a homogeneização através do estigma, anulando a pluralidade humana. (SCOREL, 2003)

As intervenções voltadas para a população em situação de rua, até a contemporaneidade, dizem de ações higienistas e “limpeza urbana” (VARANDA; ADORNO, 2004). Nesse sentido, o fenômeno da população em situação de rua vem ganhando volume com o passar dos anos e tem sua origem na Europa pré-industrial, quando em seu início criaram-se as condições necessárias para atender às demandas do capitalismo (PAIVA et. al., 2016; BRASIL, 2013).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua é recente, datada de 2009, e ficou instituída a partir do Decreto Nº 7.053, em que define situação de rua como

o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009).

Com o avanço das políticas públicas voltadas para o atendimento dessas pessoas, surgiram diversos equipamentos de saúde e assistência social para prestar cuidado integral aos usuários de álcool e outras drogas e pessoas em sofrimento psíquico (BRASIL, 2001).

A população em situação de rua é rotulada, em nossa sociedade, de diversas formas: perigosos, sujos, drogados, vagabundos, mendigos, e, portanto, “acabam sendo reduzidos às suas doenças” (PAIVA et. al., 2016, p. 2601). Acumulam estereótipos socialmente construídos, e renegados à condição de desnecessários ao convívio social, “descartáveis humanos” (VARANDA; ADORNO, 2004).

A população em situação de rua, não só é excluída do acesso aos bens e serviços, como também da noção entre o público e privado, “na medida em que o espaço público é também o seu espaço privado e vice-versa” (BRASIL, 2013).

O trecho “A gente não quer só comida, a gente quer saída para qualquer parte”, cantado por Titãs em 1987, enfatiza a necessidade de se discutir as vulnerabilidades da população em situação

de rua e compreender os determinantes sociais do processo de saúde e doença. Excluída das normas convencionais, a população em situação de rua possui necessidades que vão muito além da oferta de comida, e denunciam a ineficácia das políticas públicas centradas no modelo biologicista, patologizante e medicalizante.

Diversos estudos com a população em situação de rua propuseram delinear as características deste público. Vale citar a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, realizada em 2008, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e objetivou traçar o perfil socioeconômico da população em situação de rua (MDS, 2008). Dentre os achados da pesquisa, os principais fatores pelos quais as pessoas passam a viver em situação de rua, tem-se: 35,5% referem problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, 29,8% referem problemas de desemprego e 29,1% relataram dificuldades de relacionamentos familiares (MDS, 2008).

Para contemplar todos os aspectos que circundam as necessidades da população em situação de rua, é necessário ampliar o conceito de saúde, que transborde a dimensão biológica com vias a possibilitar a construção de diversas práticas e intervir nos determinantes do processo de saúde-doença. Desse modo, compreender o significado de saúde e doença para a população em situação de rua possibilita dar voz para suas vulnerabilidades, haja vista que essas pessoas ocupam um espaço de invisibilidade histórica na sociedade.

Desse modo, para atender a complexidade das demandas da população em situação de rua, diversas estratégias foram criadas e adotadas ao redor do mundo, dentre elas, a metodologia do *Housing First* (Habitação Primeiro), que propõe garantir o acesso à moradia, alimentação e outros direitos humanos e civis como ferramenta de redução dos danos que os fatores de vulnerabilidade supracitados acarretam à pessoa que teve seus direitos já violados (TSEMBERIS, 2010).

Apesar das estratégias de redução de danos baseadas no modelo de *Housing First* terem se difundido por vários países da Europa, como veremos no decorrer deste trabalho, os projetos de inserção e garantia de direitos ainda são insipientes no Brasil, com escassez de material divulgado e sucateamento das propostas existentes.

### 3.1 R(existir): abrindo possibilidade para novas estratégias de intervenção à população em situação de rua

*Mas a vida é real e é de viés.*

*Caetano Veloso*

Diversas pesquisas no Brasil e no mundo explicitaram o perfil da população em situação de rua (OPEN SOCIETY FOUNDATIONS - OSF, 2017; BRASIL, 2013), e é notório a presença das pessoas com transtornos mentais e usuários de álcool e outras drogas, além de outras comorbidades clínicas decorrentes das vulnerabilidades e violações de direitos da pessoa que se encontra em situação de rua.

A publicação da Secretaria de Direitos Humanos, de 2013, descreveu as experiências com a população em situação de rua no Distrito Federal, Londres e Paris, destacando a importância de traçar estratégias efetivas de acesso aos direitos humanos e civis, uma vez que

abordar esta população enquanto um fenômeno de exclusão e de intervenção prioritária é reconhecer a importância de trabalhar com aqueles que estão longe de usufruir do que por direito pertence a todos, na medida em que se veem privados de muitas das condições de acesso ao que é assumido como público (BRASIL, 2013, p. 96).

Dessa forma, a violação de direitos acontece em cadeia, sem abordagens de cuidado integradas e intersetoriais, uma vez que os direitos mais básicos foram violados (moradia fixa e alimentação regular), o acesso das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde, justiça, assistência social, educação, emprego, segurança e outras possibilidades de inclusão, são colocadas em risco de fracasso.

Nesse ínterim, surgem estratégias de alocação de moradia temporária, abrigos e programas de inserção e moradia permanente, como é o caso do *Housing First* (Habitação Primeiro). O *Housing First* surgiu em meados da década de 1990, nos Estados Unidos, quando Sam Tsemberis lançou o primeiro programa de habitação para as pessoas em situação de rua, o *Pathways to Housing* (TSEMBERIS, 2010; BRASIL, 2013). A principal característica do programa diz respeito a oferta de moradia permanente às pessoas em situação de rua como estratégia primária, em uma lógica de redução de danos e sem, necessariamente, impor a condição de tratamento àqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas ou condições de sofrimento psíquico e transtornos mentais (TSEMBERIS, 2010; FEANTSA, 2016).

A lógica do *Housing First* contrapõe o *Treatment First* (Tratamento Antes), que por sua vez, condiciona o acesso à moradia aos usuários que estão engajados em um tratamento para drogas ou sofrimento psíquico e, muitas vezes, no primeiro caso, devendo provar abstinência para estar apto a receber o benefício da moradia (FEANTSA, 2016; OSF, 2017).

Nesse sentido, o *Housing First* opera a partir de oito princípios fundamentais: o acesso à moradia é um direito humano; estímulo à autodeterminação e autonomia; separação do acesso à moradia da escolha pelo tratamento; apoio e orientação para serviços intersetoriais de saúde, assistência social, justiça e educação; redução de danos; compromisso ativo sem coerção; planejamento centrado na pessoa e sua singularidade; suporte flexível e disponível durante o tempo necessário (FEANTSA, 2016).

As experiências com os programas de modelo *Housing First* foram sistematicamente avaliadas em vários países, inclusive no Brasil em diversas cidades (São Paulo, Pernambuco e, atualmente, em Palmas).

Em 2009, deu-se início o programa Casas Primeiro em Portugal, inspirado no modelo *Housing First*, destinado às pessoas em situação de rua com necessidades decorrentes de álcool e outras drogas e sofrimento psíquico. A equipe multiprofissional proporcionava orientações nos alojamentos, por meio da gestão de caso, de modo a assegurar a saúde e bem-estar dos beneficiários. Cada profissional apoia, no máximo, 10 beneficiários dos alojamentos em suas necessidades de saúde e sociais. De acordo com a publicação *Housing First Guide Europe*, o apoio pode se dar em diversas ordens:

- Ajuda e gestão do caso para ganhar acesso a benefícios e serviços sociais;
- Ajuda para o restabelecimento de vínculos familiares;
- Apoio para acessar serviços de emprego e acesso à educação;
- Ajuda a acessar serviços da rede de saúde mental e física;
- Vínculo dos beneficiários aos serviços da rede comunitária;
- Apoio para a gestão e a manutenção da acomodação;
- Apoio para o estabelecimento de relações positivas com os proprietários e demais beneficiários;
- Higiene pessoal (FEANTSA, 2016, p. 90).

Os resultados do projeto Casas Primeiro foram avaliados positivamente, reduzindo os números de internações em hospitais e serviços de urgência, melhoria na qualidade de vida e da integração social dos beneficiários (FEANTSA, 2016).

Na França, o modelo *Housing First* foi lançado no final de 2010, com o nome *Un chez soi d'abord* (Uma casa primeiro), em quatro cidades: Lille, Marselha, Toulouse e Paris (BRASIL, 2013). Foram ofertadas 100 habitações por um período de 3 anos para pessoas em situação de rua que fazem uso de álcool e outras drogas, portadores de sofrimento psíquico ou usuários do sistema prisional. Os beneficiários recebiam atendimentos sociais e de saúde 3 vezes por semana, além de se desenvolverem ações de inserção no trabalho e renda (BRASIL, 2013).

Após treze meses de implantação do programa na França, a avaliação foi positiva em diversos aspectos: foram reduzidos os números de atendimentos em hospitais e serviços de urgência, além de considerável redução na quantidade de pessoas em situação de rua e restritas de

liberdade e melhoria na qualidade de vida, bem-estar social e acesso a serviços dos beneficiários das habitações. Mediante essa avaliação, foi decidido estender o programa para mais 15 cidades francesas em 2018 (FEANTSA, 2016).

O modelo baseado no *Housing First* foi lançado, em Londres, entre 2012 e 2014, contou com três projetos em distritos distintos: *Action Housing and Supporting Ltd*, em Derbyshire; *BCHA Bridge Project*, em Exeter; e *Coastal Homeless Action Group e Triangle Tenancy Service*, em Suffolk (BRASIL, 2013). São ofertados aos beneficiários suporte emocional, conselhos e orientações profissionais, informações de saúde e gestão de caso. Foram observados, como fatores positivos, a integração social dos beneficiários, a melhoria na saúde mental e no consumo de álcool e outras drogas (FEANTSA, 2016).

Outros países que implementaram o modelo *Housing First* e obtiveram resultados positivos foram: Austria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, Irlanda, Itália, Noruega, Países Baixos, Escócia e Suécia (FEANTSA, 2016). A partir dessas experiências e da publicação de seus resultados, os governos têm decidido investir e ampliar os projetos de inserção e garantia de direitos para outras cidades e distritos.

No Brasil, desde que o assunto do uso prejudicial de álcool e outras drogas ganhou visibilidade nos principais meios de comunicação, as medidas repressivas têm se acentuado, em especial no que tange às pessoas em situação de rua, por meio de práticas de higienismo social, internações forçadas e violência policial, em nome de uma “ordem social”. Isso se dá, especialmente, em virtude da concentração de usuários nos centros das grandes metrópoles, formando cenas públicas de consumo de crack que saltam aos olhos do “cidadão de bem”, as chamadas Cracolândias (OSF, 2017).

Nesse ínterim, seguindo a perspectiva global de atenção às pessoas em situação de rua a partir de estratégias pragmáticas, que visem a redução dos danos que a constante violação de direitos ocasiona na vida desses indivíduos, foram criados no Brasil, a partir de 2011, três projetos de inserção baseados no modelo de *Housing First*.

No Estado de Pernambuco, em 2011, foi criado o projeto ATITUDE – Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares, com o objetivo de reduzir os danos do uso prejudicial de álcool e outras drogas e situações de alta vulnerabilidade a partir do acesso à moradia, e ajudar a prevenir crimes letais (OSF, 2017). É orientado para a atenção à população em vulnerabilidade associada ao uso de crack, redução de fatores de criminalidade e promoção de fatores de proteção, e prevenção ao encarceramento de usuários de drogas (OSF, 2017). Além disso, o ATITUDE oferta os seguintes serviços:

ATITUDE nas ruas: serviços móveis de aconselhamento e informação apresentados em praças públicas, ruas e bairros para usuários de crack e outras drogas;

Centros de Acolhimento e Apoio: atendimentos de curto prazo que oferecem chuveiros, refeições, pensão noturna e atividades socioeducativas, com serviços disponíveis 24h/dia;

Centro de Acolhimento Intensivo: atendimento amplo, de longo prazo e 24h para usuários em risco. Como regra geral, o período máximo de permanência é de 6 meses;

Aluguel Social: mecanismos de reintegração social dados a alguns usuários dos abrigos de cuidado intensivo que estão prontos para trabalhar e/ou estudar, incluindo moradia subsidiada e acompanhamento de equipes de cuidado com visitas periódicas (OSF, 2017, p. 35).

Os resultados do projeto se mostraram promissores, oferecendo diversas estratégias de reabilitação aos beneficiários; ofertando o abrigo aos familiares de usuários; redução do consumo de crack pelos beneficiários inseridos no projeto; melhoria nas condições de saúde; promoção de redes de proteção as diversas formas de violência; redução do encarceramento de usuários, tratando a questão das drogas como assunto de saúde pública; vinculação dos beneficiários com a equipe multiprofissional (OSF, 2017).

Um dos projetos de inserção mais conhecidos do Brasil está situado no centro de São Paulo, que abriga uma das maiores cenas de uso de crack do país, no bairro da Luz, amplamente conhecida como Cracolândia. Desde 2005, diversas tentativas repressivas tentaram erradicar essa paisagem urbana, composta por pessoas em extrema vulnerabilidade social e de violação de direitos (RUI; FIORI; TÓFOLI, 2016; OSD, 2017).

O De Braços Abertos (DBA), projeto de inserção e garantia de direitos baseado no modelo *Housing First*, teve início em 2014 com o objetivo de intervir no espaço urbano do centro de São Paulo e ofertar cuidado as pessoas que faziam uso de álcool e outras drogas ali (RUI; FIORI; TÓFOLI, 2016).

Foi ofertada a moradia, alimentação, oportunidades de emprego e cursos profissionalizantes e remuneração semanal para mais de 500 pessoas, além de garantir o acesso aos serviços de saúde àqueles que demonstravam interesse (OSF, 2017). Os impactos positivos que o DBA demonstrou são: acesso aos direitos essenciais, redução do uso de drogas, estabilidade e acesso aos serviços de saúde, assistência social, justiça e educação (RUI; FIORI; TÓFOLI, 2016; OSF, 2017).

Segundo reportagem de Maíra Martins, na plataforma da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, em 2017, “O programa não exigia abstinência do consumo de substância psicoativas. Apontado por especialistas como uma iniciativa pioneira no país, por tentar prover uma melhora mínima no bem-estar dessa população, o ‘De Braços Abertos’ se chocava com a lógica da ‘Guerra às Drogas’” (EPSJV, 2017).

Em Palmas, no Estado do Tocantins, o projeto de inserção intitulado Palmas Que Te Acolhe (PQTA) teve início em 2016, atuando na perspectiva do modelo *Housing First*, e objetiva desenvolver iniciativas intersetoriais que garantam o acesso aos direitos essenciais, ao pleno exercício da cidadania, aumento da autonomia e construção de projetos de vida com as pessoas em situação de rua que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas (REDES, 2018).

Nessa perspectiva, o PQTA busca promover a inserção das pessoas em situação de rua que fazem uso problemático de álcool e outras drogas em atividades de cultura, esporte e lazer; trabalhar na lógica da redução de danos e da baixa exigência, de modo a possibilitar a reintegração comunitária, socioeconômica e familiar; e favorecer o acesso dos beneficiários do projeto aos serviços da rede intersetorial - saúde, justiça, assistência social e educação (REDES, 2018).

Os projetos de inserção e garantia de direitos apoiados no modelo *Housing First* estão diretamente relacionados à política de Redução de Danos, uma vez que o foco não é a droga, e sim a vulnerabilidade e singularidade dos sujeitos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Dessa forma, ao ofertar o pacote de direitos (moradia, alimentação, trabalho e renda) e proporcionar o acesso aos serviços intersetoriais, com baixo limiar de exigência, novas possibilidades de cuidado são criadas.

### **3.2 O Palmas Que Te Acolhe**

O PQTA é um projeto de inserção social e garantia de direitos realizado por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e executado pela Fundação Municipal da Juventude de Palmas, Tocantins (PREFEITURA DE PALMAS, 2017). O projeto objetiva ofertar um pacote de direitos básicos (moradia, alimentação, cultura e lazer, trabalho e renda) às pessoas em situação de rua e que possuem necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

O PQTA faz parte do Projeto REDES, que tem início em 2014, através da Secretaria Nacional sobre Drogas, do Ministério da Justiça, em parceria com a área técnica de saúde mental do Ministério da Saúde e com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O Projeto REDES foi implementado em mais 20 municípios, e tem como objetivo desenvolver metodologias que integrem as políticas públicas municipais, de modo a avaliar as ações de prevenção, promoção e atenção às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (NUTE, 2015).

O PQTA está localizado na região Kanela<sup>6</sup>, na parte norte de Palmas. Apesar de sua localização próxima ao Plano Diretor, o território conta com áreas de população de baixa renda,

---

<sup>6</sup> Região de Saúde de Palmas, que será melhor explanada na próxima Cena.

características naturais de um crescimento populacional de uma cidade em desenvolvimento. Essa região conta, ainda, com zonas de tráfico e consumo de drogas, como também com uma vasta gama de serviços de saúde: seis unidades de Centro de Saúde da Comunidade, vinculados a atenção primária, e uma Unidade de Pronto Atendimento, além do próprio CAPS AD III situado nessa região.

Atualmente, o PQTA conta com equipe multidisciplinar, composta por oito profissionais, dentre eles psicóloga, pedagoga, assistentes sociais, agentes sociais de nível médio, auxiliar de serviços gerais e coordenadora. Foi idealizado para ofertar, inicialmente, o pacote de direitos para 20 beneficiários. No entanto, em virtude da finalização do contrato com o hotel e corte de financiamento para o projeto, atualmente, recebem o direito à moradia somente oito beneficiários (as).

Em sua origem, a sede administrativa do PQTA se localizava na quadra 407 Norte, em um prédio próprio. Nas primeiras vezes que visitei o projeto fui como visitante, ainda sem fazer parte da rede de atenção psicossocial como trabalhadora. Atualmente, sua sede está localizada na quadra 409 Norte, pois o prédio original está em obras há mais de um ano.

O Acolhimento é a palavra de ordem do Projeto, pois, para além da oferta de moradia e alimentação, busca dar visibilidade a outras necessidades da população em situação de rua.

No dicionário Aurélio (2004), acolher significa dar abrigo, receber em sua casa, receber com agrado. Para a Política Nacional de Humanização (PNH),

Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (REDE HUMANIZASUS, 2013, p. 7).

Denis Petuco (2009), em sua leitura da necessidade do acolhimento na perspectiva da Redução de Danos, expõe “Acolher incondicionalmente inclui o acolhimento de situações limite, problematizando-as, convidando à reflexão franca, aberta, horizontal”.

Para Nahylton, em entrevista concedida ao Jornal do Tocantins, “O Palmas Que Te Acolhe foi um grande desbravador dessa nova política de redução de danos e garantia de direitos. Uma política onde se olha a pessoa em alta vulnerabilidade social de uma forma diferente” (MENDONÇA, 2017). Dessa forma, o PQTA tem a missão de ofertar o acolhimento de baixa exigência, a escuta sensível e construção do vínculo àqueles relegados ao lugar de invisibilidade.





Fonte: Acervo pessoal (junho, 2019). Oficina de cachimbo em cena de uso de drogas.

*A rua evitada convida e seduz.  
Iacã Macerata*

## **4. TERCEIRA CENA – TECENDO A REDE DE ATENÇÃO**

### **4.1 Uma busca da integralidade**

Essa pesquisa se deu na cidade de Palmas, capital do Estado do Tocantins. Situada na região central do Estado, Palmas é a mais nova capital brasileira, completando 29 anos no ano de 2018. Segundo o IBGE, a população estimada é de 291.855 habitantes, e a distribuição espacial geopolítica pode ser dividida a partir do plano diretor, sendo: Plano Diretor Norte, Plano Diretor Sul e Região de Taquaralto e Aurenys (IBGE, 2018).

Desse modo, é importante contextualizar o cenário político-geográfico e a rede de serviços intersetoriais, para compreender o projeto de inserção Palmas Que Te Acolhe dentro desse contexto.

No que concerne a organização do sistema de saúde do município, a Portaria Nº 518 da Secretaria Municipal de Saúde institui a Rede de Atenção e Vigilância em Saúde (RAVS-Palmas), e visa promover a integração das ações e serviços de modo a garantir atenção contínua, qualificada e humanizada. Propõe, ainda, estruturar um sistema equitativo de seguridade e proteção social, com ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO, 2016).

Nesse sentido, a RAVS-Palmas é dividida em oito territórios de saúde, denominados com os nomes dos tradicionais povos indígenas, que abrangem as unidades de atenção e demais dispositivos componentes, são eles: Kanela, Apinajé, Xambioá, Krahô, Karajá, Javaé, Xerente e Pankararu (BASTOS, 2017).

A rede municipal de saúde é, portanto, composta por 34 Centros de Saúde da Comunidade, uma equipe de Consultório na Rua modalidade III (composta por assistente social, odontóloga, médica, agentes sociais, enfermeiro, técnico de enfermagem e psicólogo – atualmente, no município de Palmas, não há psicólogo) (BRASIL, 2011), ligados à atenção primária; duas Unidades de Pronto Atendimento e uma central de regulação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), ligados à rede de urgência e emergência; dois centros de atenção psicossocial (sendo um para atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, e outro para atendimento às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas na modalidade 24 horas), um ambulatório infanto-juvenil para atender casos de média e alta complexidade, ligados à atenção especializada; um hospital geral sob gestão Estadual, ligado à atenção terciária (PREFEITURA DE PALMAS, 2019).

Além da RAVS-Palmas, no que tange ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), os serviços ligados à Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES) são: sete Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), ligados à proteção social básica; um Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), ligado à proteção social especial; dois restaurantes

comunitários (localizados na região sul e norte da capital); quatro unidades de conselho tutelar distribuídos nas regiões geopolíticas de Palmas (PREFEITURA DE PALMAS, 2018).

Até 2014 não se falava, e tampouco se pensava políticas públicas para atender a população em situação de rua de Palmas. Segundo reportagem publicada no site da prefeitura de Palmas, em janeiro de 2014, naquela época foram engendradas ações de acolhimento de pessoas em situação de rua em uma comunidade terapêutica do município, por meio da Diretoria de Proteção Especial, da Secretaria de Desenvolvimento Social (PREFEITURA DE PALMAS, 2014). Desde então, tem se falado de implementação de dispositivos que atendam as especificidades dessa população.

Em 2015, a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social emitiu um parecer à Defensoria Pública, de modo a explicitar o processo de implantação do CentroPOP (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua), vinculado a Proteção Social Especial de média complexidade no âmbito do SUAS, bem como o Serviço de Acolhimento que, à época não haviam recursos suficientes para sua implementação (SEDES, 2015).

É válido mencionar que, desde 2009 faz parte do marco legal as diretrizes que norteiam o trabalho com a população em situação de rua no âmbito do SUAS, com a publicação da Resolução nº 109/2009.

Este documento trata da tipificação dos serviços socioassistenciais, que prevê o CentroPOP como parte da Proteção Social de média complexidade, e deve contribuir para: “Redução das violações dos direitos socioassistenciais, seus agravamentos ou reincidência; Proteção social a famílias e indivíduos; Redução de danos provocados por situações violadoras de direitos; Construção de novos projetos de vida” (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2009, p. 29).

O Serviço de Acolhimento é previsto pela referida Resolução, integrando a Proteção Social de Alta Complexidade, e uma de suas modalidades é destinada a pessoas em processo de saída das ruas, “em fase de reinserção social, que estejam em processo de restabelecimento dos vínculos sociais e construção de autonomia [...] O atendimento deve apoiar a qualificação e inserção profissional e a construção de projeto de vida” (DOU, 2009, p. 37).

Ainda, segundo o parecer da SEDES, é exposto que haviam em média de 45 pessoas vivendo em situação de rua na capital, sendo que metade foi encaminhada para uma comunidade terapêutica da região (SEDES, 2015).

Nesse mesmo sentido, a Portaria nº 121/2012, institui as Unidades de Acolhimento no âmbito do SUS, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e expõe em seu Artigo 6º “A Unidade de Acolhimento a ser implantada deverá estar inserida na Rede de Atenção Psicossocial e referenciada a um Centro de Atenção Psicossocial” (BRASIL, 2012).

Apesar dos marcos legais supramencionados tanto no âmbito do SUS, quanto do SUAS, somente em 2016 é ofertado um dispositivo que visa garantir o acesso da população em situação de rua à rede de serviços intersetoriais, com a implementação da equipe de Consultório na Rua, por meio da Resolução nº 09, do Conselho Municipal de Saúde de Palmas (CMS, 2016).

Em 2017, após implementação da equipe de Consultório na Rua, em parceria com a equipe do PQTA, foram realizadas abordagens noturnas para o levantamento das pessoas em situação de rua na capital. À época, foram identificadas mais de 140 pessoas vivendo nas/das ruas (ABREU, 2017).

Esse apanhado histórico nos apresenta a fragilidade da rede de atenção às pessoas em situação de rua no município de Palmas, uma vez que, em 2008 foi realizada a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, desenvolvida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e, em Palmas contabilizam 16 pessoas vivendo nas ruas (BRASIL, 2009). Porém, somente em 2016 se dá início a construção de uma agenda política para atender às necessidades da população em situação de rua na Capital.

#### **4.2 Oferta do pacote de direitos nos eixos do Palmas Que Te Acolhe**

Nesse momento, convido o leitor a conhecer nossos atores e os lugares que ocupam nessa narrativa. São pessoas de diversas cores, texturas, cheiros, histórias e estórias. Faremos um mergulho em cenários anteriores e atuais para remontar cenas e expressar intensidades afetivas que perpassam essa caminhada. Esses personagens nos contarão um pouco de como funciona o Palmas Que Te Acolhe (PQTA), bem como abrirão suas vidas para conhecermos suas trajetórias.

Situado dentro da rede de atenção às pessoas em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas do município de Palmas/TO, o Palmas Que Te Acolhe, como vimos anteriormente, é um projeto de inserção que busca ofertar um pacote de direitos (moradia, alimentação, trabalho e renda, cultura e lazer), embasado na metodologia de *Housing First*. Para compreender melhor essa oferta, busquei descrever o funcionamento desses eixos a partir dos relatos dos atores que compõem essa narrativa.

Ao adentrar os muros do projeto, passo por um portãozinho azul que dá entrada direta para um pátio. Ao meu lado esquerdo, visualizo a horta, mantida e cuidada pelos integrantes do PQTA, com suas diversas opções de temperos, frutas e hortaliças, que são comercializadas num carrinho itinerante. Esse é o prédio original da sede administrativa do projeto que, durante o período de realização dessa pesquisa, encontrava-se em reforma sem data prevista de término.

Continuando meus passos na entrada desse prédio, entro em uma construção já meio antiga, mas “repaginada” com a logo do projeto e seu nome “Palmas Que Te Acolhe”. Lá dentro, entro

para uma recepção com algumas cadeiras, daquelas tipo longarinas, o banheiro a frente, do meu lado direito encontro uma cozinha com fogão industrial, geladeira e uma pia, e uma salinha pequena com uma mesa, duas cadeiras e um armário. O ar condicionado ainda é daqueles antigos, e as tomadas parecem gastas pelo tempo. Do lado esquerdo, vejo três salas, em ordem: uma que serve como sala de equipe, e conta com uma mesa grande e várias cadeiras, um computador e tem vista para a horta ao fundo; uma sala que outrora serviu para as aulas de leitura e escrita, ministradas pela pedagoga (que atualmente não faz mais parte da equipe); e outra sala equipada para comportar a equipe multidisciplinar (psicóloga, assistente social, coordenadora). Esse espaço, apesar de simples, transborda afeto. Essa paisagem é de dois anos atrás, logo que conheci o projeto e comecei a frequentá-lo.

### **Você tem fome de quê?**

No início do projeto, o local onde os beneficiários moravam era uma kitnet, com quartos individuais, e no centro uma espécie de “área de convivência”. Na época, aconteceram alguns conflitos, em virtude do uso de substâncias no espaço, brigas e furtos, e, apesar dos esforços da equipe para mediar a situação, o dono do imóvel não teve interesse em continuar com o contrato. Nessa época, visitei esse espaço uma vez, para conhecer e buscar um beneficiário que teria consulta no CAPS AD III. Na ocasião, conheci o Pirulito, à época usuário de álcool, crack e tabaco, estava vinculado ao projeto há pouco mais de dois meses. Ele conta que se sentia responsável com o espaço da moradia *Manter o projeto limpo, organizado, alguns usuários que tinham problema lá de quebrar porta, fazer arruaça*. Pirulito também se responsabilizava por auxiliar outro beneficiário que estava acamado, já com certa idade e com limitação física: *Gosto muito de citar aquele senhor, seu Gonzales. Tinha 27 anos que estava na rua, já tinha passado até no linha direta, estava até dado como morto. Foi encontrado aqui em Palmas, foi acolhido no projeto, a família veio do Pará, buscou ele. Tive o prazer de cuidar dele, dava banho nele*.

Durante o processo de pesquisa, os beneficiários encontravam-se em um hotel, próximo ao CAPS AD III, também na região norte da cidade. Sobre essas condições de moradia, Alonso relata: *melhorou, nós tínhamos um local que já ajudava bastante, mas hoje deu um salto de qualidade. Hoje temos um hotel, de ter uma gerência para poder cuidar e tudo, hotel três estrelas, se não me engano. Na antiga moradia, tinha alguns que preferia dormir na rua, porque era uma gestão própria deles, o projeto ajudava na gestão, mas eles geriam. Uma vez ou outra a gestão acabava saindo do combinado. Já no hotel não, tem uma gestão deles, nossa e da empresa, é um negócio mais alinhado, que é difícil de romper com o pactuado*.

Sobre o hotel, João Grande conta rapidamente: *é legal, pô. Divido quarto com outra pessoa. Legal, pô, dá pra ficar tranquilo sossegado, não tem muita bagunça não*. João Grande foi inserido

no projeto já com a moradia em funcionamento no hotel, portanto, ele não esteve acolhido na época da kitnet.

*Nós já tivemos piores, mas hoje eu acho muito boa, é um hotel, um hotel bem renomado, tem café da manhã, eles tem ar condicionado, às vezes é uma coisa que a gente nem tem em casa, e eles estão tendo essa oportunidade. Assim, penso que a gente dá uma condição de moradia, eles voltam a se sentir mais dignos, e alguns voltam para a vida na sociedade, vão procurar emprego, na fala da Dalva.*

É interessante observar a importância do lugar da moradia evidenciada na fala dessas pessoas como uma forma de garantir o direito de ter um lugar para morar, mas também de resgate da autonomia e dignidade. Como podemos ver na fala da Don'Aninha, a garantia de ter um lugar para morar também proporciona maior gestão em relação ao uso de drogas, contribuindo para sua diminuição e, muitas vezes, a abstinência: *eles conseguem controlar mais o uso, de saber que a noite eles sabem pra onde eles vão, aonde eles vão dormir, então com certeza faz muita diferença na vida deles.*

Joel também evidencia outro fator importante que é a segurança. Nas pesquisas realizadas com a população em situação de rua, foi possível constatar o nível de violência ao qual as pessoas na rua estão sujeitas, e ter um lugar seguro para dormir contribuiu significativamente para sua qualidade de vida. *O cara que estava dormindo na rua, está em constante risco. Então, acredito que, até pra conseguir dormir, imagino como deve ser difícil dormir na rua, e lá acredito que eles se sintam mais seguros, de dormir melhor, ter mais qualidade de vida.*

Por outro lado, Maria Ricardina chama a atenção para um ponto importante. Apesar das condições de moradia no hotel proporcionarem a melhoria na qualidade de vida, na gestão do uso de álcool e outras drogas e contribuir para a dignidade dos beneficiários, *como não é um local especificamente só deles, acaba que existem algumas situações que eles se sintam constrangidos, por conta da condição que eles estão.* Sobre isso, Maria Ricardina recorda de situações que alguns chegaram sob efeito no hotel e foram chamados a atenção, devido a ser um espaço compartilhado com outros hóspedes. No entanto, ela defende *A relação com o dono do hotel é tranquila, dentro do limite do respeito é tranquilo. Acaba acontecendo algumas situações deles desrespeitarem, e aí o dono do hotel não gosta. Mas foi um dos melhores espaços de diálogo que eu achei, foi com esse espaço atual.*

Volta Seca também relata que esse acesso reflete na forma como essas pessoas irão se relacionar em outros espaços, e como isso implica uma responsabilidade com a própria vida. *Desde que cada um colabore com o que está oferecendo para eles, porque também é um aprendizado para eles, é um novo espelho de vida para eles.*

Atualmente, no entanto, o contrato com o hotel finalizou e não foi firmado contrato com outro espaço, por questões administrativas da gestão municipal. Os beneficiários encontram-se acolhidos na casa onde funciona a sede administrativa do projeto atualmente.

Esse espaço onde funciona o projeto também fica na parte norte da cidade, no entanto, trata-se de uma casa alugada. O portão de entrada se abre para uma pequena varanda com um corredor lateral que dá para os fundos da casa, onde há um pequeno quintal com banquinho de madeira rústica, máquina de lavar que os beneficiários usam para lavarem suas roupas, uma mesa de madeira grande com cadeiras.

Na entrada principal, passo por uma porta de vidro fumê e logo me vejo em uma salinha de TV com um sofá, dividida com uma cozinha americana separada por um balcão. Essa sala conta também com uma mesinha redonda e duas cadeiras, onde já sentei algumas vezes para conversar com o Boa-Vida, o Joel, a Don'Aninha... Seguindo adiante, essa casa conta ainda com quatro cômodos: duas salinhas pequenas, que servem como espaço para a equipe multiprofissional (contam com computadores, materiais de escritório, ar condicionado), uma sala maior para reuniões e um banheiro.

O projeto, como idealizado inicialmente, tem capacidade para acolhimento de até vinte beneficiários, que passaram a residir no hotel cadastrado junto ao órgão executor. No entanto, durante a execução da pesquisa e as condições apresentadas nos relatos anteriores, contava somente com sete beneficiários inseridos nessa moradia relatada.

### **A gente não quer só comida...**

Além da moradia, outro eixo do projeto é a alimentação. No início do projeto, eram ofertadas marmitas diárias aos integrantes do projeto, e o café-da-manhã era coletivo, de alimentos que os profissionais levavam e faziam na sede (cuscuz, café, leite, pães).

Lembro de um dia que visitei o projeto, ainda na antiga sede administrativa, como psicóloga do CAPS AD III. Fui lá falar sobre a política de Redução de Danos e as estratégias para reduzir os riscos e danos do uso de álcool e outras drogas. O acolhimento não poderia ser melhor. Fizemos uma roda de conversa na recepção e, para nos receber, os integrantes do projeto prepararam uma mesa de lanche com bolos, pães, café e sucos. Tive a oportunidade de fazer outras refeições no projeto, e guardo na memória o clima familiar e acolhedor que esses momentos me proporcionaram.

Desde seu início, o projeto conta com a oferta de uma única refeição, o almoço. Alonso conta: *Na real, salva, o almoço, mas que demandava de, pelo menos, mais uma refeição diária, que é a janta, porque eles têm que fazer todo o possível durante o dia para poder garantir, ou esperar o outro dia para poder comer.* No início, o almoço vinha em marmitas individuais (...) *a gente teve uma primeira empresa terceirizada muito boa, que fornecia alimentação para os próprios*

*funcionários da prefeitura, depois nós tivemos outro que fazia o mesmo tipo de serviço, alguns funcionários também recebiam.*

No período em que estavam residindo no hotel, eram ofertadas duas refeições – uma delas, o café-da-manhã, era uma cortesia do hotel em que os beneficiários se encontram. O almoço então, passou a ser realizado no restaurante comunitário da cidade, com convênio firmado com a prefeitura. João Grande conta que, *a única refeição que eles fornecem lá (no projeto) é essa, dão o ticket de refeição para nós almoçar no comunitário. Aí tem que me virar né.* No entanto, Maria Ricardina acrescenta: *Nós estamos com recurso federal ainda, pra gente investir nessa questão, então a gente tá fazendo um processo pra adquirir a janta também, e o lanche pra eles.*

Porém, Boa-Vida faz uma ressalva, uma vez que o restaurante comunitário não funciona aos finais de semana. Ao perguntar como ele se alimenta nesses dias, ele me conta: *costumamos sair para maguear, pedir ajuda em alguns restaurantes.* O Querido-de-Deus também esclarece *só é de segunda a sexta, ‘cabou isso, sábado e domingo é fome.* Sobre isso, Don’Aninha e Boa-Vida contam que, muitas das pessoas em situação de rua têm o hábito de *maguear* (dialeto da rua que significa pedir comida, dinheiro) e mantém esse hábito, *E a noite, normalmente assim, eles já têm esse hábito de pedir, de ganhar, eles saem, pedem, lanche a noite [...] porque já acostumaram a caçar, sair nas ruas magueando, correndo atrás de comida, então se adaptaram a isso.*

As falas expressas acima evidenciam uma fragilidade importante, ocasionada, principalmente, pela falta de investimento público, que é a ausência de mais refeições, e a manutenção da refeição existente (o almoço) nos finais de semana e feriado.

No entanto, Querido-de-Deus afirma: *Negócio da gente comer bem, eu pelo menos, quando bebia eu não comia. Agora, quando tem a gente come bem. Não dormia direito também. Agora tá tudo bom.*

Condizendo com os achados das pesquisas mundiais, Raul contribui  *você saber que você tem um local para você dormir e comer garantido, dá um respaldo para eles né, então dá uma tranquilidade, até diminui o uso de álcool. Muitos deles usam o álcool, não têm onde dormir, tem fome, ingere álcool.*

A importância de se garantir a alimentação para a pessoa que faz uso de álcool e outras drogas, seja esporádica ou diariamente, incide na qualidade de vida e na manutenção da saúde. É comum ouvir relatos de usuários que deixam de se alimentar ou beber água quando estão em uso de álcool ou outras drogas. Isso se dá, além de outros fatores sociais e individuais, também pela ação da substância no organismo, que pode inibir o apetite, causar desidratação, insônia – fatores que podem levar ao agravamento do quadro.



Por outro lado, Don'Aninha faz referência àquela recepção que tive quando visitei o projeto e fui recebida com uma mesa de café-da-manhã, carinhosamente preparada. *Quando eles vêm pra cá, pra sede, normalmente a gente faz cuscuz, se a gente compra pão, qualquer outro lanche nosso mesmo, aqui pra equipe, se eles tiverem aqui, eles comem junto com a gente. Não tem restrição nenhuma. Joel acrescenta O café da manhã, quando eles vem pra cá, a gente sempre dá um jeito, faz um cuscuz, pelo menos um café.*

Pude notar, com essas falas, que o projeto também proporciona o fortalecimento dos vínculos sociais e comunitários, seja dividindo o café-da-manhã, em um atendimento com o profissional do PQTA, a oferta de comida e moradia.

### **A gente quer dinheiro e felicidade...**

O terceiro eixo previsto no projeto é do trabalho e renda. Talvez esse seja o mais delicado, uma vez que vai além de fazer oficinas de geração de renda com os beneficiários, mas passa pela qualificação do trabalho, reinserção no mercado de trabalho formal e, como discutido em outras experiências nacionais, a oferta de uma bolsa financeira. Joel conta que *algo que seria muito interessante seria um projeto, algo que, justamente no sentido de auxiliar para essas pessoas que estão se organizando conseguissem entrar no mercado de trabalho; ou serviços públicos ou parcerias com empresas privadas. Na verdade hoje um dos nossos principais desafios é esse. Como que a gente coloca essa galera pra gerar renda que seja suficiente para que eles se sustentem. É muito desejo deles também. Quando a gente fala de gerar renda, eles não estão pensando em economia solidária, eles querem carteira assinada, isso pra eles que é o mais interessante, e é o que a gente tem mais dificuldade. A gente aqui no projeto constava a questão das bolsas, mas a gente nunca conseguiu implementar essas bolsas, essas bolsas nunca foram implementadas. Na verdade, de acordo com os informes que a gente tem, é pela burocracia do projeto.*

No antigo prédio do projeto, uma das atividades de geração de renda possível era o trabalho com a horta. O Querido-de-Deus é o protagonista nesse trabalho. Durante sua entrevista, ele confessa: *Eu mexo com horta, entendo de horta, um terreno bom daquele, água com fatura. Tendo ao menos o material para produzir, é renda pra gente e renda pro projeto, igual eu fazia. Esforçando pra gente ter o benefício da horta aí, eu tendo saúde, eu faço. O Zé Moleque também tirava do trabalho da horta a sua renda semanal, a atividade da horta é que traz a renda, depois que a horta acabou, a minha renda acabou, eu tinha uma renda boa.*

Além da horta, outra estratégia de geração de renda é a oficina de sabão. A partir de um convênio com a Secretaria do Meio Ambiente, que doa óleo de cozinha usado para o PQTA, os beneficiários e profissionais reutilizam esse óleo para fazer o sabão artesanal e vendem pela cidade. O João Grande conta sobre sua participação na venda do sabão: *Eu faço sabão lá, ganho meu*

*dinheiro com isso. Inclusive, você já comprou o sabão de mim. É um aprendizado, né. Já é uma atividade, não deixa de ser nada, né. Dali eu tô tirando uma coisa que é de mim mesmo, produzindo né.*

Assim como Dalva, que aposta na reinserção laboral como estratégia de promoção da vida: *uns se identificaram mais com o sabão, outros com a horta, e os que se identificaram aderiram mesmo ao projeto. Eles gostam de ter, mesmo que seja mínimo, porque não é lá uma coisa que dá para eles se sustentarem durante o mês, não dá pra pagar aluguel, não dá pra comprar uma cesta básica, mas eles gostam muito de ter aquela rendinha, uma vez por semana eles recebem o que eles produziram a semana toda, eles gostam bastante. Acho que isso é muito digno para eles. Vi que teve uma diferença bem visível em quem aderiu a partir dessas oficinas que geram renda [...] eu penso que se eles tivessem uma oportunidade de emprego, eles melhorariam bem mais. Então eu acho que ainda tá nessa questão, de ter uma renda mesmo, para eles se manterem sozinhos.*

Don'Aninha complementa *Tem alguns que ficam vários dias sem uso, ou do álcool ou da droga, por estar ali ocupando seu tempo [...] de falar 'fui eu que ganhei'.*

Com a mudança de prédio, os beneficiários não puderam dar continuidade nos cuidados da horta, e poucos deram continuidade na oficina de sabão, devido ao espaço no novo local. O Querido-de-Deus, que participava ativamente no cuidado da horta, comenta: *Era bom, né. Pelo menos a gente entretia o tempo, não tava na rua, nem nada. Ai todo final de semana tinha um trocadinho, ajudava muito. Pelo menos nas despesas do dia. Comparava um lanche, um negócio, agora nem isso a gente não tem.*

Sobre a importância das atividades de geração de renda, o Joel comenta que *já auxilia nesse processo, e o outro fator que auxilia, é essa criação de rotina, de assumir responsabilidades. Então, muitos deles, leva um tempo né, mas geralmente eles conseguem entrar nessa rotina de todo dia trabalhar, prestar conta, então é bem interessante também, apesar de não conseguir suprir todas as necessidades deles, essa renda.*

Além dessas atividades citadas, o PQTA também conseguiu firmar parceria com alguns serviços e igrejas que ofertam cursos de qualificação (por exemplo, alguns beneficiários fizeram um curso para pintor de paredes, outros já fizeram curso de informática), porém, não tiveram grande adesão devido a dificuldade que eles tiveram em manter a frequência no curso/atividade. Alonso relata *a gente tinha uma expectativa de ser bem melhor, porque o eixo do projeto parou no financeiro e tudo, mas a gente ainda conseguiu realizar alguns cursos e tudo, de formação com eles, que foram bons e eles aderiram aos cursos.* No entanto, é uma estratégia válida para construir, junto com os usuários, estabelecer metas, responsabilidades, gestão do próprio dinheiro e reinserção social, seja no mercado de trabalho formal ou informal.

### **A gente quer comida, diversão e arte...**

Um aspecto importante na reinserção social é a participação do indivíduo nos diferentes espaços da cidade, não só aqueles de caráter terapêutico ou de tratamento, mas também atividades de cultura, arte e lazer. O PQTA também abarca esse eixo, possibilitando aos seus beneficiários frequentarem espaços de lazer, tais como clubes, praias, cinema, teatro, e outras atividades. Sobre isso, Raul comenta *proporcionamos lazer, levar na praia, é excelente. Como eles eram pessoas em situação de rua, acredito que é positivo pelo fato da gente tá conseguindo interagir ele com a sociedade né, que até então é algo distante. Passar um dia no clube, se divertir, banhar, era mais álcool, ficar na rua, mangueando, não era muito do acesso deles, então acredito que a gente conseguir integrar eles na vida social é positivo.* Joel acrescenta *já fizemos algumas atividades interessantes, já fomos no cinema algumas vezes, já fomos à praia muitas vezes, já jogamos bola na quadra. Não temos o carro mais, o carro que era do projeto foi pedido de volta e não foi devolvido, então hoje estamos de pernas atadas nesse sentido. Mas nós já fizemos algumas atividades muito interessantes com bastante adesão deles, eles gostam muito.*

É interessante observar o papel que essas atividades desempenham na produção de vida do sujeito, de modo a torná-lo parte daquilo que é excluído e marginalizado. Maria Ricardina pontua nesse sentido *eles acabam se sentindo parte da sociedade quando eles ocupam espaços que antes eles eram vistos de forma marginalizada, e hoje eles podem acessar dignamente como um cidadão comum, isso já é um reflexo positivo na vida deles, e de redução de danos. Algumas atividades que a gente realiza é o futebol em algumas quadras aqui de Palmas, em parceria com outros serviços como o CAPS, CNR. A gente realiza rodas de conversas em praças públicas, luau nas praias, dia de lazer na praia, cinema. Atividades voltadas para o lazer, integração social.*

Pude notar na fala do Pirulito a sutileza dessa integração, quando refere como foi importante participar dessas atividades ofertadas no PQTA, *Muitas vezes eu chorei por causa dos problemas, dos meus pais terem me expulsado de casa, pela situação quando eu sai, e no projeto, quanto tinha essas atividades, me sentia incluído.*

### **A gente quer saída para qualquer parte...**

Um dos pontos nevrálgicos do cuidado à população em situação de rua é o acesso aos serviços pois, assim como discutido anteriormente, existem barreiras de acesso para essas pessoas quando procuram os dispositivos da rede. Estar sob efeito de álcool e outras drogas, prejuízo no autocuidado, ausência de documentos pessoais e de comprovação de endereço são alguns elementos que impedem o acesso qualificado das pessoas em situação de rua aos serviços de saúde, assistência social, educação e justiça.

Zé Moleque traz em seu relato sobre o seu acesso aos serviços da rede intersetorial, *O atendimento era pouco, porque a gente ia às vezes na cachaçada, esquecia do atendimento, tinha que voltar, não era bem cuidado, né. Melhorou porque eles acompanham a gente. Tem uma assistente social que sempre acompanha a gente, daqui do projeto.*

Alonso conta sobre a articulação entre serviços para qualificar esse acesso *eu acho que depois da vinda dos projetos, não só do PQTA, mas também do CNR, a gente conseguiu conversar um pouco mais com a rede, facilitou o acesso deles, né. Mas muitos deles relatam que nunca tiveram cartão do SUS, nunca foram a uma unidade de saúde. No início as vezes até, quando a gente trabalhava com o CNR mais próximo, deles conseguirem levar alguns até mesmo para uma consulta com o dentista, médico não liberava consultório de unidade tal, hoje a gente consegue inserir com um pouco mais de tranquilidade, mas já foi difícil.*

Em relação ao acesso aos dispositivos de justiça, João Grande relata que precisou da ajuda do PQTA com a transferência de um processo judicial, além da retirada dos seus documentos: *Me ajudaram, me levaram até na defensoria pública para resolver o negócio dos meus processos. Até hoje eles ainda estão ajudando eu, pegaram o papel, uai, pra você ver, já estão me ajudando, de alguma forma estão me ajudando.*

Maria Ricardina conta que, no início do PQTA, como os serviços desconheciam o projeto, às vezes o acesso deles, profissionais e beneficiários, era dificultado ou até mesmo negado, e hoje, com a visibilidade que o projeto ganhou, *hoje eu acho muito fácil, já teve uma época que tinha alguns empecilhos, hoje eu acho muito fácil o acesso a todos os locais. Acho que por já ter chegado a um conhecimento desses órgãos maiores, antes não falava em morador de rua, hoje em dia esses órgãos já tem conhecimento que aqui tem morador de rua. Porque até alguns deles dormem na porta desses órgãos, quando as pessoas chegam pra trabalhar, vê eles lá. Então ter um conhecimento maior disso, é uma facilidade. Nós somos recebidos na defensoria, instituto de identificação, pra fazer documento novamente, no CAPS, todos os locais. Posto de saúde teve aquelas reuniões geral, pra facilitar pra eles, hoje em dia tá bem tranquilo.*

Boa-Vida, por outro lado, reconhece que tinha dificuldade em procurar os serviços que precisava, *antes do ingresso no projeto, eu era muito negligente em procurar uma clínica odontológica, ou um sistema de saúde, na UPA também né, e na questão de alguns outros órgãos, na retirada de documentação, isso e aquilo, era bem negligente. Eu venho notado que a diligência conseguiu obter um pouquinho de êxito, ainda que negligente, dá para melhorar esse aspecto.*

O acesso à documentação é uma das principais necessidades apresentadas nos relatos, uma vez que para essas pessoas que estão/estavam em situação de rua, torna-se difícil guardar seus documentos e pertences pessoais em local seguro. Maria Ricardina expressa sua surpresa ao

perceber como o acesso aos documentos pessoais é tão importante: *Eu não sabia que uma pessoa quando acessa uma documentação ficasse tão feliz, porque isso é algo assim tão normal, faz parte da nossa vida, e para eles existe até promessa, 'no dia que eu pegar meu RG nunca mais eu bebo'. [...] é uma forma de expressar a felicidade de acessar uma documentação, que é um direito que eu achava que era tão básico. É uma burocracia. E fora que eles não portarem essa documentação são vítimas de violência da polícia, enfim... só por estar sem o RG já apanha da polícia.*

Paradoxalmente, a retirada da documentação também tem suas barreiras de acesso. Como foi comentado pela Maria Ricardina no relato acima e, também, acrescenta: *Existem algumas dificuldades, como no caso, essas pessoas que estão com a gente não tem trabalho, Não tem renda, e na hora de emitir algum documento exige alguma taxa, e hoje nós não temos a isenção e nem temos o recurso para garantir o pagamento dessas taxas. É algo que dificulta um pouco o acesso.*

Pirulito conclui, evidenciando de que forma o projeto possibilitou que ele tivesse acesso aos outros serviços que necessitava, por meio desse diálogo com a rede: *O projeto é o carro-chefe, é o fundamento base quando as coisas começaram a acontecer na minha vida. Quando eu entrei no projeto que começou a acontecer tudo na minha vida. A questão de inserção na sociedade de novo, a questão de olhar como que tava a minha saúde, como eu tava vivendo. O projeto ajudou muito.*

### **Desejo, necessidade, vontade...**

Conforme discutido anteriormente, a estratégia baseada no modelo *Housing First* vem contrapor a metodologia do *Treatment First*, garantindo, a priori, os direitos fundamentais (casa e comida) para, então, ser suporte para aqueles indivíduos que desejem realizar um tratamento de qualquer natureza (nesse caso, para o uso prejudicial de álcool e outras drogas).

Nesse sentido, no PQTA o usuário não precisa estar abstinente para acessar o direito da moradia e, mesmo após sua inserção, não é obrigatório que faça algum tipo de tratamento. No entanto, é possível observar mudança no hábito de uso de álcool e outras drogas após o usuário ter acesso a um local para dormir, comida, acesso a renda e convivência social. Compondo com essa afirmação, Raul comenta *Sim, o consumo (de álcool e drogas) diminui bastante, mesmo não sendo uma política do projeto que eles parem o uso, mas muitos deles param, inclusive já teve beneficiários que deixaram de usar. O principal eixo do projeto, moradia e alimentação, ele tem um segurança de que ele vai ter a moradia e alimentação, até melhora a autoestima, melhora a qualidade de vida.*

Alonso traz seu relato nesse sentido: *só pelo fato de estar dentro de uma moradia, de ter um local para organizar e tentar se organizar para manter aquele local, a gente percebe aos poucos. Don'Aninha analisa no uso de álcool e outras drogas uma forma de se manter acordado, para não sofrer violência na rua, ou se proteger de outros riscos do 'estar na rua': conseguem equilibrar o*

*uso, não ser uma coisa tão desordenada como quando eles estão na rua. Porque quando eles estão na rua, é assim, bebe ou usa pra poder ficar acordado, esquecer que tá na rua, hoje eles conseguem administrar melhor esse uso. [...] à noite eles tem um cantinho pra dormir garantido. Eles falam, o dormir na rua é muito perigoso, corre muito risco.*

Maria Ricardina reconhece essa mudança nos hábitos de uso, quando convida os beneficiários para participarem de alguma atividade no projeto e solicita que compareçam sóbrios, para o melhor aproveitamento: *Conseguem fazer uma gestão do uso melhor.*

João Grande reconhece essa mudança na própria vida *Todo dia eu fumava, agora eu não tô fumando mais todo dia. [...] Ajudou, pô. Tudo isso melhorou.*

Trabalhando na perspectiva da Redução de Danos, Alonso afirma *na base da redução de danos, você ter um lugar para morar, ou até mesmo um lugar de apoio, porque não é todo mundo que acessa, tem acesso a moradia, daí você ter um lugar pra morar, se organizar, você poder gerir que seja o consumo, ter segurança, é um outro nível.*

Apesar dessa metodologia se basear no paradigma da RD, como elucidei anteriormente, as estratégias clássicas de RD (por exemplo: construir e/ou distribuir cachimbos, piteiras de silicone e outros insumos para usuários de crack/cocaína) são de difícil manejo na cidade de Palmas, e também no PQT. Joel comenta: *a gente tem muita dificuldade de, em questões mais práticas, trabalhar a redução de danos com eles. Fabricar ou doar insumos, isso é bem distante da nossa realidade. Apesar de ser uma prática comum nos programas de RD, é bem distante da nossa realidade. Relacionada ao conservadorismo da cidade, e da gestão. Se a gente fosse fabricar com eles, por ser algo da gestão, poderia ser barrado [...] já até tentamos.*

### **A gente quer inteiro e não pela metade...<sup>7</sup>**

Atualmente, com a reforma da sede administrativa, o projeto está funcionando em outro espaço, alugado temporariamente. Também é uma casa, no entanto, sem o espaço para a horta e um quintal reduzido. Segundo relatos da Don' Aninha, não há previsão para término da reforma... *O que eu vejo hoje é essa incerteza de continuidade, é como você nadar, nadar, nadar e morrer na praia. Um trabalho todo que a gente tem feito, está fazendo, e aí de repente, hoje a gente tá assim, não sabe se continua, não sabe se para.*

Compartilhando dessa insegurança de continuidade do projeto, Querido-de-Deus também relata *essas condição aí tá meio fraco, nós estamos lá no hotel, diz que já tá acabando o contrato. Diz que vão ajeitar ali, onde era o projetinho, na sede, e até agora nada. Diz que iam reformar lá,*

---

<sup>7</sup> Música 'Comida', da banda Titãs (1987). Composição de Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer e Sérgio Britto.

*não sei como que vai ficar não. Insegurança [...] É mais ou menos por aí mesmo. Mas eu acredito que eles não vão botar a gente na rua assim não.*

Essa insegurança tem fundamento nos discursos de retrocesso que vêm se acentuando, a nível local e nacional. Como discutido anteriormente, a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, bem como a recente política de atenção à população em situação de rua, vêm sofrendo graves ameaças, com a diminuição de investimentos financeiros, o desmantelamento de serviços e a violência institucional decorrente dos discursos circunscritos nesse novo panorama político. Desse modo, Pirulito expressa sua preocupação com a continuidade do projeto, *o ponto negativo é esse: chegar hoje, o projeto acabou, e fazer o que com essas pessoas? Não tem uma sustentabilidade.*

Assim como esclarece Maria Ricardina *o projeto veio para ter uma duração de 1 ano com recurso federal, e a gente anda buscando alternativas junto com a gestão municipal, para dar sustentabilidade, uma segurança, tornar uma política pública efetiva, pra que essas pessoas que tanto necessitam não percam esses direitos.*

Como discutido nas Cenas anteriores, a Política Nacional de Atenção à População em Situação de Rua é muito recente, tornando-a muito frágil e suscetível às mudanças conforme o projeto de governo vigente. Além disso, as mudanças no marco legal que ampara as políticas públicas, em especial àquelas direcionadas para pessoas em vulnerabilidade social, usuários de álcool e outras drogas, pessoas em sofrimento psíquico, são justificadas no discurso “em prol do bem estar social”, evidenciando a política de morte, civilizandando os “modos de matar”.

As recentes publicações a nível de governo federal, como discutido anteriormente, evidenciam esse jogo de forças em que o Estado exerce a função de carrasco, aniquilando as diferenças, como apontado por Mbembe (2016) e Foucault (2002). Embora essas políticas pareçam inofensivas às questões raciais, em seu íntimo, as balas estão apontadas para a periferia, os olhos se desviam das malocas<sup>8</sup>.

No contexto desse trabalho, vemos essas funções “assassinas” do Estado se traduzindo no sucateamento dos serviços de cuidado, como o PQTA, que vem tendo sua equipe reduzida, incerteza de continuidade do projeto e ausência do repasse financeiro na esfera do governo federal, cabendo unicamente ao município dar continuidade a proposta.

Por outro lado, ao garantir o acesso dessa população ao pacote de direitos (moradia, alimentação, trabalho e renda, cultura e lazer) e proporcionar o acesso aos serviços intersetoriais,

---

<sup>8</sup> Como as pessoas em situação de rua nomeiam as cabanas feitas de forma improvisada com lonas, papelão. Maloqueiro: vadio, à margem da sociedade.

com baixo limiar de exigência, esse dispositivo de cuidado transforma as formas de ser e de viver dos indivíduos e as relações que estabelecem.

### **4.3 Para sorver intensidades: vinhetas de um encontro no território existencial do Palmas Que Te Acolhe**

Uma pessoa dorme na calçada do CAPS AD III. Alguém pede dinheiro no semáforo. Uma mulher acende sua pedra. Os vínculos sustentam o meu trabalho. Um policial algema um usuário em frente ao CAPS. Enquanto isso, o PQTA é alvo de críticas do poder público. *Isso é pra sustentar vagabundo*, diz uma voz sem nome. Um profissional questiona a legitimidade do projeto. A justiça pede a internação do morador de rua. O serviço de assistência social pede abrigo. No meio do mato, esculpimos um cachimbo de argila. No meio da cena, trocamos experiências.

Uma sessão de cinema é exibida na praça, ali onde eles dormem. Um atendimento no presídio me deixa atônita. *Na rua não falta droga, não falta cachaça*. Pessoas “invisíveis” tornam-se vistas. Um sentido de vida é traçado. Uma ceia de Natal me faz pertencer àquele espaço. Um morador de rua morre. É só mais um no contexto nacional, mas sua morte me faz questionar o sentido do meu trabalho. Inquietações dão corpo a essa dissertação. Fotografias de encontros afetivos que convergem para um contexto.

Ao me inscrever no território existencial das pessoas que carregam em si a experiência da rua, busquei usar da arbitrariedade para manear as subjetividades que transbordam o plano da linguagem. Nesse ponto, trago relatos do plano do imaterial, dos jeitos de ser e de viver que são produzidos <na> e <com> experiência do PQTA.

Eram umas oito horas da noite de uma sexta-feira de dezembro. Nessa época, as chuvas retornaram após uma seca de seis meses, acompanhadas de muito vento, deixando o ar úmido e quente. Já passava do final do meu expediente, mas eu ainda tentava convencer o João Grande a ir na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), pois ele mantinha uma tosse persistente há alguns dias, e estava em situação de rua há vários meses, e eu suspeitava que ele poderia estar apresentando sintomas de pneumonia. Nessa semana, ele estava dormindo na porta do CAPS AD III para se proteger da chuva.

Apesar da minha insistência, ele se recusava a ir, e eu sabia que é porque ele tinha medo de levar injeção. *Se eu for com você, você aceita ir?*, perguntei. E assim, ele aceitou. Coloquei ele no carro e fomos para a UPA, onde ficamos por mais duas horas e meia, entre fazer a triagem, aguardar consulta médica (plantão noturno de sexta-feira, como de praxe, estava lotado), tomar medicação injetável e soro na veia. No entanto, após toda essa odisseia, eu sabia que ele retornaria para a rua,



para aquela mesma situação de vulnerabilidade. Já havia discutido o caso do João Grande com a equipe do Palmas Que Te Acolhe em outras situações. Em uma ligação com a Maria Ricardina expus a situação atual dele, e ela me orientou a levá-lo ao hotel onde os beneficiários estavam residindo, depois discutiríamos em detalhes sua necessidade de inserção no projeto.

Esse caso narra a inserção do João Grande no PQTA em 2017, que vai muito além de garantir que ele tenha um lugar para dormir, mas também imprimiu o sentimento de pertencimento a um lugar. Para ele, que estava há mais de 10 anos na rua, agora ele tinha um lugar para chamar de casa e um ponto de apoio para ressignificar suas relações. *Até vi minha filha, através do PQTA, fizeram até eu encontrar minha filha, fazia já uns 6 anos que eu não via.*

As transformações engendradas pelo PQTA atravessam as relações que ali se inscrevem, e produzem novos jeitos de ser e de viver. Nesse ponto, quero evidenciar os relatos que explicitam essas mudanças nos beneficiários, trabalhadores e em mim. Quero falar de gentes, de encontros, de afetos, afinal, é isso que deu a tônica desse trabalho.

#### **No palco, na praça, no circo, num banco de jardim...**

Após sua inserção no PQTA, João Grande me contou que tinha conseguido fazer gestão do uso de drogas, *todo dia eu fumava, agora eu não tô fumando mais todo dia*, estava participando da oficina de sabão e ganhando uma pequena renda. O Zé Moleque também notou a diferença no seu hábito de uso de álcool após ter acesso a moradia: *Fico mais tempo sem fazer uso de álcool, antes de entrar no projeto, eu não conseguia não, vivia jogado, não tinha lugar para me concentrar, um lugar pra gente, né... aqui abandonei de uma vez. Pra lavar a roupa, pra tranquilizar mais um pouco, agora rodado como a gente vivia, pra onde a gente ia tinha mais 10, cozinhava no chão com fogão caipira, não podia fazer nada que o pessoal roubava tudo.*

Mesmo que não seja uma premissa do projeto, Alonso observa essa gestão do uso, *alguns conseguem controlar, no sentido de se organizar de fazer o uso e trabalhar no dia seguinte, coisas que alguns não faziam, só faziam uso abusivo mesmo. Alguns conseguem e outros não, mas a gente percebe que durante um tempo até conseguem manter.* Boa-Vida também reconhece que diminuiu o uso de álcool e tabaco, *Cara, eu não conseguia ir ao banheiro de manhã sem acender um cigarro, e no hotel tem algumas regrinhas restritas, e dá para fumar lá fora, como não dá para fumar dentro do estabelecimento, eu passei a conseguir perder um hábito que eu tinha.* E Don'Aninha confirma, com base no seu convívio com essas pessoas na rotina do projeto: *só o fato deles saberem que eles tem onde dormirem, eles conseguem equilibrar mais essa questão do uso.*

Joel também relata das combinações que estabelecem entre eles sobre essa gestão do uso, *A gente conversa também, 'vamos evitar o consumo de álcool pela manhã', então eles se esforçam pra vir pra cá sóbrios, e se for fazer o consumo, fazer o consumo mais tarde.*

Nessa mesma direção, Pirulito conta sobre sua rotina no projeto: *acordava de manhã, bebia muito com os amigos ali ao redor, e mesmo assim não tirava da cabeça a minha obrigação de fazer, fazer meu produto (sabão) para poder vender, vendia meu produto, ia lá comprava minha droga, usava, ficava de boa. Nunca tive nenhum problema com os meninos, graças a Deus também nunca tive nenhuma passagem pela polícia. Toda vida eu procurei sempre preservar, como eu podia, a minha dignidade.* Essas falas evidenciam a mudança da relação com o uso de álcool e outras drogas por meio do acesso ao pacote de direitos, a relação consigo mesmo, bem como a construção da responsabilização sobre si.

Ter a segurança de um lugar para dormir, um local para onde voltar é, para as pessoas que vivem em situação de rua, uma mudança significativa, pois não se trata somente de um endereço, mas de um ponto de apoio, da possibilidade de ressignificar o espaço que ocupa nesse território geográfico e existencial. *Qualquer coisa que acontece com eles na rua, eles correm pra cá. Então eles veem aqui como a casa deles*”, conta Don’Aninha. Sua fala reflete o sentimento de pertencimento que o PQTA evoca, e complementa ainda *“então não é simplesmente um lugar pra dormir, eles tem aqui realmente como um ambiente deles, a família, eles chegam aqui, eles se sentem bem.*

Quando investigamos os motivos das pessoas estarem em situação de rua, os conflitos familiares se mostram quase sempre presentes, e nas falas de alguns integrantes do PQTA também foi possível constatar essa problemática. Enquanto conversávamos sobre o seu tempo de rua, Zé Moleque me contou porque foi morar na rua: *Problema com a família, porque nunca mais tive moradia né, e minha mãe morreu, meu pai morreu, nunca tive apoio de família. Sempre fui mais sozinho.* Assim como o Boa-Vida também tem sua história marcada por conflitos com sua família, *depois que voltei do (país de origem), passei pouco tempo na casa dos meus pais, da família, dos meus irmãos, e já começou a sair brigas, e resolvi sair por conta própria.*

No entanto, não podemos reduzir as problemáticas desse fenômeno que, conforme vimos nas Cenas anteriores, são multifatoriais, porém, as dificuldades em gerir os problemas internos e externos podem acarretar conflitos familiares que, muitas vezes, não suportamos. Volta Seca, em suas conversas cotidianas no projeto, observa: *e eu vejo que a maioria dessas pessoas que estão assim é o desprezo da família, entendeu [...] como não vê o vínculo da família com esse filho, essa filha, e vice e versa, eles acabam seguindo aquelas que já estão erradas.*

Embora essa problemática seja recorrente, o PQTA também busca acionar esse suporte familiar, quando possível. Raul conta como é feito esse contato com a família: *Quando eles entram no projeto, a primeira coisa que a assistente social faz é rastrear a família e porque não existe mais esse contato. Já tivemos êxito, de alguns estarem há 20/30 anos fora de casa, sem a família ter*

*conhecimento, e quando conseguimos entrar em contato, eles de imediato vieram, buscaram, levaram para casa, restabelecendo os laços familiares. Don'Aninha também relata sobre esse trabalho de busca da família, que é fundamental para o reestabelecimento dos laços afetivos a gente vai junto, tentar criar de novo o vínculo com a família, e a gente acompanha eles.*

Além disso, por meio dos relatos e da experiência com o PQTA, observo que o projeto contribui no fomento a socialização em outros espaços e com outras pessoas, extrapolando os limites existenciais do contexto de uso de drogas. Joel comenta *quando estão em situação de rua eles interagem só entre eles, e aqui eles tem a oportunidade de interagir com outras pessoas que não estão em situação de rua, de ir aos eventos públicos, então eles vão ao cinema, participam de atividades físicas, coisa que não acontece quando eles estão na rua.*

Um ponto crucial dessa transformação dos modos de ser e viver é a cidadania dessas pessoas, retomando o gozo de seus direitos e deveres. E o acesso à documentação, aos bens e serviços de saúde, assistência social, justiça e educação, fazem parte do exercício da cidadania. Sobre isso, Joel afirma que algumas das dificuldades das pessoas em situação de rua é *acessar os serviços públicos, eles tinham muita dificuldade de acessar serviços de saúde. A grande maioria deles chegam aqui sem documentação. A primeira coisa que fazemos, todos entram e rapidamente já tem toda a documentação, acesso aos programas sociais, então todos eles tem direito ao bolsa família, quando estavam na rua nenhum deles acessava o bolsa família. Volta Seca também comenta que a contribuição do projeto é integral, não só no prato de comida, de lugar para dormir, mas em medicamento, tratamento de saúde, acompanhamento.*

O exercício da cidadania incide, também, na visibilidade que essas pessoas ganham, e o projeto busca possibilitar espaços de afirmação e voz ativa desses protagonistas. *Uma luta que nós temos é para que eles cada vez mais ganhem voz, empoderamento, para que, não só a equipe busque os direitos deles, mas eles também saibam dos seus direitos para buscar, tenham voz ativa para isso,* conta Maria Ricardina. Pirulito, hoje, mora em uma casa alugada, paga seu próprio aluguel, tem um trabalho com carteira assinada e participa ativamente das discussões políticas no município, *hoje eu me sinto com a saúde bem melhor, o físico também melhorou, a questão de posicionamento social, tudo em geral, foi muito bom.* Ele acrescenta, ainda, sobre a importância de um projeto que visa garantir direitos, para além de um local para dormir: *já fui em albergue em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais. São albergues, lá você chega de manhã, faz sua inscrição o cara fala: você volta aqui tal hora da tarde. Você dorme com um olho fechado e um olho aberto, porque você não tem certeza se vai acordar vivo ali, não sabe se está seguro ali dentro, se alguém vai te roubar, alguém vai fazer algum mal contigo, roubar coisa mínima sua. Tipo uma bolsa, um tênis. E no projeto (PQTA) não, cada um tem seu quarto, cada um tem seu local de dormir, de*

*descanso, de repouso. E não é uma coisa só por uma noite. No albergue é só por no máximo três dias.*

Desse modo, o PQTA enquanto dispositivo de cuidado às pessoas em situação de rua que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas produz novas formas de ser e de viver nessas pessoas que experimentam a vivência na rua, ressignificando os vínculos comunitários, familiares e sociais, melhorando a qualidade de vida, o acesso aos serviços e escapando à lógica manicomial e repressiva.

### **Mendigo, malandro, muleque, mulambo bem ou mal...**

Se por um lado, o PQTA imprimiu mudanças nos modos de ser e de viver dos beneficiários que o acessam, a experiência da rua provocou transformações nos trabalhadores que fazem parte desse projeto. Logo de início, Dalva conta como o PQTA impactou sua vida *então assim, passei a observar mais, desde quando eu comecei a trabalhar no projeto, qualquer lugar que eu vou eu vejo começo a olhar com outros olhos.*

Raul, traduzindo um olhar muito comum sobre a população em situação de rua, evidencia *sinceramente, quando você vê uma pessoa de rua, já pensa que é um vagabundo, é uma pessoa que não quer nada da vida, mas quando vai convivendo, vai tendo outra perspectiva deles, eles não estão ali porque eles querem, as vezes as circunstâncias da vida levaram eles a ter que morar na rua.* Volta Seca segue nessa perspectiva, trazendo o olhar social hegemônico sobre a população em situação de rua, e busca refletir sobre os aspectos que circundam essa percepção: *Porque cada um que passa olha com preconceito, com medo, quer matar. Mas eles são pessoas igual nós, só que nós temos um lugar para dormir, para banhar, para comer. Mas eles, eles não têm. Se tem, eles não têm amor lá na casa deles, não tem apoio.*

Alonso também relata da mudança no olhar sobre as pessoas que estão na rua, no olhar para a diferença do outro, *outro tipo de olhar, na percepção das diferenças, isso deu uma transformada.* Don'Aninha partilha dessa mudança *a gente convive com eles todos os dias, e antes a gente passava como se fosse uma pessoa que talvez não queria nada com a vida, alguma coisa assim [...] foi muito importante na minha vida, a forma como ver as pessoas que estão nessa situação.*

Nesse mesmo sentido, Joel observa que o PQTA é importante na desconstrução de preconceitos, *tem sido um processo de desconstrução e aprendizado, todo dia a gente aprende algo novo aqui, e foi um processo bem intenso de desconstruir dogmas.* Maria Ricardina reflete nessa mesma direção: *Mudou a forma de ver as pessoas. Pra você ter ideia, eu não sabia que Palmas existia pessoas em situação de rua, e a forma que você passa a olhar a outra pessoa. Isso foi uma das coisas de maior ganho pra mim, como profissional e como pessoa. Essa questão do julgamento, do pré-julgamento, é um dos ganhos pra mim. E fora a questão de você ser útil na vida de alguém.*

*Acaba diminuindo um pouco os seus problemas, suas dificuldades, quando você passa a ver pessoas numa condição infinitamente maior que a sua, de dificuldade.*

Volta Seca reforça como o PQTA contribuiu na desconstrução dos seus medos e preconceitos, *então assim, eu tô aprendendo aqui, tô aprendendo uma coisa que eu mesma tinha medo, tinha um certo preconceito.* E acrescenta *não importa as relações dele, a definição de sexo, se usa ou não droga, a gente tem que tá ajudando.* Sobre o respeito e acolhimento às diferenças, Pirulito comenta o que impressionou quando ingressou no projeto *a forma como eles (profissionais) me tratam. A gestão, os profissionais que atuam no projeto.*

As pessoas que vivenciam/vivenciaram situações de violência, negligência, dores, carregam essas marcas nos encontros com o mundo a sua volta. Lidar com a aspereza que a experiência da rua proporciona é uma tarefa árdua. Don'Aninha comenta sobre esse trabalho que, por vezes, imprime um sentimento de impotência, causa desconforto e nos abala em nossas certezas: *no começo eu fiquei muito abalada de ver a situação, de você querer ver a pessoa sair dali, de onde tá, de crescer e romper tudo, e você não ter muita coisa a se fazer [...] conforme foi passando o tempo, eu fui trabalhando isso em mim, pra eu como pessoa, não ficar mal. Porque eu estava ficando mal. E hoje a gente consegue encarar a situação com mais tranquilidade.*

A rua, com suas possibilidades de existência, proporcionou o olhar sensível às individualidades e diversidades, dando visibilidade às necessidades que circundam o fenômeno da população em situação de rua. Ressignificou esse processo de promover cuidado, transformando em um trabalho afetivo, que entra em sintonia com as pessoas e suas histórias.

Reiterando Costa (2008) e o conceito de invisibilidade social, o trabalho no PQTA despertou nessas pessoas a abertura para enxergar o que antes era invisível.

**Dormindo na estrada, no nada, no nada**

**E esse mundo é todo meu**

**Mambembe, cigano**

**Debaixo da ponte, cantando**

**Por baixo da terra, cantando**

**Na boca do povo, cantando<sup>9</sup>**

O PQTA inscreveu transformações no meu corpo que se exalam nos poros, transbordam, se enlaçam nesse mar de afetos, afagos, abraços. E produzem formas plurais de existência, me possibilitou habitar a dobra dos encontros e existir no inacabado.

---

<sup>9</sup> Música 'Mambembe', do cantor Chico Buarque (1972). Composição de Chico Buarque.

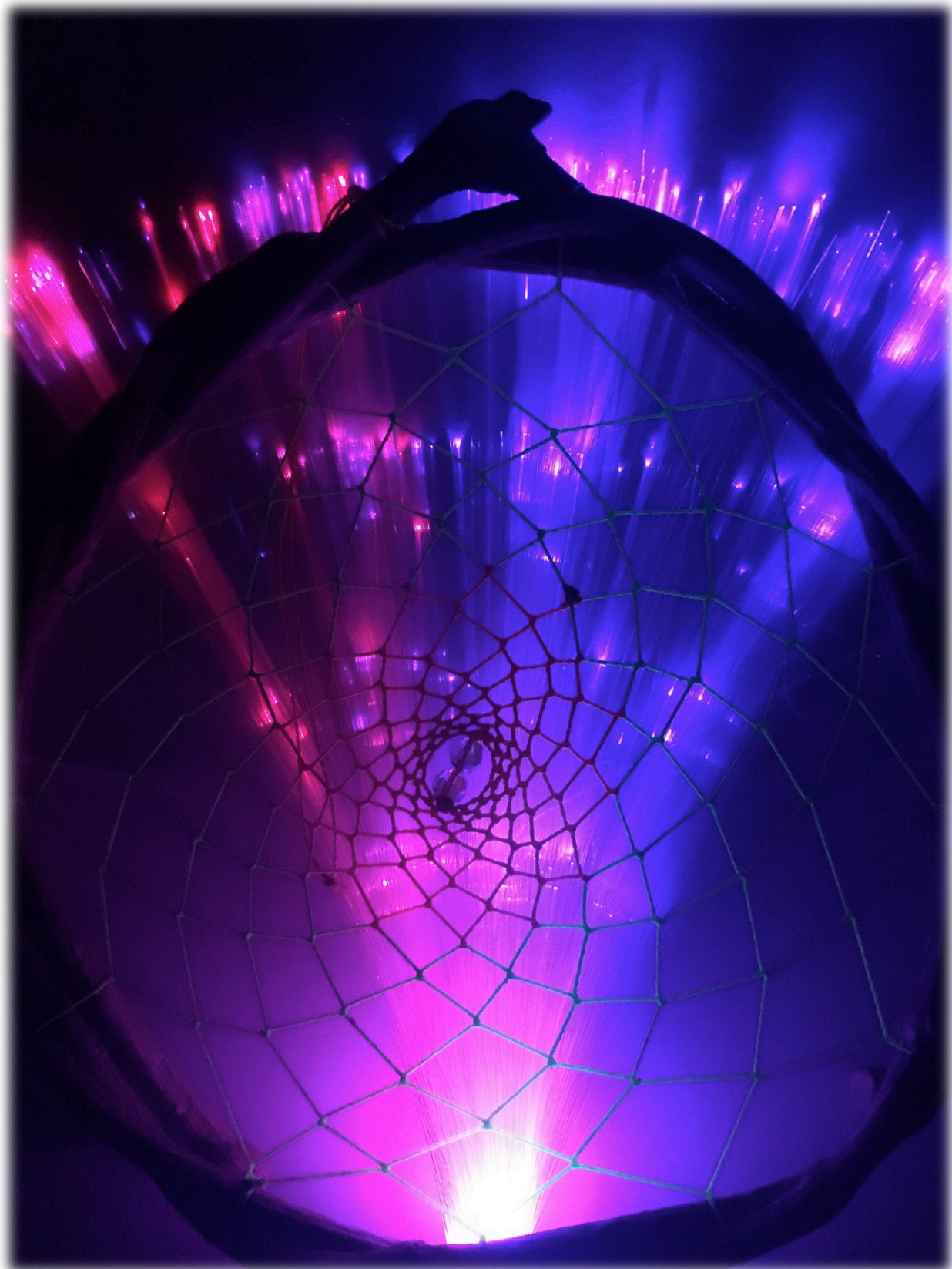
Propus desterritorializar do status do saber científico, que não entra em contato com o objeto de pesquisa, e busquei (r)existir na suavidade dos bons encontros que a experiência com o PQTA me proporcionou, afetando e sendo afetada pelas histórias, estórias, texturas, sabores, cheiros dessas pessoas que habitam a rua.

Ampliou o meu olhar sobre a Redução de Danos, não só como um conjunto de estratégias de melhoria da qualidade de vida para usuários de álcool e outras drogas, mas também como um paradigma de garantia de direitos e cidadania. O uso de drogas, no contexto da rua, salta aos meus olhos como possibilidade de resistir, para suportar a exclusão.

Retomando o que Negri e Hardt (2000) denominam “trabalhadores afetivos”, é essa clínica que se faz nos territórios existenciais e geográficos, no diálogo e na pactuação junto com o usuário. Ancorando na compreensão da Redução de Danos enquanto uma postura de cuidado construída singularmente, valorizando a experiência particular do sujeito, a experiência com o PQTA explicitou: o afeto reduz danos.

Pude enxergar a rua agora como território existencial que comporta subjetividades itinerantes, acolhe as diferenças, aqueles que não se encaixam. No processo de escrita desse trabalho, derrubei as minhas concepções sobre a forma de ver a rua, e mergulhei nas inúmeras experiências que o encontro com a rua proporcionou. Reconheci o trabalho clínico fora de um espaço institucional, mas que se faz no território, nessa clínica-itinerante, nesse caminhar terapêutico.

Nesse interstício do encontro do CAPS AD III com o PQTA, de que maneira essas linhas compõem com a minha existência? É certo que essa obra-dissertação me (des)fez para (re)fazer. As experiências aqui relatadas se deram no *intermezzo*, e reconheço que não poderia ser diferente. O trabalho no CAPS AD III foi o catalisador desse encontro. Há coisas que nunca mais serão vistas como antes e, parafraseando Aldous Huxley, quando fechamos os olhos (nos despindo dos nossos pré-conceitos), as portas da percepção se abrem para o cuidado.



Fonte: Acervo pessoal (maio, 2017). Filtro dos Sonhos confeccionado pelo João Grande.

*A hora do encontro é também de despedida.  
Milton Nascimento*

## 5. AMARRANDO AS CENAS...

Essa narrativa não se propôs a ser um fim em si mesma, mas disparar novos questionamentos acerca do fenômeno da população em situação de rua, o uso de álcool e outras drogas e os dispositivos de cuidado que podemos lançar mão. O uso da cartografia permitiu estar disponível aos acasos e encontros imprevisíveis que essa caminhada me ofereceu.

Durante esse percurso, houveram várias reviravoltas que afetaram direta ou indiretamente a minha experiência e essas linhas que aqui se apresentam.

Costa (2014) me convidou a pensar em uma cartografia implicada (em latim, *plic* remete à ideia de dobra) e multiplicante. Isso porque, ao invés de simplesmente explicar o funcionamento do PQTA, proponho habitar as dobras dos encontros gerados e também, desdobrar as dobras e (multi)implicar o leitor. Ademais, vale dizer que o conhecimento que não proporciona essa implicação, anula a possibilidade do encontro que produz transformação.

Usei o conceito de dispositivo nessa narrativa, reconhecendo o PQTA enquanto tal, para buscar responder aos questionamentos que faço no início: *Quais modos de vida são produzidos na experiência do Palmas Que Te Acolhe? Como se configuram esses modos de vida a partir da experiência da/na rua?*

Embora as falas dos participantes evidenciam mudanças nas suas formas de ser e viver no que tange a experiência da rua, é evidente que o projeto, como todos os projetos experimentais, tem suas fragilidades. No entanto, como pesquisadora que não esteve inserida na rotina burocrática do projeto, mas nos encontros afetivos possíveis, essas percepções não puderam ser captadas, se não pelos próprios relatos dos participantes.

O PQTA enquanto um dispositivo de cuidado, que opera formas de fazer ver e fazer falar em relação ao fenômeno da população em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas, permite a transformação do olhar aos contextos socioculturais desses atores, resgatando-lhes a cidadania, a autonomia e a possibilidade de ressignificar sua existência e sua relação consigo, com os outros e com o mundo.

Essa transformação passa, também, pela aprendizagem no processo de cuidado como parte da construção de um contrato social que abarca, não somente o direito de ter uma casa para morar, alimentação regular e de qualidade, o acesso às políticas públicas, mas também os deveres enquanto cidadão. A construção desses deveres está presente nas falas dos participantes quando explicitam o cuidado com o outro, com o espaço que habitam e com o próprio serviço.



Esse modo de construção do dever social não passa pela imposição de autoridade ou pela tutela do Estado, mas o acesso básico que implica a possibilidade de abrir para a experiência dessa construção, um contrato social traduzido em um modo de cuidado mais solidário, de pertencimento e de afeto.

No entanto, a mudança nos projetos de governo a nível nacional, estadual e municipal encarnam essas fragilidades, evidenciando o cenário de retrocesso que discuti nas cenas anteriores. Nos últimos meses dessa pesquisa, o PQTA encontrava-se defasado, contando com apenas um profissional contratado compondo a equipe multiprofissional, poucos beneficiários inseridos na moradia, as obras da sede original paralisadas, deixando aquela sensação de incompletude.

A falta de investimento público e o descrédito da gestão no que tange as políticas de cuidado à população em situação de rua denotam o sucateamento das estratégias como o Palmas Que Te Acolhe, que se baseiam na garantia de direitos e na redução de danos. Por outro lado, as estratégias com maior apelo social oriundo, principalmente, dos discursos moral e religioso, estão avançando a passos largos, resgatando aquela lógica já tão ultrapassada: a lógica manicomial, de aprisionamento, exclusão e punição.

Essa lógica demonstra as diferentes formas do manicômio se fazer presente, e se desdobra em diferentes formas de silenciamento das subjetividades, nos discursos históricos sobre o uso de drogas: o da religião (que se materializa nas comunidades terapêuticas), que vê o uso de drogas como um pecado; e o da justiça (edificado nas prisões), que vê como um delito.

Se as comunidades terapêuticas estão ganhando cada vez mais espaço nesse cenário, isso está diretamente relacionado a nossa incapacidade em ofertar estratégias de cuidado de qualidade para estratos da população em maior vulnerabilidade.

Além disso, a limitação de material publicado sobre a metodologia de Housing First, em especial dos projetos implementados (ou que tentaram implementar a partir do projeto Redes, discutido na Terceira Cena) no Brasil, fragiliza o aporte teórico para promover discussões sobre a temática. A maior parte das publicações dizem das experiências internacionais que, embora sejam muito importantes para explicitar a eficácia do modelo, refletem uma realidade diferente do Brasil.

A redução de danos, por outro lado, tem um considerável acervo de publicações e pesquisas comprovando sua eficácia, o que pode e deve servir como base para os trabalhos que dizem respeito ao campo da garantia de direitos, muito embora o que vemos é a total desconsideração desses dados na formulação da (não) tão nova Política de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas.

No entanto, como pude discutir ao longo dessas linhas, é importante pensarmos a RD para além da distribuição de insumos e troca de seringas, como decorreu seu processo histórico. Embora seja vital compreendermos essa evolução da RD no Brasil, é urgente pensarmos, na atualidade, em uma Redução de Danos pautada no resgate da dignidade e cidadania, no respeito às singularidades e na garantia de direitos.

Outro ponto de destaque é a expectativa presente nas falas de alguns participantes na (re)inserção das pessoas em situação de rua no mercado de trabalho formal. Pode notar, no decorrer dessa trajetória, a dificuldade das pessoas em situação de rua e usuárias de álcool e outras drogas se inserirem em um emprego formal, e podemos atribuir a diversos fatores: preconceitos, baixa escolaridade e qualificação, dificuldade de acesso à documentação (para fazer a carteira de trabalho, falta do comprovante de endereço), dificuldade de seguir normas e horários.

Nesse momento, gostaria de me deter a esse último. As pessoas que vivem em situação de rua constroem uma visão da realidade dissonante daquela a qual estamos acostumados, uma vez que constroem, no espaço público, a sua vida privada, e experimentam uma certa “liberdade” que revoluciona o nosso modo de ver a rua. Essa visão de normalização através do trabalho formal vem na direção do que Foucault fala dos “corpos politicamente dóceis e economicamente úteis”.

Nesse sentido, retomo a discussão realizada na Primeira Cena, é a partir do biopoder que o Estado opera a produção de subjetividades fabris, destinadas a produzir e consumir capital se não, de nada lhe serve existir.

A rua comporta o subversivo, a liberdade, o devir. Enquadrar essa existência em rotina, normas e regras vai na contramão de uma estratégia de cuidado baseada no paradigma da RD, que pressupõe a liberdade individual e a efetivação do direito de escolha.

Encerro essa cena com reticências, pois o que se produziu na experiência do PQTA está muito além do que pude traduzir nesse breve relato. Aliás, vale dizer, essas linhas dizem do meu olhar e das relações que construí nesse processo, quais as realidades construídas na medida que a pesquisa foi se delineando. Reiterando o que disse no início, esse trabalho se deu numa escrita itinerante, busquei registrar na memória esses acontecimentos e que, ao passo que escrevo essas últimas linhas, as questões agora já são outras, não mais aquelas do início.

Escrevo essas conclusões, certa que elas portam o efêmero e carregam a possibilidade do devir...

## REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas**. Reportagem por Vilma Reis. 20 de fevereiro de 2019. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/sobre-as-mudancas-na-politica-nacional-de-saude-mental-e-nas-diretrizes-da-politica-nacional-sobre-drogas/39619/>> Acesso em 11 jul. 2019.

ABREU, C. Defensoria Pública do Estado do Tocantins. **Defensoria Pública é parceira de projeto para atendimento de moradores de rua na Capital**. Palmas, 31 de outubro de 2017. Disponível em: <<http://www.defensoria.to.def.br/noticia/25005>> Acesso em 03. Nov. 2018.

AGUIAR, O. A. Juízo, gosto e legitimidade em Hannah Arendt. **Philosophos**, v. 8, n. 2, p. 251-271, jul./dez., 2003.

ALENCAR, R. **A fome da alma**: psicanálise, drogas e pulsão na modernidade. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-graduação em Psicologia [tese de doutorado]. São Paulo, 2016.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set., 1995.

ASSIS, M. **O Alienista**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994.

BASTOS, F. I. P. M.; VASCONCELLOS, M. T. L.; DE BONI, R. B.; REIS, N. B.; COUTINHO, C. F. S. (orgs.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Fundação Oswaldo Cruz. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <<https://www.documentcloud.org/documents/6111419.html#document/p1>> Acesso em 03 jul. 2019.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (org.). **Pesquisa Nacional Sobre o Uso do Crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? ICICT (Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde). Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz). Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz, 2014.

BASTOS, W. M. **Características sociodemográficas e epidemiológicas da hanseníase do município de Palmas – Tocantins** [dissertação]. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Salvador, 2017.

BERTOLINI, J. O conceito de biopoder em Foucault: apontamentos bibliográficos. **Saberes**, Natal, v. 18, n. 3, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/saberes/article/view/15937/11203>> Acesso em 16 jun. 2019.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei Nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Brasília. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2006/lei-11343-23-agosto-2006-545399-publicacaooriginal-57861-pl.html>> Acesso em 17 nov. 2018.

BRASIL. Governo Federal. **Decreto N° 9761**, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2019/decreto-9761-11-abril-2019-787968-publicacaooriginal-157741-pe.html>> Acesso em 9 jun. 2019.

BRASIL. Governo Federal. **Lei N° 13.840**, de 05 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/lei-13840-2019.htm>> Acesso em 9 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a RAPS: Rede de atenção psicossocial**. Brasília: 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca\\_raps\\_rede\\_atencao\\_psicossocial.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial.pdf)>. Acesso em: 3 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 130/2012**, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html)> Acesso em 23 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.028**, de 01 de julho de 2005. Brasília. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html)>. Acesso em 16 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 121**, de 25 de janeiro de 2012. Brasília. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html)> Acesso em 03 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. Acesso em 3 nov. 2017.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, DF: MDS, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Artigo 6° - Dos Direitos Sociais**. Brasília, 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto N° 7.053**, de 23 de dezembro de 2009. Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm)>. Acesso em 14 ago. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 10.216**, de 6 de abril de 2001. Brasília. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 3 nov. 2017.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres**. Brasília: SDH, 2013.

BURSZTYN, M. (org.). **No meio da rua: nômades, excluídos e viradores**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

CAPONI, S. Viver e deixar morrer: biopolítica, risco e gestão das desigualdades. **Revista Redbioética/UNESCO**, ano 5, v. 2, n. 10, p. 27-37, jul./dez., 2014.

CARLINI, E. A. (supervisão); NOTO, A. R.; SANCHEZ, Z. V. D. M.; CARLINI, C. M. A.; LOCATELLI, D. P.; ABEID, L. R.; AMATO, T. C.; OPALEYE, E. S.; TONDOWSKI, C. S.; MOURA, Y. G. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas). UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo). SENAD (Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas). Brasília: SENAD, 2010.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. Organização Pan-Americana da Saúde. **O SUS e a efetivação do direito humano à saúde**. Passo Fundo: Saluz, 2017.

COIMBRA, C. M. B. Ética, direitos humanos e biopoder. **Verve**, v. 20, p. 85-100, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Ministério Público Federal. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Brasília: CFP, 2018.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Resolução Nº 09**, de 20 de julho de 2016. Palmas. Disponível em: <[www.palmas.to.gov.br/media/doc/.../Resolucao\\_nº\\_009-2016\\_\\_NASF.doc](http://www.palmas.to.gov.br/media/doc/.../Resolucao_nº_009-2016__NASF.doc)> Acesso em 03. Nov. 2018.

CORREA, M. R. **Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade** [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2009. 125 p.

COSTA, D. L. R. **A rua em movimento: experiências urbanas e jogos sociais em torno da população de rua**. [Dissertação] Obtenção de mestre em Antropologia Social. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

COSTA, L. B. Cartografia: uma nova forma de pesquisar. **Revista Digital do LAV**. Santa Maria, v. 7, n. 2, p. 66-77, mai./ago. 2014.

DA MATTA, R. **A Casa & A Rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 5 ed. Rio de Janeiro: 1997.

DELEUZE, G. **O mistério de Ariana**. Lisboa: Veja, 1996.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs Vol. 1**. São Paulo, Editora 34, 1995.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs Vol. 4: Capitalismo e Esquizofrenia**. São Paulo, Editora 34, 1997.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução N° 109**, de 11 de novembro de 2009. Brasília. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia\\_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2009/Resolucao%20CNAS%20no%20109-%20de%2011%20de%20novembro%20de%202009.pdf)> Acesso em 03. Nov. 2018.

DIÁRIO OFICIAL DE PALMAS. **Portaria n° 518/SEMUS/GAB**, de 14 de junho de 2016. Palmas, 2016. Acesso em 03 nov. 2018.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (EPSJV). **Cerco à cracolândia**. Reportagem por Maíra Mathias, de 17 de julho de 2017. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/cerco-a-cracolandia>> Acesso em 22 jul. 2019.

ESCOREL, S. A saúde das pessoas em situação de rua. In: CUNHA, J. V. Q.; RODRIGUES, M. (orgs). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília: 2009, p. 111.

FEANTSA. Traducida por RAIS Fundación. **Guía Housing First: Europa**. Junho, 2016. Disponível em: <<http://housingfirstguide.eu/website/>>. Acesso em 21 jan. 2018.

FERREIRA, A. B. H. Minidicionário: o minidicionário da língua portuguesa. 6 ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FONSECA, E. M. **Políticas de Redução de Danos ao Uso de Drogas: O contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros**. [Dissertação] Obtenção de mestre em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Políticas Públicas e Saúde. Junho, 2005.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

FRAGA, P. **População em situação de rua e acesso à saúde**. Obtenção de mestre em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social [Dissertação]. Florianópolis, 2015.

GABBAY, R. Cidadania e Loucura: um paradoxo? **Polêm!ca**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 43-55, jul./set., 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GUATTARI, F. **Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo**. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Brasil. Tocantins. **Palmas**. 2018. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/palmas/panorama>> Acesso em 03 nov. 2018.

INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION (IRHA). **O que é redução de danos?** Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos. Londres: 2014.

LARANJEIRA, R. (org.). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)**. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2014.

LIMA, E. A.; ARAGON, L. E. Agenciamento coletivo de clínica: conceitos se fazendo nos encontros. In: LIMA, E. A.; FERREIRA NETO, J. L.; ARAGON, L. E. (Org.). **Subjetividade Contemporânea: desafios teóricos e metodológicos**. Curitiba: CRV, 2010. p. 129-148.

LOURAU, R. **Análise institucional e Práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1993.

MAGALHÃES, J. A. **Articulações territoriais: uma cartografia da atenção à população em situação de rua**. Faculdade de Ciências e Letras de Assis. [Dissertação]. Universidade Estadual Paulista. Assis/SP, 2015.

MBEMBE, A. Necropolítica. **Arte & Ensaios**, n. 32, p. 123-151, 2016.

MENDONÇA, F. **Atenção social e de saúde**. Jornal do Tocantins. Palmas, 23 de setembro de 2017. Disponível em: < <https://www.jornaldotocantins.com.br/editorias/estado/aten%C3%A7%C3%A3o-social-e-de-sa%C3%BAde-1.1353815>> Acesso em 03 nov. 2018.

MENDONÇA, E. F. **Pobreza, Direitos Humanos, Justiça e Educação**. Universidade Federal do Ceará. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. [Especialização] Educação, Pobreza e Desigualdade Social - Módulo II. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação-geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: < <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>> Acesso em 9 jun. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**, n. 14, v. 50, jun. 2019. Disponível em: < <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/junho/13/2019-010-publicacao.pdf>> Acesso em 8 ago. 2019.

NASCIMENTO, A. C. P.; MOREIRA, L. S. **A arte como dispositivo terapêutico**: cartografando a arte e suas afetações no CAPS AD III de Palmas, Tocantins. Palmas, 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA). Não publicado.

NASCIMENTO, A. C. P.; MOREIRA, L. S.; NUNES, J. R. A arte como dispositivo terapêutico em saúde mental. In: ALMEIDA, C. R.; CARIAGA, M. H.; JOVELI, S. R. S. C. **O CRR no Tocantins**: articulando saberes para o cuidado em uso abusivo de álcool e outras drogas. Curitiba: CRV, 2017, p. 111.

NÚCLEO MULTIPROJETOS DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL (NUTE). Universidade Federal de Santa Catarina. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Projeto REDES**: promovendo a integração intersetorial. Santa Catarina, 2015. Disponível em: < <http://conselheiros7.nute.ufsc.br/projeto-redes-promovendo-a-integracao-intersetorial-para-a-promocao-da-saude-a-emancipacao-social-e-o-cuidado-das-pessoas-com-uso-problematico-de-drogas/>> Acesso em 03 nov. 2018.

OPEN SOCIETY FOUNDATIONS. **Crack**: reduzir danos. Lições brasileiras de saúde, segurança e cidadania. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Disponível em: < <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organização-Mundial-da-Saúde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acesso em 24 nov. 2018.

PAIVA, I. K. S.; LIRA, C. D. G.; JUSTINO, J. M. R.; MIRANDA, M. G. O.; SARAIVA, A. K. M. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 21, v. 8, p. 2595-2506, 2016.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2015, 17-31 p.

PASSOS, E.; BENEVIDES DE BARROS, R. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

PELBART, P. P. Poder sobre a vida, potências da vida. In: **Vida Capital**: Ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminuras, 2003, p. 131-147.

PEREIRA, A. P. S. A crítica de Hannah Arendt aos direitos humanos e o direito de ter direitos. **Perspectiva Filosófica**, v. 42, n. 1, 2015.

PETUCO, D. R. S. **Pontes sobre Redução de Danos e Educação Popular**. In: V Seminário Nacional Psicologia e Políticas Públicas: Subjetividade, Cidadania e Políticas Públicas, lançado durante o 7º Congresso Norte-Nordeste de Psicologia, em Salvador. 8 de maio de 2009.



Disponível em: < <http://denispetuco.blogspot.com/2011/05/o-cuidado-de-pessoas-que-usam-drogas.html>> Acesso em 09 dez. 2018.

PETUCO, D. R. S. **Redução de Danos** - outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. In: Ministério da Justiça. Núcleo Multiprojetos de Tecnologia Educacional (NUTE). Universidade Federal de Santa Catarina. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Curso de Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6 ed. 2014. Disponível em: <<http://conselheiros6.nute.ufsc.br/ebook/medias/pdf/Redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20Danos%20%E2%80%93%20outras%20palavras%20sobre%20o%20cuidado%20de%20pessoas%20que%20usam%20%C3%A1lcool%20e%20outras%20drogas.pdf>>. Acesso em 11 nov. 2017.

PREFEITURA DE PALMAS. Fundação Municipal da Infância e da Juventude de Palmas. **Projeto Palmas Que Te Acolhe realiza ação social ConstRUA em Taquaralto**. 31 de março de 2017. Disponível em: <<http://www.palmas.to.gov.br/secretaria/fundacao-da-juventude/noticia/1504262/projeto-palmas-que-te-acolhe-realiza-acao-social-construa-em-taquaralto/>>. Acesso em 21 ago. 2018.

PREFEITURA DE PALMAS. **Serviços de saúde oferecidos no município**. Disponível em: <<http://www.palmas.to.gov.br/servicos/servicos-de-saude-oferecidos-no-municipio/200/>>. Acesso em 11 fev. 2019.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; SOUZA, A. M. A.; VIEIRA, N. F. C. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **R Enferm UERJ**, v. 15, n. 2, p. 276-283, abr./jun., 2007.

REDE HUMANIZASUS. **Política Nacional de Humanização (PNH)**. Brasília, 2013.

REDES. **Palmas que te acolhe: redução de danos e garantia de direitos**. Palmas, 2018. Disponível em: <<http://www.redesterritorios.org/2018/01/16/palmas-que-te-acolhe-reducao-de-danos-e-garantia-de-direitos/>> Acesso em 03 Nov. 2018.

RIBEIRO, S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 24, n. 3, p. 92-99, 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n3/v24n3a12.pdf>> Acesso em 26 jun. 2019.

ROLNIK, S. Cartografia ou de como pensar o corpo vibrátil. In: **Cartografia sentimental, transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicologia & Sociedade**. v. 21, n. 2, p. 166-173, 2009.

ROSA, C. M.; VILHENA, J. Do manicômio ao CAPS Da contenção (im)piedosa à responsabilização. **Barbarói**. Santa Cruz do Sul, n. 37, p. 154-176, jul./dez. 2012.

RUI, T.; FIORE, M.; 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.

SANTOS TERCEIRO, I. **A guerra às drogas é inconstitucional, ineficiente e pior que o próprio uso das drogas**. Transcrição da palestra feita pela juíza aposentada Maria Lúcia Karam, para o Coletivo Nabuco, em Recife, Pernambuco em setembro de 2015. Students for Liberty a Freer Future. 27 de dezembro de 2017. Disponível em: <<https://www.studentsforliberty.org/guerra-drogas-inconstitucional-ineficiente>> Acesso em 17 nov. 2018.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Prefeitura de Palmas. Gabinete do Secretário. **Parecer 013/2015**, em resposta a Recomendação NUSA/Nº 005/2015 da Defensoria Pública. Palmas/TO. Disponível em: <[www.defensoria.to.def.br/documento/1702/download](http://www.defensoria.to.def.br/documento/1702/download)> Acesso em 03. Nov. 2018.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção – Laboratório de Ensino a Distância. 3 ed. Florianópolis, 2001.

SOARES, M. V. M. B. Cidadania e Direitos Humanos. **Cadernos de Pesquisa**, n. 104, 1998.

SOUZA, T. P.; CARVALHO, S. R. Reduzindo danos e Ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e os confrontos com a internação compulsória. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos HumanizaSUS - Saúde Mental**. Volume 5. Brasília, 2015.

SPINOZA, B. **Ética**. 3 ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

TEDESCO, S.; LIBERMAN, F. O que fazemos quando falamos em Vulnerabilidade? **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 254-260, 2008. Disponível em: <[http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/59/254a260.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/59/254a260.pdf)>. Acesso em 09 fev. 2019.

TEIXEIRA, M. B.; RAMÔA, M. L.; ENGSTROM, E.; RIBEIRO, J. M. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 22, v. 5, p. 1455-1466, 2017.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez., 2005.

TSEMBERIS, S. **Housing First**: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Health and Substance Use Disorders. Minnesota: Hazelden Publishing, 2010.

UNITED NATIONS OFFICE DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report**. United Nations publication, 2017.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população em situação de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 56-69, 2004.

VEGA, D. Manicomios SA. In: VEGA, D.; TABOADA, G.; TREJO, L.; STRAFACE, M.; SANTARELLI, M.; LÓPEZ, P. **Travesías Institucionales**: escritos de uma subjetividade implicada en el campo social. Otras clinicas. Lugar Editorial, 2000, 96p.

## **Apêndices**

## APÊNDICE A - Modelo do termo de consentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título “A percepção de beneficiários e trabalhadores do Palmas Que Te Acolhe: uma estratégia de garantia de direitos e redução de danos para pessoas em situação de rua”. Eu, Ana Carolina Peixoto do Nascimento, sou psicóloga e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Tocantins, orientada pelo Professor Doutor Carlos Mendes Rosa. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (63) 3218-5519. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento sobre a ética aplicada a pesquisa.

Essa pesquisa pretende analisar a percepção que beneficiários e trabalhadores têm do projeto de inserção Palmas Que Te Acolhe (PQTA). Acreditamos que a mesma seja importante, pois visa a pensar em outras estratégias de cuidado às pessoas em situação de rua que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, que fomentem a criação de vínculos comunitários, familiares e sociais mais sólidos, respeitando as individualidades, melhorando a qualidade de vida, o acesso aos serviços e escapando à lógica manicomial e repressiva, a partir da perspectiva de beneficiários e trabalhadores. Outrossim, por se tratar de uma pesquisa descritiva-exploratória de um território que não possui dados anteriores, busca possibilitar espaço para a criação de novas linhas de cuidado em saúde mental para esse público. As informações serão coletadas a partir de entrevista semiestruturada com os participantes, e registradas em aparelho de gravador de voz. Sua participação constará em: participar voluntariamente da (s) entrevista (s) marcada (s) pela pesquisadora.

É possível que aconteça desconforto psicológico, tal como constrangimento em revelar seus sentimentos e sensações durante os encontros e responder alguma das perguntas da

entrevista e também, a possibilidade de suas informações pessoais serem acessadas por outras pessoas. No entanto, será utilizada uma sala privativa de acesso restrito ao pesquisador para fazer esse tipo de procedimento. Além do mais, você pode, a qualquer momento, se recusar a participar da pesquisa, solicitar a retirada de suas informações do material produzido, bem como se abster de responder às perguntas. É responsabilidade da pesquisadora manter sigilo absoluto de seus dados pessoais, garantir sua privacidade e anonimato, tal qual está descrito na resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS nº 466/12.

Os benefícios esperados com esse trabalho são: pensar em outras estratégias de cuidado às pessoas em situação de rua que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, que fomentem a criação de vínculos comunitários, familiares e sociais mais sólidos, respeitando as individualidades, melhorando a qualidade de vida, o acesso aos serviços e escapando à lógica manicomial e repressiva, a partir da perspectiva de beneficiários e trabalhadores.

As informações pessoais dos participantes desta pesquisa serão mantidas em absoluto sigilo, sendo divulgados apenas, em eventos ou publicações científicas, os resultados das análises desenvolvidas pela pesquisadora. Não haverá identificação dos voluntários, cabendo à pesquisadora utilizar-se de nomes fictícios, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pela pesquisadora referida anteriormente neste documento. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Não há nenhum tipo de gratificação remunerada pela sua participação desta pesquisa, pois se trata de uma ação voluntária.

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu \_\_\_\_\_, RG (CPF/ s/n) \_\_\_\_\_, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa,

dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, expressei minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura da Pesquisadora Mestranda

Ana Carolina Peixoto do Nascimento

---

Assinatura do Pesquisador Orientador

Prof. Dr. Carlos Mendes Rosa

## DECLARAÇÃO DOS PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

Declaramos estar cientes de todos os detalhes inerentes à pesquisa e comprometemo-nos a acompanhar todo o processo, prezando pela ética, tal qual expresso na Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS N° 466/2012, e especialmente pela integridade dos participantes da pesquisa.

Palmas/TO, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

---

Prof. Dr. Carlos Mendes Rosa  
Pesquisador Orientador

---

Ana Carolina Peixoto do Nascimento  
Pesquisadora Mestranda

### Contatos:

Carlos Mendes Rosa  
Endereço: Quadra 109 Norte, Avenida NS15,  
ALCNO-14, Universidade Federal do  
Tocantins - UFT  
Telefone: (63) 98140-7360  
E-mail: carlosmendes@mail.uft.edu.br

Ana Carolina Peixoto do Nascimento  
Endereço: Rua 21 Quadra 65 Lote 06,  
Taquaruçu, Palmas/TO  
Telefone: (63) 98455-1787 / 3554-1697  
E-mail: ana.carol57@hotmail.com



## APÊNDICE B – Modelo da entrevista semiestruturada



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

### Roteiro de Observação e Entrevista Semiestruturada

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Raça/Cor: \_\_\_\_\_

Beneficiário/Profissional: \_\_\_\_\_

Faz uso de álcool ou outras drogas? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual (quais)? \_\_\_\_\_

Quanto tempo esteve em situação de rua? \_\_\_\_\_

Quantos meses de vínculo com o Projeto? \_\_\_\_\_

Como ficou sabendo do PQTA?

Qual tem sido o impacto do PQTA em sua vida desde que se tornou beneficiário (a) ou ingressou na equipe multiprofissional? (SOCIAL, COMUNITÁRIO, FAMILIAR, SAÚDE, JUSTIÇA, EDUCAÇÃO...)

Qual a sua opinião sobre as condições de moradia que o Projeto oferece?

E sobre a alimentação?

Você acessa algum outro benefício ou atividade do Projeto? Quais? Como você avalia essas atividades em sua vida?

O que você acha mais positivo no PQTA?

O que você acha mais negativo no PQTA?

O que você acha que poderia melhorar no PQTA?

Você percebe mudança nos seus hábitos de uso de álcool e outras drogas desde que ingressou no Projeto? Se sim, quais?

Como é o acesso aos serviços de saúde, assistência social, justiça, educação (CAPS II, CAPS AD III, Fórum, Defensoria Pública, Escolas, CRAS, CREAS)?

Você está fazendo tratamento para o uso prejudicial de álcool e outras drogas atualmente?

Está fazendo tratamento para alguma outra condição de saúde?

Como é o seu dia a dia no Projeto?

Observações da Entrevistadora: