



X Congresso Português de Sociologia  
*Na era da “pós-verdade”? Esfera pública,  
cidadania e qualidade da democracia no  
Portugal contemporâneo*  
Covilhã, 10 a 12 de julho de 2018

Secção/Área temática / Thematic Section/Area:  
Sociologia da Saúde

**Controvérsias e assertivas entre a população de rua que faz uso de drogas e políticas públicas de saúde:  
um estudo etnográfico em Belo Horizonte**  
**Controversies and assertions among the street people who use drugs and public health politics: an  
ethnographic study in Belo Horizonte**

**MEDEIROS, Regina de Paula**, Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais –  
PUCMinas – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, [repameca@pucminas.br](mailto:repameca@pucminas.br)

**Resumo**

O autocuidado ou controle de si no campo da saúde tem sido um tema motivador de debates científicos, políticos na sociedade em geral, especialmente porque implica um saber e um poder popular construído e reproduzido nas relações cotidianas, nas experiências individuais, coletivas, na interpretação do sujeito sobre o mundo, sobre o adoecimento e sobre a saúde. Os grupos sociais, em geral, se organizam ancorados na solidariedade, na ajuda mútua e no autocuidado. Essa forma de estruturação contribui para o fortalecimento dos laços e a maneira de buscar alternativa para a solução dos problemas cotidianos. Confrontam, especialmente com os modelos biomédicos de tratamento de saúde e com as políticas públicas de saúde amparadas no saber técnico-científico e tendem à apropriação do corpo do “outro” e ao desprezo da subjetividade, crenças, valores e direito cidadão.

Nossa proposta neste artigo é analisar a percepção dos moradores de rua sobre o modo de vida das pessoas que moram nas ruas da região central de Belo Horizonte e que fazem uso de drogas, a forma como percebem as práticas de atenção e os serviços de saúde pública, as alternativas para sobrevivência e o autocuidado. Esse tema é resultado de uma pesquisa etnográfica realizada com a população que vive em situação de vulnerabilidade social, exposta a variados riscos, com precárias condições de higiene, alimentação, saúde e poucos recursos para acessar os serviços públicos. Nessas condições, essas pessoas articulam uma série de estratégias de práticas de autocuidado para agenciar as experiências de doença, emergências e proteção e para lidar com situações cotidianas. Em determinados espaços da rua, organizam e criam normas seguindo uma lógica particular de solidariedade para: suprir suas necessidades básicas de sobrevivência; o cuidado com a saúde e práticas corporais; auxílio nos infortúnios a que estão constantemente expostos; auxílio nos encaminhamentos. Assim organizados, os referidos grupos só acessam os serviços públicos de saúde quando suas alternativas são insuficientes ou quando o quadro clínico se torna tão grave, que necessita medidas interventivas institucionais. Nas narrativas dos entrevistados, foi possível observar resistências à utilização dos serviços de saúde pública e isso se justifica pelo excesso de burocracia, descrença nas terapêuticas ofertadas, demora no atendimento e na ineficácia dos modelos biomédicos que desconsideram o sistema de significados construído em seu contexto social particular.

**Abstract**

Self-care or self-control in the health field has been a motivating theme for scientific, political and societal debates, especially as it implies a popular knowledge and power, built and reproduced in everyday relationships, in individual and collective experiences, and in interpretation of the subject on the world, sickness and health. The social groups, in general, organize themselves anchored in solidarity, mutual aid and in self-care confront biomedical models and public health politics based on scientific technical knowledge for the appropriation of the body of the other and on the contempt of subjectivity, beliefs, values and citizen rights. Our proposal in this article is to analyze the perception of the street dwellers about the way of the people who live on the streets of central region of Belo Horizonte and using drugs. It is an ethnographic research carried out with the population living in situations of social vulnerability, exposed to various risks, with poor hygiene, food, health and scarce resources to access public services. Under these conditions, these people articulate a range of self-care practice strategies for managing illness, emergency and protective experiences, and dealing with everyday situations. In certain spaces of the street, they organize and create norms, following a particular logic of solidarity; to supply their basic needs for survival; the care and bodily practices; assistance to misfortunes to which they are constantly exposed; assistance in the referrals. Thus organized, these groups only access public health services when their alternatives are insufficient or when the clinical condition becomes so serious that it needs institutional intervention measures. In the interviewed's narratives, it was possible to observe resistance to the use of public health services, which is justified by excessive bureaucracy, disbelief in the therapies offered, delay in the care and inefficiency of biomedical models that disregard the system of meanings built in their own particular social context.

Palavras-chave: autocuidado; população de rua; drogas; políticas públicas.

Keywords: self-care; street population; drugs; public policies.

XAPS-76870



## Introdução

Nossa proposta neste artigo é analisar as controvérsias e assertivas entre a população que vive nas ruas da região central da cidade de Belo Horizonte e faz uso de drogas lícitas e ilícitas e as políticas públicas de saúde elaboradas para os tratamentos específicos. Especificamente, como as pessoas que vivem na rua interpretam e estruturam o seu cotidiano e de que maneira usufruem e avaliam as terapêuticas instituídas para o tratamento das toxicomanias nos serviços públicos da cidade. Como método foi utilizada a pesquisa etnográfica, priorizando a observação do pesquisador a partir de visitas aos locais de aglomeração dos moradores de rua no centro da cidade e as narrativas e interpretação dos atores desse estudo, ou seja, os “moradores de rua” (nomeação feita por eles) que fazem uso de drogas do centro da cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil. Essa pesquisa foi realizada entre o ano 2013 e 2017<sup>1</sup>. A escolha pela etnografia no campo das drogas tem sido priorizada pelos pesquisadores, sobretudo do campo das ciências sociais, por possibilitar uma aproximação do universo dos atores sociais, a construção de laço de confiança, fundamental nas pesquisas etnográficas e a compreensão dos sistemas de significados construídos de acordo com uma lógica particular expressa nas narrativas biográficas, na posição dos corpos e nas práticas sociais. A título de exemplo, ressaltamos os trabalhos de Ruí T. 2012; Adorno, 2015; Raupp, 2011; Frangela, 2009, Frúgoli, Jre Spaggiari,, 2010; Epele, 2010; Malvasi, 2014, Fernandes, 2010 entre outros.

Em um estudo realizado por Saporì e Medeiros, em 2010, sobre a problemática do *crack* na região metropolitana de Belo Horizonte, foram entrevistados profissionais de saúde que atuam em diversas instituições direcionadas ao tratamento dos pacientes usuários e dependentes de drogas, em especial do *crack*, que demandam esses serviços. O objetivo foi compreender a prática terapêutica dirigida, sobretudo, aos usuários compulsivos em tratamento visando à interrupção ou abstinência de uso da droga. Em suas respostas ficou evidenciado que os procedimentos terapêuticos, sobretudo para aqueles que fazem uso compulsivo de substâncias psicoativas, são fundamentados nos protocolos terapêuticos definidos no âmbito das políticas públicas que visam fundamentalmente à suspensão total, ainda que temporária, do uso de drogas. O tratamento é determinado em conformidade com a ideia de que o uso de drogas é uma patologia de origem biológica que deve ser orientada pelo médico que tem o saber

---

<sup>1</sup> Essa pesquisa foi financiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Minas Gerais –FAPEMIG

autorizado para prescrever medicamentos e recomendar comportamentos adequados socialmente. Nessa perspectiva, de acordo o relato dos profissionais, ficou claro que esses percebem que as pessoas que fazem uso de drogas são incapazes de cuidar delas mesmas, de fazer escolhas e de consumir as substâncias de forma controlada. Ademais, interpretam que o consumo segue uma certa “carreira” (Becker, 1971) crescente, implicando o uso de uma diversidade e variedade de drogas e um aumento desregulado de uso, agravando, comprometendo e ruindo os laços sociais, afetivos, de trabalho e prejudicando a saúde, a higiene, o seu estado psíquico e emocional. Na compreensão da equipe, esse é um “uso problemático” devido à incompetência para cuidar de si (Fiore, 2007) e à precariedade ou perdas dos vínculos sociais. Por essas razões, o paciente necessita de um controle externo feito por especialistas que têm o poder para decidir e prescrever e uso de medicação e internação em instituições de saúde com o objetivo de chegar à abstinência total e a sua manutenção (Cetlin, 2010). Para os referidos profissionais, a conclusão do tratamento ou a alta terapêutica só é possível após o cumprimento dos requisitos contidos nos protocolos universais e absolutos definidos pelas políticas públicas do sistema de saúde brasileiro que prevê a interrupção definitiva do uso e a adoção de novos estilos de vida e novos projetos futuros apoiados nas normativas e paradigmas sociais de referência<sup>2</sup>. Vale ressaltar que os referidos protocolos não mencionam nem consideram o contexto sociocultural em que está inserido o sujeito, seu sistema de significados, a percepção de uso, conceitos de saúde e doença e as motivações para o uso (controlado ou compulsivo) de drogas. Ao contrário, se apoiam em modelos de causalidade biomédico, na associação do agente patogênico (droga) com o organismo de determinados sujeitos (usuário de droga). Nessa perspectiva, além de não compreender o contexto sociocultural do usuário, procede-se à realização de diagnósticos absolutos e generalizantes sem desconsiderar o sujeito dono da sua história e com efeito, procede a rotulação clínica. (MacRae & Vidal, 2006:648)

Consequentemente, é perceptível nos registros estatísticos um número considerável de pessoas que interrompem o tratamento antes de sua conclusão e isso provoca na equipe dos serviços de saúde sentimento de fracasso, destituição do poder pelo saber,

---

2

Nos serviços públicos de tratamento à toxicomania esse mecanismo é parte de um programa de inclusão social que pode variar de uma unidade a outra, mas com o objetivo de “normalizar” os comportamentos dos usuários.

descrença nos mecanismos de tratamento e desolamento. Ao mesmo tempo, os profissionais que atuam nas instituições públicas de saúde constroem imagens estereotipadas dos usuários de drogas (incluindo o álcool) que contribuem para ampliar o preconceito, a discriminação e, de certa forma, um comportamento de aversão a essa população específica.

Com base nos resultados encontrados na referida investigação, surgiram inquietações que motivaram uma nova pesquisa, que passamos a apresentar parcialmente neste artigo: como as pessoas que fazem uso de drogas e moram nas ruas da região central de Belo Horizonte interpretam a sua prática de consumo de drogas, como constroem a noção de liberdade e autonomia e como avaliam as terapêuticas instituídas para o tratamento das toxicomanias nos serviços públicos existentes no território de Belo Horizonte. A escolha pelos moradores de rua se justifica pelas características dessa população: viver em espaços públicos, sobretudo do centro da cidade, com precárias condições de sobrevivência, sem endereço fixo, desprovidos de segurança e proteção, com estado geral de saúde precário devido às condições de higiene, alimentação e cuidado com o corpo e, particularmente, com uso intensivo de álcool e outras drogas. Dadas as condições de ter como morada a rua, a referida população tem dificuldade de acesso aos serviços e instituições públicas existentes na cidade, não só pelo excesso de burocracia, exigência de documentos, mas também pela precariedade de recursos financeiros necessários para utilizar o transporte público para o deslocamento até os locais de serviços de saúde disponibilizados. Levando em conta esse cenário, os moradores de rua são penalizados/discriminados socialmente não só pela condição de romper com as normativas sociais, familiares, afetivas e a não inserção no mercado de trabalho, mas também pelo uso de drogas lícitas (álcool e tabaco) e ilícitas (maconha, tiner, *crack*, entre outras), acabam retroalimentando a imagem social de indesejáveis e perigosos (Fiore, 2007), portadores de uma patologia e uma espécie de figuras não humanas, provocadores de sujeira, ameaça e risco para a sociedade (Medeiros 2015), donos de “corpos ilícitos” (Fernandes, 2016).

Taussig (1995) em suas reflexões sobre o “*mundo dos mendigos*”, explica que o “*terror encontra a perfeição*”. No imaginário social os mendigos, são pessoas “*esparrramados em cima dos montículos de lixo da cidade*”, misturadas com “*vidros quebrados, latas de sardinha, abas de chapéu de palha, pedaços de papel, couro, trapos, louça quebrada, livros encharcados, colarinhos, casca de ovo, excremento e inumeráveis manchas de escuridão*” ou “*signos espalhados da cidade*”, que põem em

questão a arbitrariedade do poder (Taussig, 1995:28). O mundo dos mendigos se aplica também à ideia de moradores de rua ou das pessoas que vivem em aglomerados como exemplo os usuários de drogas ilícitas, como “lixo ambulante” (Medeiros, 2015) em fluxo pela cidade. Porém, ao analisar esse contexto, é possível afirmar que aí existem pessoas humanas, com o desejo de desejar, em busca de cuidado, de proteção, de direitos humanos e de cidadania. Não existe um perfil único, homogêneo nem uma maneira determinante e absoluta de estruturar a sua vida. Eles se organizam e criam laços de solidariedade, respeito e constroem regras de convivência e o exercício da alteridade “*em toda a sua inesgotável riqueza de variações*” (Benjamin, 2000).

Este artigo está dividido em duas partes: a primeira consiste de uma breve discussão sobre o estilo de vida dos moradores, narrado pelos próprios sujeitos da pesquisa, além das observações do pesquisador, durante 11 meses de imersão no campo, especialmente no que refere às interações, ao cotidiano, aos movimentos continuados de idas e vindas, às normas, às regras e aos rituais. A segunda é constituída pela interpretação dos atores sociais desse estudo sobre as instituições públicas, as práticas de cuidado e autocuidado, enfocando as controvérsias e as assertivas entre a população de rua, nossos interlocutores e as políticas públicas direcionadas a essa população.

### **Estilo de vida dos moradores de rua**

Antes de remeter ao estilo de vida, vale a pena realçar que as pessoas que contribuíram com essa investigação se identificam como “moradores de rua” e justificam que a auto-denominação se dá por possuir o mínimo para a sua subsistência, não ter endereço fixo, viver com a ajuda parcial de instituições de assistência social e de saúde; de grupos sociais e religiosos que comumente distribuem alimentos em determinados horários e dias da semana; contar com os restaurantes populares<sup>3</sup> e, nos dias em que o restaurante não oferece alimentação, eles ficam à mercê da bondade ou da compaixão dos transeuntes, ou preparam a sua própria alimentação de maneira precária e limitada já que não dispõem de fogão, vasilhames próprios e contam com recursos improvisados, como exemplo, restos de mantimentos e comidas encontradas no lixo ou doadas por algum comerciante e pessoas caridosas. As tarefas da feitura do

---

<sup>3</sup> Esses restaurantes funcionam de segunda a sexta-feira e oferecem uma refeição balanceada, de boa qualidade e por um preço muito reduzido. Para a população de rua, é distribuído um cartão que dá acesso gratuito à comida servida no horário de almoço e de jantar. Para obter o cartão, é necessário passar por uma série de burocracias, registros, papeis, documentos, o que dificulta que boa parte desses moradores tenham acesso a esse benefício.

alimento são divididas entre eles. Alguns se encarregam de improvisar o fogão e as panelas (que são geralmente latas encontradas no lixo ou nas ruas), outros de preparar os mantimentos e assim por diante. A comida é dividida entre os membros de pequenos grupos ou entre os demais moradores quando é necessário ou conveniente. De toda forma, nos relatos sobre comida os informantes dizem que, apesar de ser reduzida, ela não é o problema central<sup>4</sup>.

Para dormir, em geral buscam determinados espaços da cidade próximos a instituições públicas, áreas comerciais onde existem marquises e luminosidade, debaixo dos viadutos, especialmente nas partes mais iluminadas ou nas praças próximo a fontes de água, torneira, árvores, enfim, lugares que apresentam proteção climática (marquises, árvores, viadutos) e segurança (iluminação). Como explica Tati (travesti que vive na rua)

*Eu procuro um lugar onde tem mais gente tipo assim tranquila. Um pessoal que não usa muita droga. Geralmente onde que eu durmo mesmo, a maioria lá só bebe cachaça. Mas rola briga também por conta da cachaça lá. Mas é uma briga assim fora...,mas é perigosa também, lógico. Mas eu durmo assim só perto de gente mais tranquila, que preza aquele lugar ali que ele vive. Não quer conversa, não quer briga. Eles mesmos falam “está vindo fulano e não vão abrir muito espaço pra ele não.” Ai todo mundo já junta ... e a pessoa já vai embora. Eu geralmente já durmo assim, eu escolho o lugar pra mim dormir. Ai eu consigo dormir tranquilo.*

Em Belo Horizonte, como na maioria das grandes cidades brasileiras, existem os albergues públicos que atendem à demanda espontânea ou encaminhada e funcionam em horário noturno -entrada entre 17 e 20h30 horas e saída às 7 horas da manhã- de segunda a sexta-feira. Devido à rigidez de horários e à localização, embora seja situado em bairros próximos ao centro da cidade, exige deslocamento seja a pé ou de transporte público, o que acaba por dificultar o uso desse equipamento governamental. Sem outra alternativa, sobra dormir em determinados locais das ruas, principalmente em períodos do ano em que a temperatura ambiente possibilita. Continua a explicação sobre o dormir, na narrativa da Pati:

---

<sup>4</sup> Ver Medeiros, 2015

Durmo próximo ao Fórum ali, no Barro Preto, eu acho um lugar mais tranquilo e durmo também perto de hospital, é mais seguro. A parte mais violenta é ali no centrão, ali mesmo. Perto da Rodoviária, a Praça da Rodoviária é muito violento. A situação Deus me livre daquele lugar.

Para cuidado com a saúde, as pessoas que moram na rua contam, além dos centros de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), com os Consultórios de Rua (CR) que é um dispositivo da política nacional e tem como objetivo cuidar da população em situação de rua visando reduzir as consequências danosas na condição em que se encontra, associado ao uso de drogas lícitas e ilícitas que podem provocar danos à saúde, à vida social e econômica. As ações são realizadas por equipe multiprofissional itinerante que atua no ambiente social em que a população está inserida, atendendo a demandas imediatas e, quando necessário, faz encaminhamentos para as unidades de saúde. A atenção às pessoas que estão na rua é particularizada visando ao atendimento individual, privilegiando a subjetividade e a especificidade de cada caso. Dado à proximidade desse dispositivo ao universo dos interlocutores, ele é bem avaliado pelos usuários, especialmente pelo vínculo de confiança criado, como relata Inácia:

O que a gente pode mesmo contar aqui é a equipe do consultório de rua. Eles são bacanas, escutam as nossas queixas, trazem preservativos, água e material para curativos ou para medir a febre. Quando o caso não pode ser resolvido, eles mandam a gente para hospital, ambulatório e as vezes leva a gente no carro deles. Isso ajuda muito porque, eu por exemplo, se vou ao hospital sozinho ninguém olha para minha cara (Inácia)

Os encaminhamentos, na maioria das vezes, são fracassados, pois existe uma burocracia nos serviços de atendimento, demora e, nos casos que demandam exames, cirurgia e encaminhamentos para os serviços especializados, os atendimentos são agendados para longa data. Ademais, em geral, os centros de atendimento e hospitais estão fora da área central da cidade e para o deslocamento exige o uso de transportes públicos que são caros, além de, algumas vezes, os motoristas não aceitarem o embarque dos moradores de rua devido a sua performance, condições de higiene e por temer conflitos dentro do veículo, seja por parte de outros cidadãos ou por parte da polícia. Apesar da ajuda da equipe do CR, a continuação do processo terapêutico não é garantida.

Os casos de uso compulsivo ou “uso problemático” como é geralmente classificado pelos técnicos, ou dependência de drogas<sup>5</sup> são da mesma forma tratados pela equipe de CR que, na maioria das vezes, exige maior esforço, não só pela própria condição física e de saúde do usuário, como também pela resistência oferecida ou pela própria dificuldade de perceber a necessidade de tratamento ou de acolhimento. Esses usuários não mais se preocupam com a performance, com a higiene, alimentação nem outros cuidados com o corpo. Ficam largados pelas calçadas e ruas, a Deus dará, até que tenha uma intervenção externa ou a morte.

A forma como as pessoas interpretam a saúde e a doença, a sua vida na rua e o uso de drogas influencia diretamente na busca de ajuda e na percepção sobre as instituições de tratamento.

Muito precária. Porque o único lugar que nos aceitam em termos de população de rua é o hospital Carlos Chagas. Então pra você fazer um tratamento de dente que é o mais simples, em torno você demora trinta dias pra poder consultar. Mais trinta dias ou sessenta dias pra você ter aquela consulta. E mais em torno de noventa dias pra você ter aquele tratamento que você precisa. Que muitas das vezes é só arrancar. Se for fazer um Roach, uma Obturação, demora até seis meses pra sair. Isso é nos termos que a população de rua sofre é com a saúde. Entendeu? Muitas das vezes a gente ajuda um outro amigo porque a gente compra remédio pra dá pra ele. Porque ele não ganha, ele as vezes nem sai do lugar, fica ali jogado. Ele não tem como ir lá em cima no Carlos Chagas, e se for ele não vai ser atendido no mesmo momento. Ele tem que marcar uma consulta. Ele pode estar com dor de dente, ele pode estar com que for, ele não é atendido na hora. Ele é atendido no outro dia. (Marcos)

No que se refere ao serviço de urgência, para os moradores de rua a situação é ainda mais precária, explica Marcos:

---

<sup>5</sup> Nessa perspectiva, a dependência pode ser entendida como a dedicação exclusiva do sujeito à substância utilizada, estabelecendo com ela uma relação intensa e de fidelidade absoluta, chegando ao ponto de não mais conseguir fazer um controle do mesmo. Seu cotidiano, suas relações e seus interesses perpassam pela substância e por tudo o que implica o uso da droga, como o dinheiro para comprá-la, o ritual de aquisição, as barreiras legais existentes, os companheiros, o local de uso, o efeito e o recomeço do processo, construindo, assim, um círculo vicioso a partir do ato compulsivo e descontrolado.

SAMU... SAMU não atende não. Só em termos, se falar que está morrendo. Aí eles vem. .. Se falar que é morador de rua, aí que você espera a morte porque eles demoram. Porque eles não gostam muito de atender população de rua.

Em seu cotidiano, os moradores de rua se agrupam e constroem laços de solidariedade, ajuda mútua com outros moradores, com pessoas que compõem o seu entorno (donos de bares ou estabelecimentos comerciais, taxistas, vendedores ambulantes, etc.) e se preocupam com o autocuidado de seu corpo, alimentação e com a saúde. Os territórios ocupados por essa população não são fixos. Eles se deslocam com muita frequência, cruzando ruas, avenidas, praças, passando por lotes e construções abandonadas e vagando de um lado ao outro e retornando aos mesmos espaços, como uma “*territorialidade itinerante*” (Perlonger, 2008), ou seja, contam com um ponto de referência em certa área urbana que pode estar sujeita à mobilidade seja por repressão policial, intervenção no espaço ou por conflitos e desavenças internas aos grupos. Esse constante e repetido deslocamento é feito, em geral, em pequenos grupos formados por preferência individual, identificação, interesses variados, motivação e racionalidade. Embora a formação seja espontânea, as pessoas se organizam por meio de regras e normas construídas coletivamente que são aprendidas nas interações cotidianas, no contexto em que estão inseridos. Ademais, aprendem e compartilham estratégias de sociabilidade e negociações de identidade.

No quesito saúde, devido às dificuldades já mencionadas para acessar os serviços formais, priorizam o conhecimento popular para reduzir riscos, enfrentar desafios cotidianos, agenciar as experiências particulares, sobretudo, no autocuidado e experiências coletivas por meio de ajuda mútua baseada em critérios próprios acordados entre os membros dos grupos. O autocuidado vai desde a atenção com o corpo e com a saúde, como o banho e a lavagem de roupa nas fontes de água existentes em determinadas praças da cidade; a prestação de algum serviço aos donos de bares em troca do uso de banheiro para as suas necessidades, a compra de sabonete, pasta de dente e absorventes femininos; o acesso aos centros de distribuição gratuita de preservativos e produtos de higiene pessoal, o acesso aos centros de saúde para aquisição de medicamentos, sobretudo aqueles de uso contínuo; o uso de bebida alcoólica para aquecimento, para satisfação de desejos e para aliviar a angústia e o medo constante que aqueles que vivem na rua experimentam cotidianamente; a busca de albergues para dormir, particularmente no período de inverno; o acesso aos centros de

referência para fazer higiene corporal, lavagem de roupa, para descansar durante o dia; o uso dos restaurantes populares para uma alimentação saudável durante os dias da semana e, nos feriados e fins de semana em que os restaurantes municipais estão fechados, na preparação da própria comida ou esperam pacientemente a distribuição feita rotineiramente pelos grupos religiosos, ou esperam por doações nas portas das padarias, farmácias e supermercados.

Para a proteção pessoal, comumente os moradores de rua adotam um cachorro, que é uma espécie de guardião que eles mantêm ao seu lado para garantir segurança especialmente para dormir, já que pernoitar a céu aberto é um risco constante de roubo, de violência e de abuso sexual. Além disso, o cachorro pode ser um atrativo para os passantes que, por “pena do animal, dá umas moedas pra nós. Mas nós não judiamos dele não. Ele é nosso amigo, companheiro de todo dia, como se fosse da família” (Sérgio) Ainda no quesito segurança, observa-se que as pessoas que vivem nas ruas utilizam os parques para dormir, durante o dia (horário de funcionamento). Os parques estão localizados na área central da cidade e são considerados lugares seguros porque são vigiados por meio de câmaras ou de guardas municipais. São espaços usados sobretudo por aqueles que passam a noite em baixo das marquises das casas comerciais, próximo às instituições públicas ou debaixo dos viadutos. Dormir ao relento é um risco e, por essa razão, ficam atentos aos acontecimentos ao seu redor e acabam com uma noite mal dormida, mesmo que busquem se agrupar com outras pessoas e se organizar por turno, o que significa que, enquanto alguns dormem, os outros ficam acordados e mantêm uma espécie de vigilância pessoal. Nesses casos, aproveitam o dia para descansar e completar a noite de sono nos parques.

O autocuidado se expressa, em geral, no pedido aos transeuntes de míseras moedas ou irrisórios donativos. É usual entre os moradores de rua a prestação de serviços pontuais aos vendedores ambulantes ou comerciantes em troca de um pagamento simbólico, assim como é frequente observar nas esquinas da cidade assumir a venda de produtos, como, por exemplo, brinquedos infantis e objetos de baixo custo.

Em suas narrativas, as pessoas que vivem na rua tentam, enquanto possível, não praticar o roubo para aquisição de um pequeno soldo para a compra de artigos de uso diário como sabão, pente, escova de dentes, desodorante, cigarro, drogas, etc. O roubo é um risco contínuo que pode terminar em conflitos, violência, prisão e até morte, portanto é, em geral, evitado entre esse grupo social. Para fugir de conflitos, a prática

de solidariedade é privilegiada, é uma maneira de proteção coletiva e preservação da vida.

No que se refere às experiências coletivas, é notável que os moradores lançam mão de meios próprios - materiais e emocionais para atingir os objetivos, as metas, formar opinião sobre si mesmos e sobre o lugar social em que estão inseridos. É nas relações cotidianas que o grupo constrói códigos de comunicação, estabelece normas de convivência, de auxílio mútuo e apoio, aprende a lidar com as diferenças e a diversidade, para o enfrentamento dos desafios da vida que são muitos devido às precárias condições básicas de vida e a experiência da solidão.

De toda forma, seja pela alternativa particular ou coletiva, os moradores de rua buscam maneiras próprias para melhorar a autoestima e conquistar autonomia e liberdade, além de solucionar as suas necessidades e demandas em seu ambiente e entre os próprios membros do grupo ou com as pessoas que compõem o seu entorno. Na maior parte de sua trajetória, buscam recursos materiais e emocionais necessários para resolver os problemas que por ventura surgem e somente nos casos de urgência e emergência recorrem às instituições de saúde pública como, por exemplo, no agravamento do quadro clínico, dor intensa, atropelamento, síndrome de abstinência por uso de drogas e desidratação ou risco de morrer.

### **As instituições, a atenção e o cuidado com o paciente**

Durante a realização da pesquisa, nos depoimentos dos entrevistados, foi possível observar que os moradores de rua buscam os serviços públicos quando as alternativas particulares e do próprio grupo de relação são insuficientes, como, por exemplo, o quadro clínico se torna grave e exige medidas interventivas, principalmente de emergência; quando necessitam de lugar para descansar, se protegerem, tomar banho, lavar roupa, ou quando necessitam providenciar documentos para requerer algum benefício previdenciário, acesso aos serviços públicos, para fazer uma viagem ou para internação nos hospitais.

Nas instituições, em geral, assim como qualquer cidadão, o morador de rua deve passar por uma sala de espera, fazer fichas, apresentar documentos e seguir todos os protocolos burocráticos propostos para o demandante do serviço público. Nas clínicas especializadas para o tratamento das toxicomanias, é oferecido um protocolo terapêutico elaborado *a priori* com base no modelo biomédico e apoiado no uso de medicação e abstinência, que, embora seja comprovadamente controverso, é legitimado

pelas instituições de cuidado e as equipes de profissionais. Por ser protocolar, o tratamento é universal e absoluto, não levando em conta as particularidades de cada paciente e é descolado de seu contexto social. A cura da “enfermidade”, na perspectiva dos profissionais, está associada à capacidade de o paciente abdicar, ainda que provisoriamente, do uso da substância que lhe dá prazer (Mota, 2009). Para os moradores de rua, a demanda pelo serviço especializado não está na ordem da abstinência, e sim na normalização do uso, o que quer dizer o uso contínuo da substância, livre dos efeitos incômodos ou da anormalidade que importunam sua vida cotidiana. Por outra parte, nas narrativas dos interlocutores, no atendimento específico à referida população -que mora na rua, sem teto e em condições precárias de vida, de higiene e de saúde- os profissionais não acreditam nessa possibilidade, pois como apontam as estatísticas, quando o paciente depara com o alívio inicial do mal-estar motivador de busca de ajuda, e sente-se livre dos percalços que impedem o prazer incitado pela droga, retorna ao seu cotidiano e “normaliza”, a seu modo, o uso da mesma. A decisão pela abstinência é individual e dispensa a opinião especialmente daqueles que acreditam ter o poder de dominar seu prazer, desejo, seu corpo, suas ações e o sentido particular que ele atribui ao uso de drogas e ao estilo de vida de morar na rua. Nesse contexto, o paciente não interrompe o tratamento, como acreditam os profissionais e os gestores de saúde, o que ocorre é uma interpretação deformada do especialista ou uma controvérsia entre as propostas dos dois personagens (usuário e profissional) envolvidos no processo terapêutico que acaba por incidir sobre a clínica e sobre a vida do paciente. Com raríssimas exceções, os centros ou organizações dedicadas ao atendimento ao usuário de drogas que mora na rua analisam o ambiente em que o paciente está inserido, seu sistema de significados, expectativas, seus projetos futuros, as redes sociais de referência que compõem o seu entorno. Essa é, sem dúvida, uma questão lacunar no enfrentamento da atenção a essa população em particular. Como consequência, os pacientes não criam laços com as instituições nem tampouco com os técnicos que atuam nos serviços de saúde. Abandonam o tratamento e, com efeito, ocorrem as recaídas, as internações sucessivas que contribuem para aumentar a rotatividade dos mesmos nas referidas instituições, formando um circuito perverso de (re) internações em hospitais psiquiátricos, clínicos, nas comunidades terapêuticas e nas demais unidades de tratamento, desgastando não só os usuários de drogas, mas também a equipe terapêutica que lida com um sentimento de impotência diante dessa situação. Por outra parte, por via de regra, o que se observa é que os profissionais responsáveis

pela assistência ao sujeito morador de rua e usuário de substâncias psicoativas definem como final do tratamento ou sucesso terapêutico a inclusão do indivíduo no mercado de trabalho, a recuperação dos laços afetivos, familiares e sociais, o que é possível somente por meio da interrupção definitiva, ainda que temporária, do consumo de drogas e a sua saída do ambiente da rua. A intervenção na vida do indivíduo e do ser humano no campo das técnicas de poder e de saber utilizadas para disciplinar e regular vidas é o que Michel Foucault (2005) chamou de *biopolítica*. O poder, além reprimir, produz um discurso apoiado na centralidade da informação e da normalização do saber que supostamente tem uma preocupação com a qualidade da saúde, da vida, do alargamento da existência, da valorização e defesa da vida tanto no âmbito individual como coletivo. Por outra parte, apoiado nessa ideia, os órgãos e técnicos do poder responsabilizam e culpabilizam o sujeito, individualmente, quando essas determinações ou projetos não são bem-sucedidas.

A proposta terapêutica é aplicada indiscriminadamente como paradigma de tratamento, independentemente da realidade social, da lógica específica de organização do cotidiano de cada “enfermo” em particular, da motivação da decisão de morar na rua e fazer uso e abuso de substância psicoativa e de sua rede de influência. Ao contrário, esboçam protocolo de atendimento e programas medicamentosos absolutos que são eficazes somente para atender a demanda imediata do paciente que pode ser traduzida na minimização dos efeitos deletérios de natureza física, sobretudo, social, econômica e psicológica provocados pela situação de morar na rua e fazer uso de drogas. Explica um de nossos entrevistados quando relata sobre a sua experiência ao buscar tratamento em um centro de saúde especializado:

De cara eles me deram 90 comprimidos. 30 pra isso, 30 pra aquilo, 30 pra aquilo. Aí "não beba", "não misture isso com cachaça", "se tomar isso não misture com bebida", eu me senti meio cobaia. Eu senti que não era legal. E eu vi vários amigos meus envolvidos com ele e eles não melhoraram. Eles sofreram demais. Viraram zumbi andando no meio da rua. Eu falei "isso é um laboratório de testes de remédio", entendeu? É um laboratório. Porque nos EUA eles pagam pra você testar remédio, certo? Aqui eu num sei como é que é. De levinho eles vão fazendo essas coisas. Começou a desconfiança demais na minha cabeça, eu falei "num quero isso não". Aí eu larguei. (Emanuel)

Nesse cenário, o tratamento, na ótica dos profissionais, passa a ser uma constante provocação e interpretam que o grande desafio da clínica está relacionado aos critérios e ao momento da alta dos pacientes, que, em geral, escapam às propostas definidas no projeto terapêutico idealizado pela equipe de profissionais. Alguns abandonam antes mesmo de concluir o processo de tratamento e outros fogem das instituições.

Como no relato de Geraldo:

Aí depois passaram eu pro Hospital das Clínicas...fazer o tratamento lá. Aí fui lá, de lá eles mandou eu pro CMT [Centro Mineiro de Toxicomania] , porque ele ficou sabendo que eu usava droga. E eu menti pro médico, aí o médico foi e descobriu. Aí mandou eu lá pro CMT. Pra eu parar de usar... tentar tomar remédios, tudo direitinho, mas ... não deu certo. Aí numa certa ocasião eu parei de ir no CMT e fui usar droga de novo. Tinha uma psicóloga lá, ela ficava falando na minha cabeça e aí eu ficava contando história e a droga me assolava, me acalmava. Eu tinha que usar droga se não eu ficava igual um demônio, entendeu. Na realidade eu parecia um bicho. E fui usando ela eu... tipo aí de manhã eles me davam o remédio, eu chegava a noite e num tomava também não, eu usava droga., mas eu falava com eles lá que eu tomava, mas eles acho que desconfiavam, num sei. E falavam que eu tava usando droga que eu tinha que ficar lá direto. Eu fui pro CMT também, mais é porque o juiz mandou. Porque eu tinha que passar lá 12 meses. (Geraldo).

Na narrativa de Geraldo, é possível observar que, além do quadro clínico, a determinação judicial pode ser a razão do encaminhamento para um tratamento especializado, agindo como uma espécie de punição, o que pode também justificar o insucesso terapêutico.

“Fui pra CMT para cumprir esse período porque a polícia achou eu com umas bucha de dois/ três pedras de crack e uma de maconha... Eles me prendeu lá... era só droga não tem...era usuário de droga e traficava... como traficante, igual falei pra senhora, nunca me pegaram não, sabe. Agora como usuário já pegaram. Assinei... fiquei lá pagando. Ele não me deixou preso, mas mandou eu ficar lá pagando. CMT, 12 meses lá.(Geraldo)

Já eu fui tratar por causa do juiz. Fui para o Cersam da Pampulha que eu fui uma vez à noite. Fui atendido . Só que eu não voltei mais. Era pra ficar no Hospital Noturno. Só que eu na fissura, eu estando com a garrafinha na fissura

de usar e lá dentro já não pode. Então eu preferi sair. No meio da madrugada. Depois que ela foi embora eu já reparei no portão. Porque eu não segurei a onda. (Samuel)

Esse quadro é ainda mais grave quando a substância escolhida para uso é considerada ilegal, como exemplo, o *crack*. Com base em pesquisas realizadas sobre essa população (Medeiros, 2008; Saporì e Medeiros, 2010) pode-se afirmar que raramente um paciente usuário consegue concluir seu ciclo terapêutico idealizado pelos profissionais. Essa situação é assunto de reuniões clínicas e de debate em eventos científicos e é motivadora do sentimento de fracasso e descrença da equipe que presta atenção direta ao paciente e dos gestores das referidas instituições. Conseqüentemente, os profissionais resistem ao atendimento, se esforçam para não discriminar, não oferecer um tratamento diferenciado e acirrar ainda mais o preconceito social aos que demandam o seu cuidado. Esse cenário tão polêmico, de uma forma geral, contribui para que a equipe de saúde frustrada e desanimada passe a considerar o paciente incapaz para controlar o seu corpo, atitudes e o uso de drogas que acaba por se tornar compulsivo, chegando à condição de dependente das mesmas, o que Romaní definiu como “la organización de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo compulsivo de determinadas drogas” (1999, p. 43). Em contrapartida, o paciente se afasta das unidades de saúde por descrença ao tratamento oferecido, por não desejar sair da condição de vida na rua nem tampouco de interromper o uso de drogas e emoldar-se aos modelos tradicionais de vida, às normas e regras sociais. Como avalia Bob:

É mas eles dão remédio lá e aqueles remédios deixa meio abobado. Aí eu parei de tomar aquilo lá. Eu sei que queria isso mesmo porque eu parei de ir lá, sabe. Aí chega lá a mulher começa a perguntar, a psicóloga começa a perguntar a mesma coisa pra ver se a gente tá bem da cabeça ou não.. Aí ela vai esquece, a gente vai esquece e ela torna a perguntar. (Bob)

A busca por tratamento, de uma maneira geral, no caso de uso de drogas, ocorre quando é considerado, especialmente para os que compõem o seu entorno, para a equipe do Consultório de Rua, ONGs e grupos sociais, um problema para o próprio paciente, para seus familiares, para profissionais que acompanham sua trajetória, por cometimento de algum delito e por encaminhamento de outros profissionais que atuam, sobretudo, em instituições de saúde. Os casos de uso compulsivo são denominados

dependência de drogas, Nessa perspectiva, a dependência pode ser entendida como a dedicação exclusiva do sujeito à substância utilizada, estabelecendo com ela uma relação intensa e de fidelidade absoluta, chegando a ponto de não mais conseguir fazer um controle da mesma. Seu cotidiano, suas relações e seus interesses perpassam pela substância e por tudo o que implica o uso da droga, como o dinheiro para comprá-la, o ritual de aquisição, as barreiras legais existentes, os companheiros, o local de uso, o efeito e o recomeço do processo, construindo, assim, um círculo vicioso a partir do ato compulsivo e descontrolado.

A forma como o morador de rua interpreta a saúde e a doença, a vida na rua e o uso de drogas influencia diretamente na busca de ajuda e na percepção sobre as instituições de tratamento.

Muito precária. Porque o único lugar que nos aceitam em termos de população de rua é o hospital Carlos Chagas. Então pra você fazer um tratamento de dente que é o mais simples, em torno você demora trinta dias pra poder consultar. Mais trinta dias ou sessenta dias pra você ter aquela consulta. E mais em torno de noventa dias pra você ter aquele tratamento que você precisa. Que muitas das vezes é só arrancar. Se for fazer um Roach, uma Obturação, demora até seis meses pra sair. Isso é nos termos que a população de rua sofre é com a saúde. Entendeu? Muitas das vezes a gente ajuda um outro amigo porque a gente compra remédio pra dá pra ele. Porque ele não ganha... Ele não tem como ele ir lá em cima no Carlos Chagas, ele não vai ser atendido no mesmo momento. Ele tem que marcar uma consulta. Ele pode estar com dor de dente, ele pode estar com que for, ele não é atendido na hora. Ele é atendido no outro dia. (Marcos)

No que se refere ao serviço de urgência, explica Marcos:

SAMU... SAMU não atende não. Só em termos, se falar que está morrendo. Aí eles vem... Se falar que é morador de rua, ai que você espera a morte porque eles demoram. Porque eles não gostam muito de atender população de rua.

Diante dessa controvérsia, é que Fassin ( 1998) postula que se deve, teórica e metodologicamente, observar cenas locais, a fim de compreender sobre os modos particulares de invenção da saúde pública, e da lógica individual e coletiva para a construção da realidade social.

Para se aproximar do universo dos sujeitos, especialmente os vulneráveis socialmente, é recomendável que, na elaboração das políticas públicas, seja privilegiada a análise do contexto sociocultural de qualquer outro cidadão, inclusive dos moradores de rua que fazem uso de drogas. É nesse contexto que as pessoas organizam os elementos simbólicos e os processos de singularização que servem como mapa de orientação para sua vida, para construir e negociar identidades, edificar rede simbólica de proteção, de pertencimento, de solidariedade; para criar e reforçar laços culturais, experimentar e interpretar suas próprias vivências, estabelecer regras e normas e para cuidar de sua sobrevivência – autoatenção. Relata Isabel:

O médico e a psicóloga de lá me dá conselho e repete todo dia que eu tenho que parar de usar drogas e de beber. Vi outro dia a psicóloga saindo daqui de carro. Fazia muito frio e ela estava bem agasalhada. Eu pensei ela vai comprar um vinho, vestir um pijama quentinho e ver um filme tomando vinho deitada numa cama limpa. Eu não, saio daqui e fico no relento, com todo mundo bebendo, cheirando e fumando tudo que puder. Eu vou ficar sozinha, isolada, só porque ela me falou pra eu para de me drogar? Eu posso saber o que ela tem porque já vivi numa casa, mas ela nunca vai saber o que é morar na rua. Se eu parar, ela vai me dar o que ela tem?

No contexto específico de cada sujeito, o autocuidado e a percepção sobre ele vão variar, como nos indicou Isabel quando ela se refere ao ato de tomar vinho no caso da psicóloga, ou no ato de se drogar quando faz referência à sua condição de morador de rua. Explica Jair:

O efeito da maconha é que você fica muito viajando. Em termos que eu falo viajar, você fica fora de si, você chega a pensar, assim, a descrição mais correta é que você fica viajando, tudo pra você tá bom, tá zen. Você fica assim legal. Então. Você tem aquele efeito assim tudo... Se alguém bater em você, tá bom.... Ou seja, no final da onda que a gente fala. Aí você pode também se tornar agressivo. Se caso você tem o costume, igual eu mesmo, tenho o costume de usar todos os dias. Quando eu não tenho a maconha, aí eu quero usar o crack. (Jair)

É a vontade de usar mais, e mais e mais. Essa que a gente fala abstinência. Que a gente fica... Eu pelo menos consigo ficar até uma semana, quinze dias. É o máximo que eu consigo. Isso mesmo sob o efeito de maconha. Ou seja, usando

maconha de manhã, no horário de almoço, à tarde. É como se fosse um remédio. É por isso que muitos pedem a legalização da maconha. Porque a maconha pra gente é como um calmante. Porque tem muitos outros remédios que eles dão a gente. Mas acontece que dão a gente, no caso eu não porque eu não faço tratamento no Cersam, porque tem uma clínica que faz tratamento. Mas acontece que os remédios deles dopam muito. Aí eles dão o remédio pra poder cortar a abstinência, a vontade e a compulsividade. Mas os remédios é muito forte, então você fica panguando. Então eu acho que pra mim já não é bom. Aí eu prefiro a maconha. (Marcos)

É no ambiente em que vive, nas relações que estabelece, na percepção de seu lugar no mundo e na lógica particular de construção da identidade individual e coletiva que as pessoas atribuem sentidos, classificam e interpretam a sua vida, fazem escolhas, buscam formas de usar e se apropriar de determinados espaços urbanos e buscar alternativas de satisfação de suas necessidades básicas para sua vida, como qualquer outro ser humano. É nesse contexto que as pessoas encontram os percalços, os desafios e as saídas para os obstáculos que encontram nas trajetórias de vida para aliviar seus sofrimentos, como, por exemplo, a construção da rede de solidariedade, a ajuda mútua, o autocuidado e o uso de substâncias psicoativas que pode contribuir para a passagem ambivalente do paraíso à utopia, da liberdade à armadilha da compulsão, da dependência à escravização da mercadoria, da solidão à vida. Às vezes os recursos subjetivos é que dão suporte aos sujeitos que vivem na rua, como explica o entrevistado Roberto:

O meu corpo é a minha casa e meu abrigo, ele não pode ficar fraco e nem pode adoecer, o que eu faço sem as minhas pernas, meus olhos e o meu coração? Como vou fazer para fugir da polícia, para buscar comida, para conseguir a droga ou para buscar uma praça com água para tomar banho e lavar as minhas roupas? (Roberto)

A controvérsia na forma de perceber e exercer a alteridade é o que emperra a possibilidade de assertivas entre os profissionais e/ou as instituições públicas e a população que faz uso de drogas e mora na rua. É um exercício que convoca a incorporação e o compartilhamento com outros campos de conhecimento científico, ademais de agregar saberes e práticas de procedências diversificadas.

### Referência Bibliográfica

- BECKER, H. Como se llega a ser fumador de marihuana”. Los extraños: sociología de la desviación. Buenos Aires, Tempo Contemporâneo: 1971 [1963].
- BENJAMIN, Wr. Charles Baudelaire: um lírico no auge do capitalismo. São Paulo: Brasiliense, 2000. CETLIN, G. S. O tratamento ao usuário compulsivo de crack: fissuras no cotidiano profissional. In: SAPORI, L. F.; MEDEIROS, R. (org.), *Crack: um desafio social*. Belo Horizonte: Ed. PUCMinas, 2010. p. 145-164
- EPELE, M. Sujetar por la herida: una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- FASSIN, D. Politiques des corps et gouvernement des villes: la production locale de la santé publique. In: Fassin, Didier (org). Les figures urbaines de la santé publique. Enquête sur des expériences locales. Paris, La Découverte, 1998.
- FERNANDES, L. Los territorios urbanos de las drogas: un concepto operativo In: GRUPO IGIA Y COLABORADORES *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*. Barcelona. Fundación de ayuda, contra la drogadicción/Ayuntamiento de Barcelona. p. 53-60. 2010.
- A construção social dos corpos periféricos. Saúde e Sociedade 25 (1) 70-82, 2016.
- FERNANDES, L; PINTO, M. El espacio urbano como dispositivo de control social: territorios psicotrópicos y políticas de la ciudad. Monografías Humanitas; disponível em: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono5/Articulos/articulo10.pdf>, 2006
- FIGLIARELLI, M. Uso de drogas: controvérsias médicas e debate público. Campinas: Mercado das Letras, 2007.
- FOUCAULT, M. Em defesa da sociedade. SP, Martins Fontes, 2005.
- FRANGELLA, S. Corpos urbanos errantes. Uma etnografia da corporalidade de moradores de rua de São Paulo. São Paulo: Anablume/Fapesp, 2009.

- FRÚGOLI JR, H; SPAGGIARI, E. Da cracolândia aos noias: percursos etnográficos no bairro da Luz. São Paulo: Ponto Urbe, 2010.
- MACRAE, E; VIDAL, S S. “A Resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social. Dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas”. Revista de Antropologia, São Paulo, USP, V. 49, Nº 2, 2006.
- MEDEIROS, R. (Org.). Redes sociais: reflexões sobre as redes informais dos usuários de álcool e de crack. Belo Horizonte: Sigma, 2008.
- MEDEIROS, R. Bêbados e noiados e morador de rua. Efeitos do proibicionismo e desafios das políticas públicas. Em: Fernandez, O; Andrade, MM; Filho, NA (org.). Drogas e políticas públicas. Educação, saúde e direitos humanos. Salvador: UFBA, 2015
- MALVASI, P. A. Além do consenso moral: o problema das drogas na perspectiva de jovens de periferias paulistas. Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade, p. 87-109, 2014.
- MOTA, L. Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença? Curitiba: Juruá, 2009.
- PERLONGHER, N. O negócio do michê: a prostituição viril em São Paulo. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2008
- RAUPP, L. Circuitos de uso de crack nas cidades de São Paulo e Porto Alegre: Usos, regulações e cuidado entre jovens usuários. Tese (Doutorado em Saúde Pública), USP, São Paulo, 2011.
- ROMANÍ, O. Las drogas: sueños y razones, Barcelona: Ariel, 1999.
- RUÍ, T. Corpos abjetos: etnografia em cenário de uso e comércio de crack, 2012. (Tese de Doutorado). UNICAMP, Campinas, 2012.
- SAPORI, L; MEDEIROS, R. (2012), *Crack*. Um desafio Social, Belo Horizonte: PUC Minas, 2010.

TAUSSIG, Michael. *Xamanismo, Colonialismo e o Homem Selvagem*. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1995.

VARGAS, E. V. Uso de drogas: a alter-ação como evento. *Revista de Antropologia*, 49 (2): 581-623, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ra/v49n2/03.pdf>>. Consultado em 01 de março de 2017.