

5

Um percurso estigmatizado: admissão, permanência e alta

É importante reconhecer que o estigma e a discriminação são categorias de análise importantes para se pensar as relações sociais, principalmente de indivíduos e grupos em situação de exclusão e vulnerabilidade social.

No clássico texto de Erving Goffman, o autor define o estigma como "um atributo que é profundamente depreciativo" e que, aos olhos da sociedade, serve para desacreditar a pessoa que o possui (Goffman, 1988).

Com base em pesquisas com pessoas com sofrimento psíquico, deformidades físicas ou práticas socialmente tidas como *desviantes* (como o homossexualismo ou o comportamento criminal), Goffman argumenta que o indivíduo estigmatizado é visto como uma pessoa que possui "uma diferença indesejável" (Goffman, 1988).

Goffman examina as nuances da identidade individual e social e das relações em grupo, observando as ações do cotidiano (microsociológico), os papéis desempenhados por estes indivíduos e como cada um "gere a impressão" que causa nos outros.

Ele observa que o estigma é atribuído socialmente a partir de dois polos: "diferença" ou "desvio", aplicado pela sociedade por meio de regras e sanções. A pessoa estigmatizada passa a portar um tipo de "identidade deteriorada" (Goffman, 1988: pg., 22). Goffman analisa os sentimentos da pessoa estigmatizada sobre si própria e a sua relação com os outros ditos "normais". Explora a variedade de estratégias que os estigmatizados empregam para lidar com a rejeição alheia: controle da informação e acobertamento da identidade real do sujeito.

Com base nestas colocações, podemos traçar algumas considerações sobre o estigma presente nos moradores de rua hospitalizados.

O morador de rua que chega ao hospital, dificilmente consegue esconder as "marcas" que o identificam nesta condição: a ausência de higiene corporal, as roupas sujas, os pés descalços, feridas no corpo etc.; na verdade, chegam ao hospital em função de uma fatalidade. Por mais que as roupas do hospital lhe

confiram um “disfarce”, o encobrimento desta identidade é dificultado dentro da rotina hospitalar: identificação no leito como “*caso social*”, cobertores próprios da unidade (cor marrom), contensão do paciente no leito (nos casos de abstinência). Desta forma, a última, e talvez única estratégia acessada para se esconderem, é o “encobrimento” do próprio corpo com um lençol.

5.1

A relação entre os profissionais e o Morador de Rua

A relação médico-paciente é descrita em estudos de Boltanski,(1979), a partir do componente de classe social. O autor define esta relação como fortemente atravessada pelo componente de classe social, em que aquele oriundo das classes populares recebe um tratamento extremamente diferenciado e altamente discriminatório.

Suas análises expõem as dificuldades de comunicação entre ambos,a desconfiança gerada em torno desta relação, a distância social evidenciada pela proximidade do discurso médico, as tensões que emanam desta relação, a impessoalidade deste contato, a raridade do próprio contato com o médico e a rapidez das consultas. Todos estes elementos caracterizam esta relação pelo “monólogo do médico”.

“Como o médico atualmente é ao mesmo tempo o principal agente de difusão dos conhecimentos médicos e aquele que _ ao afirmar a legitimidade de seus atos e discursos _ limita sua reprodução , a relação que os membros das classes populares mantêm com o universo estranho da doença e da medicina aparece totalmente na relação com o médico , como único representante da ciência legítima que eles podem amiúde freqüentar. “(Boltanski 1979, p. 37)

Foucault ressalta que “o que define o ato do conhecimento médico em sua forma concreta não é o encontro do médico com o doente _ o que ocorre é encontro “entre uma experiência já formada e uma ignorância a informar”. Em meio a esta gama de relações na qual não há espaço para a subjetividade e a singularidade, as relações entre médico e paciente passam a ser entre Instituição Médica e a Doença. (p. 33; 77).

As especificidades da relação entre o médico e o morador de rua, além das descritas acima, podem ser complementadas por outros fatores: pouco empenho

em aprofundar um diagnóstico, ausência de encaminhamentos para unidades de tratamento tidas como referência de doenças crônicas (câncer, HIV, Tuberculose) ou mesmo sua transferência para uma enfermaria do próprio hospital.

Quanto ao serviço social, Vasconcelos (2006) destaca que o trabalho do assistente social no hospital historicamente foi dirigido segundo as demandas relacionadas à alta do paciente, remoções e pela participação na comunicação ou comunicação de óbito. Já os estudos de Costa (2000), além de explicitar as principais demandas, aponta em sua caracterização que tanto o cotidiano do Assistente Social é marcado pelo contato direto com a população, quanto este contato é permeado pela aplicação de tarefas disciplinares: identificação dos usuários, socialização de normas, rotinas, procedimentos e solicitação de providências de cunho emergencial. Na verdade, ambas as colocações referem-se a uma prática de proximidade com as pessoas.

O assistente social assume certo protagonismo nas ações em saúde, quando os fatores causadores do atendimento médico apresentam interseções com as questões sociais: violência contra idosos, crianças e adolescentes, mulheres e moradores de rua.

Pode-se se dizer que no caso do morador de rua há referência imediata ao serviço social. Neste caso, o componente *estigma* tanto vincula este usuário a um serviço/profissional específico, quanto comparece para descaracterizar a denominação “paciente” para ”**social**”: *Ex. “Tem um Social na sala de politrauma”*. Esta diferenciação é muito própria à identificação social dos moradores de rua dentro do hospital.

A relação entre os usuários e o assistente social acontece principalmente pela escuta e pela palavra; esta, muitas vezes, “única tecnologia” disponível.

No caso do atendimento ao usuário em situação de rua, mais do que a palavra, a escuta é o grande diferencial. Através da escuta, observamos ser possível reconstruir a história destes usuários e, a partir daí, o diálogo acontece. Velloso observa que, não havendo acolhimento e escuta, não há espaço para valorização do sofrimento do outro. Este modo, abre caminho para práticas de exclusão, segregação e de culpabilização dos sujeitos.

Acolher suas histórias significa muitas vezes compartilhar de uma parte da vida dessas pessoas, há muito tempo esquecidas e que somente vêm à tona em função de um acontecimento muitas vezes trágico. As situações observadas

expressam o difícil caminho de retorno a esses vínculos perdidos. A resistência em pedir ajuda à família e a impossibilidade de retornar às ruas representa o grande dilema vivenciado pelos moradores de rua adoecidos.

Desta maneira, privilegiar a criação de vínculos afetivos na reação profissional é valorizar a compreensão do outro como um sujeito, entendendo que a valorização dos sentimentos deste outro é elemento essencial do agir ético.

5.2

Admissão hospitalar: a recepção e a rotulação

A condução do morador de rua ao hospital já é um processo que, a rigor, institucionalizou-se pela intervenção do Corpo de Bombeiros que se configura como principal responsável pelo encaminhamento desta população aos hospitais de emergência. E, em menor escala, estão os casos em que os moradores de rua que procuram atendimento por conta própria.

A observação empírica e as falas desses profissionais, afirmam esta condição. São depoimentos que remetem a uma intervenção pública em função de situações dramáticas, que beiram o limite da condição de humanidade. São situações de violência, atropelamentos, quedas, ferimentos graves, estados de perda da consciência. Podemos ousar afirmar que a gravidade impõe o atendimento de um modo geral.

“O normalmente ele chega pela emergência, trazido pelo corpo de bombeiros. Chegam em péssimas condições de saúde, chegam alcoolizados, em sua maioria os atropelamentos são em função da própria bebida” (enfermeiro)

“Existem duas formas de eles chegarem à emergência. Uma delas é o corpo de bombeiros. São agredidos na rua. Ficam alcoolizados, caem, são atropelados ou de forma espontânea. Geralmente é pelo Corpo de Bombeiros”. (médico)

“Por meios próprios, às vezes procuram o hospital em busca de alimentação e para se protegerem do frio. Mas a maioria é trazida pelo

corpo de bombeiros ou educadores sociais da prefeitura". (assistente social)

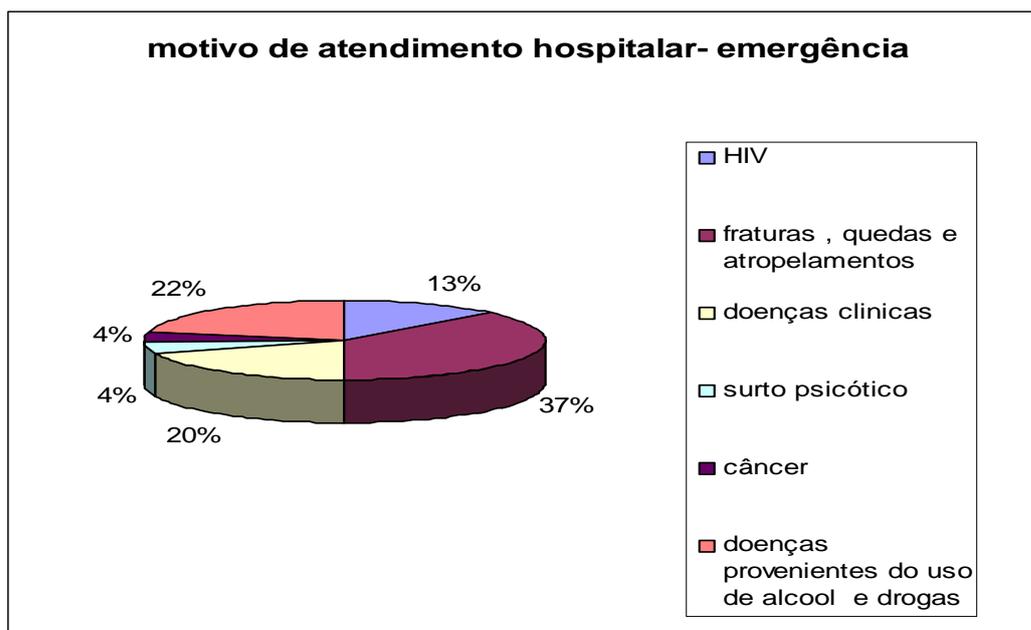
A respeito das condições em que eles chegam, os discursos dos profissionais revelam a imagem da deteriorização física já em estágio avançado. Esta condição dificulta a própria comunicação e finalmente a deteriorização social, manifestada através de vários signos:

- esquecimento do nome próprio;
- incorporação do nome da rua (ou do "ponto" onde permanece maior tempo) como parte do nome, atributo que de modo controverso indica um elemento de pertencimento comunitário;
- desaparecimento do sobrenome o que indica a "evaporação" do pertencimento familiar.

"Geralmente chegam aqui muito depreciados, caquéticos, demenciados, são poucos os que a gente consegue ter algum diálogo. Com demência importante, principalmente demência alcoólica. Tendo alguma melhora, ele vai para o serviço social para tentar encontrar a família, mas é muito difícil. A maioria está em uma fase muito difícil e tem uma história com alcoolismo, que é a droga mais barata. A maior parte não consegue verbalizar; chegam em coma ou estão agitados e chocados ou demenciados. Ou tem um quadro em que não conseguem mais falar. É difícil a abordagem. É um estado de precariedade tamanha que o cara não é mais um cidadão: eu me chamo Jose, João Severino, já tivemos muitos aqui, nenhum tem sobrenome. Não sabem nem mais dizer o próprio nome. Ele não é mais um cidadão, ele perde a individualidade. Muitas vezes tem como sobrenome o nome da rua onde costumam ficar. O serviço social é que consegue às vezes encontrar um familiar e um trabalho investigativo quase policial"

"Quando o paciente é lúcido e orientado, ele consegue falar com clareza o que sente. Quando o paciente é psiquiátrico, o médico, depois de estabilizar, manda para o Pinel." (Enfermagem)

"As colocações vêm impregnadas de violência física, mental, são falas de negligências, de dependência química, desafeto, falta de apoio da família. Esses dados não são levados em conta como um dado para a saúde. A unidade se coloca em uma postura crítica e avaliativa." (Assistente Social).



Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

Gráfico 16: Motivo do atendimento

A classificação ou “rotulação” do paciente em situação de rua como dito anteriormente, é definida pelo termo “social” que define inclusive o local de atendimento: “A Fundação”, em referência à Fundação Leão XIII¹⁴

“O pronto socorro tinha o apelido de fundação, fazendo uma referência à fundação Leão XIII. Eles costumavam ficar muito tempo aqui, inclusive amarrados, contidos no leito. O que hoje em dia já melhorou muito. A permanência do morador de rua por muito tempo na emergência passa a gerar um vínculo com a equipe do hospital, estamos batalhando para que o Pronto Socorro não volte a ser um depósito de seres humanos”.
(médico)

“É recebido pela recepção e o estigma está sempre presente. É colocado em um espaço onde chamam de ”Fundação”, lembrando a fundação Leão XIII. É atendido pelo médico, depois pelo serviço social. A gente percebe muita rejeição por parte da equipe nos cuidados com este tipo de público,

¹⁴ A Fundação Leão XIII, principal órgão do Estado do Rio de Janeiro no atendimento à população de rua,

inclusive são acomodados em uma ala separada dos demais pacientes”.
(Assistente social).

“Inexiste uma norma a todas as equipes para receber o morador de rua. Sendo assim, a maneira como será recebido irá depender da equipe que estiver no plantão, às vezes bem recebido, às vezes mal”. (Assistente social)

A despeito do que entendemos por “acolher” na definição semântica do termo: admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada como: recepção administrativa e ambiente confortável e/ ou como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados.

Enquanto tecnologia no campo da saúde, o *acolhimento* define-se como uma diretriz ética e política, como ferramenta de intervenção na qualificação da escuta, dos vínculos e da garantia do acesso aos serviços de saúde. O *acolhimento* como ação pressupõe o reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. (Ministério da Saúde, 2006).

Com relação às falas coletadas, a admissão do morador de rua restringe-se a procedimentos de resgate e preenchimento de um boletim de atendimento. O momento seguinte de seu atendimento será delimitado pelo atendimento médico e cuidados de enfermagem, encerrando, portanto, o processo de admissão.

5.3

Uma permanência indigente e solitária

A permanência do morador de rua no hospital é tensionada pela expectativa em relação ao destino. Esta expectativa é vivenciada por todos os atores envolvidos, sendo que cada um a expressa de acordo com a sua compreensão da realidade.

“Esse é o nosso calcanhar de Aquiles. A gente não consegue encontrar um local para apoiar esse paciente. Isso porque a maioria está com sequelas e as casas de apoio não o aceitam. Só aceitam os pacientes “plus” ,”vips” e maravilhosos... Esse paciente não existe. A nossa realidade é o paciente

desnutrido que precisa de reabilitação, apoio, equipe multiprofissional,, até para recuperação de sua condição de ser humano, pois ele deixou de ser uma pessoa. Para o paciente que fica na emergência é lucro, só que a gente sabe que ele não está no lucro, porque ele precisa de outro tipo de tratamento: uma clínica que o apoie e, no nosso modelo, não existe este serviço intermediário. Tecnicamente ele está doente e não tem onde ficar. Se ele não conhece mais ninguém, ninguém mais o quer, então ele fica na emergência. Geralmente ele ficava na enfermaria, só que pela superlotação, hoje ele fica é na emergência mesmo ou no Pronto Socorro. Ai que começa o perigo porque eles ficam até cinco meses esperando uma vaga em uma clínica de apoio. O perfil da casa de apoio¹⁵ não é pensado para receber o morador de rua. Pelo menos aqui ele está acolhido. Na rua, ele não tem nada, parece estranho falar isso. Entre o hospital e a rua aqui é melhor. Eles sabem disso, por isso não vão embora. E por mais que a gente diga que na emergência (com luz acesa, 24 horas por dia, intensa movimentação, pouca condição de repouso) ele não pode ficar eles querem. Por que eles querem ficar? Porque a rua é pior. Por mais que eles tenham liberdade, a doença acaba com essa liberdade. Então a rua passa a ser cruel. Os hospitais de emergência são os únicos que acolhem a população de rua. Quantos moradores de rua se vê dormindo até mesmo na porta do hospital? Neste local encontram acolhida. Todos os hospitais de emergência em que trabalhei a população de rua sempre esteve presente. A emergência é democrática, ela não escolhe paciente”.(médico)

Com relação à permanência, dois aspectos merecem ser destacados. O primeiro deles diz respeito às regras e normas institucionais. As falas dos profissionais e a observação empírica remetem a um comportamento em que o morador de rua se enquadra nas normas e determinações hospitalares: horário, cordialidade, comportamento. Podemos então supor que não é exatamente a

¹⁵ Casa de Apoio: As Casas de Apoio estabelecem um sistema de referência e contra-referência com os serviços oficiais de saúde locais. São instituições de saúde onde os pacientes recebem atendimento interdisciplinar. São pacientes que inspiram cuidados porém com um baixo grau de complexidade em termos de equipamentos. Geralmente estes tipos de cuidados não podem ser realizados pela família.

dificuldade de relacionamento do morador de rua (do ponto de vista comportamental) para com os profissionais o que justificaria a prática de isolamento e a segregação dentro do hospital; e sim, as representações sociais que correspondem ao estigma e ao preconceito com relação a este grupo.

“Em alguns casos, o morador de rua tem dificuldade para adaptar-se a uma rotina que restrinja a sua liberdade, porém eles aqui chegam tão debilitados que na maioria das vezes, aceitam o que vier para eles. Do que me lembro, os casos onde houveram conflitos estavam relacionados diretamente à questão da abstinência e não a uma revolta diretamente relacionada às regras da instituição. Até porque eles chegam com um nível de consciência do mundo que os cerca já limitado à percepção das coisas a sua volta já está prejudicada.” (assistente social).

A solidão, embora se saiba que nas ruas são estabelecidos níveis de sociabilidade, de relações de amizade, que correspondem aos agrupamentos de que fala Escorel (1999), a condição de doença para o morador de rua representa um período de ruptura com os vínculos da rua. Este rompimento mais uma vez, ocorre tanto na dimensão das coisas com que habitualmente passou a ter vínculos (a bebida, o cigarro, a liberdade, os poucos pertences, o cachorro, o seu ponto), quanto ao plano das relações pessoais (do grupo de amigos da rua, da vizinhança, do porteiro, do segurança) que, mesmo compondo um leque de relações supostamente frágeis e transitórias, para quem está na rua possui grande importância e significação social.

“A visita de amigos é rara. Porém, durante a internação, por incrível que pareça, a partir do convívio com outros pacientes e com a equipe essa solidão talvez seja até atenuada, se formos comparar com a rua. Aqui ele conversa com a moça da copa, com a nutricionista, enfim passa a ser visto, ou melhor, volta a se ver como uma pessoa, pois aqui, por mais precário que seja ele toma um banho, ele come, ele interage com outras pessoas.” (Médico).

5.4

Alta hospitalar: momento de incerteza

As lacunas evidenciadas na falta de retaguarda após a alta hospitalar, o manejo dos profissionais, os códigos vigentes na estrutura hospitalar, a falta de integração entre as políticas de saúde e assistência social, tão caras para o morador de rua em situação de adoecimento, se apresentam como elementos que compõem este percurso em busca de atendimento.

Estamos falando de um atendimento atrelado a uma escala de valoração social, no qual a vida humana está subscrita à posição social dos sujeitos que demandam estes cuidados, ou seja, os cuidados estão submetidos a critérios de seleção, discriminação e exclusão. São relações de poder. Em meio a estas relações foi possível verificar diversos níveis de criação, ausência e recriação de vínculos sociais dos moradores de rua para com a instituição de saúde e expectativa dos diferentes atores envolvidos.

Analisar o processo de alta significa retomar toda uma problemática do morador de rua agravada pelo fator doença, que no hospital de emergência foi parcialmente contornado.

“O nosso cliente é um cliente abandonado. O único local que poderia dar um suporte para esse paciente após a alta, no caso daqueles com transtorno, seria o Pinel. Mas o Pinel ele não faz mais esse tipo de internação para esse tipo de caso. O doente não é mais um doente mental. Então é doente de quê? Ele não pode ficar no H. Psiquiátrico; não pode ficar na Emergência, não pode ir para a casa de apoio. Para onde ele vai? Essa é a grande incógnita. Tem que existir algum lugar para ele ir após alta. Esse lugar seria um lugar de baixíssima complexidade, esse local não precisa ser um Hospital clássico de alta complexidade. O que ele vai precisar depende de recursos simples, na maioria das vezes. Em contrapartida no hospital de emergência, a permanência de um paciente não sai por menos de 500 reais/dia. Um hospital de apoio sairia quatro vezes mais barato. Além de reduzir o custo, você poderia dar um atendimento melhor para esse paciente.” (médico).

O momento da alta evidencia diferentes processos. De um lado, a inexistência de redes de apoio no âmbito institucional, a dificuldade de reintegração familiar; de outro, a alta como uma solução do problema, ou seja, alta como uma possibilidade para desocupar o leito.

“Quando ele rompe com a família, principalmente na fase jovem da vida, essa pessoa considera que será jovem para sempre, só que o tempo passa, vem a maturidade e a velhice geralmente precoce e ele se torna frágil. Aí ele próprio quer tomar o caminho de volta, mas aí a família não o quer mais. É uma vida de desencontros. O nosso trabalho aqui é pelo menos tornar este encontro possível, conseguir algum contato, um endereço ou telefone, buscar qualquer tipo de referência. Não é um trabalho fácil, a gente depende de pistas, é necessário que ele nos fale algo, e a gente sabe que, na maioria das vezes, ele não quer mais lembrar, ou não consegue lembrar.” (Assistente social).

“Às vezes acontece do paciente receber alta num dia e vir a óbito no outro. A sensação que fica é que não há um interesse em se investigar o que realmente a pessoa tem. Eu não sou médica, mas não é raro a gente perceber que a pessoa está sem a mínima condição e mesmo assim recebe alta. Eu sinceramente não sei o motivo deste tipo de alta, porque a pessoa não tem nem condição de andar e sair por meios próprios. A sensação é que ninguém quer se responsabilizar. A alta acaba sendo um convite para que ele saia ou que fique sob a responsabilidade única e exclusiva do serviço social”. (Assistente social)

“O paciente que tem condições de alta, logo que é comunicado e se tiver condições para tal acaba saindo logo, principalmente se for caso de dependência química”. (Médico)

“No hospital, a principal referência são os profissionais do serviço social, que o acompanham desde a sua chegada até a alta. Não percebo muito envolvimento dos demais profissionais. O suporte imediato dado por alguns profissionais do serviço social que vão construindo naquele

momento do atendimento e na continuidade, da evolução dele, até o momento de sua saída” (Assistente social).

“A permanência do morador de rua por muito tempo após a alta gera muita pressão para que o leito seja desocupado. Entendo que haja necessidade de abrir espaço para as novas emergências que surgem, só que alta médica não deveria ser entendida como despejo. Esta permanência acaba sendo tencionada em parte pela própria presença do morador de rua e por outro lado para desocupação do leito”. (Assistente social)

“Geralmente a alta é dada muito rápida ao paciente morador de rua. A gente vem se esforçando para conscientizar a equipe de que o morador de rua quando recebe alta, é óbvio não tem para onde ir, e explica todo o processo para se conseguir uma vaga em abrigo. A pressão em torno da desocupação do leito é grande” (Assistente social).

“Já teve paciente morando aqui 11 anos, ficou na neurocirurgia não falava, foi atropelado. Do jeito que chegou parecia que era morador de rua. Nunca apareceu ninguém”. (Enfermagem)

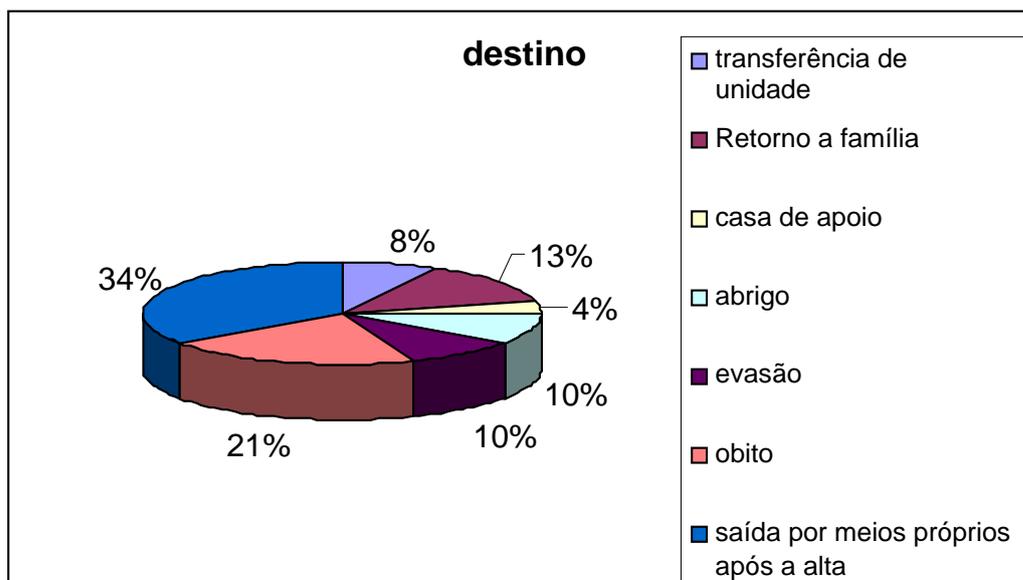
A possibilidade de se conseguir uma vaga em abrigos para moradores de rua oriundos da rede hospitalar, especialmente, apresenta uma série de empecilhos e dificuldades, não só pela escassez de vagas disponíveis como pelos critérios excessivamente rígidos.

Eu não conheço fisicamente nenhum abrigo. A única coisa que eu acho, ou melhor, que eu vejo e ouço é que não é bom. Eu penso que quando uma coisa é boa ela fica. Se uma pessoa em situação de rua que fica um tempão na emergência é porque aqui é melhor do que lá. O caso da Rosemary é um exemplo disso. Ela foi para o abrigo e depois se evadiu do abrigo e veio para o hospital. Eu acho que aqui ela construiu um vínculo, quando ela foi para o abrigo não quis ficar. Não deve ser boa coisa, senão eles não fugiam. (Médico)

“O abrigo não é alternativa mais aceita pelos pacientes , que alegam serem locais sujos e mal frequentados, além de restringirem sua liberdade. Ainda mencionam os furtos, as brigas, a sujeira. Outra questão é que há uma falta de integração com os abrigos. A sensação é que ambos os lados estão lutando para defender seus interesses, ou seja, os profissionais do abrigo não querem moradores de rua oriundos da saúde e debilitados e os profissionais dos hospitais são pressionados para desocupar os leitos. Há um confronto e não uma parceria. Eu creio que ainda não foi realizado nos abrigos um trabalho que consiga a reinserção do usuário na sociedade. Pelo contrário, os jogam a todo o momento de volta às ruas. Este círculo vicioso é um dos fatores que contribuem para o aniquilamento de sua saúde”. (Assistente social)

“Não acredito que os abrigos ofereçam uma possibilidade de mudança no sentido da palavra, até porque o morador de rua precisa de tudo, e isso só se consegue com um grande esforço, com uma integração de serviços que dêem conta da enormidade de situações que o morador de rua acumulou em muitos anos. Primeiro o restabelecimento da saúde, que não poderia ou deveria ser restrito a uma emergência. Já começa a brecha aí, depois caso ele recupere a saúde, ele espera em média 06 meses por uma vaga. Quando a gente consegue essa vaga, o que normalmente ocorre é uma evasão do abrigo. Ele acaba voltando para o hospital e para as ruas. Esse ciclo demonstra que além de não haver integração não há qualidade nos serviços oferecidos para o morador de rua”. (Assistente social).

Observa-se através dos depoimentos colhidos um retrato da realidade vivenciada pelo morador de rua no seu percurso dentro de uma unidade hospitalar. Percebe-se nas falas, um conhecimento das problemáticas por todos os participantes. Porém, fica evidenciado que o morador de rua é um problema do “serviço social”. Este, por sua vez, se encontra muitas vezes desprovido de uma rede de serviços voltados para esta demanda.



Fonte: Nogueira, F. da G. P. Pesquisa de Campo: Setembro/2007 - Maio/2008.

Gráfico 17: Destino do paciente

Verifica-se, finalmente, conjugando-se as falas com os resultados da pesquisa de campo, que as Casas de Apoio atenderam apenas 4% do grupo observado, constituindo-se, portanto, como o destino menos provável. A maioria optou por “sair por conta própria após a alta”, ou seja, cerca de 34%. Verificou-se ainda, um número elevado de óbitos, 21% do grupo. A possibilidade de transferência institucional, seja para abrigo ou hospital mostrou-se também reduzida. A evasão, ou saída à revelia, também mostrou-se baixa, (perfazendo apenas 8% do grupo) mesmo porque eles não tem sequer energia ou “saúde” para a aventura da evasão..